

Vergaderjaar 2010–2011

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 170

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 maart 2011

Met het oog op de huidige financieel-economische situatie en het publieke belang vind ik het essentieel dat financiële middelen op een zorgvuldige en doelmatige wijze worden ingezet. Omdat de huidige bekostigingssysteem van de vrij gevestigde medisch specialisten door de forse overschrijdingen niet houdbaar is gebleken, zijn er maatregelen nodig om de macro-uitgaven te beheersen.

In de aanloop naar het onderhandelingsresultaat heb ik intensief overleg gevoerd met de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) om te komen tot afspraken op het terrein van kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid tegen de achtergrond van een beheerste uitgavenontwikkeling. Daarover heb ik u bij brief van 15 december 2010 bericht (TK 2009/10, 29 248, nr.165). Tegen de achtergrond van die afspraken kunnen met het beheersmodel de beschikbare middelen eerlijker over specialismen en specialisten worden verdeeld en kan kwaliteit en doelmatigheid beter worden beloond.

Het beheersmodel dient als tijdelijk overgang naar integrale prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg.

Inleiding

In april 2010 heeft mijn ambtsvoorganger een brief aan de Tweede Kamer gezonden (TK 2009/2010, 29 248, nr. 117) waarin het voorgenomen beheersmodel medisch specialisten is beschreven. Ten behoeve van de invoering van dit model is de Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen. Eind juni 2010 heeft de NZa de uitvoeringstoets budgettering honoraria medisch specialisten uitgebracht (TK 2009–2010, 29 248, nr. 127). Mede naar aanleiding van deze uitvoeringstoets heeft uw Kamer op 23 juli 2010 schriftelijke vragen gesteld. De beantwoording van de vragen over het beheersmodel en de uitvoeringstoets is aan het nieuwe kabinet overgelaten, omdat eerst duidelijk moest worden of het

beheersmodel en de voorgenomen wetswijziging die noodzakelijk is om dit model in te voeren door het nieuwe kabinet zou worden overgenomen.

In het onderhandelingsresultaat is een model geformuleerd dat aan de belangrijkste randvoorwaarden van alle partijen voldoet. Het onderhandelingsresultaat heb ik u 15 december 2010 toegestuurd. De ALV van de Orde heeft ingestemd met het onderhandelingsresultaat. De leden van de NVZ hebben dat nog niet gedaan. Zij plaatsen de afspraken over de bekostiging van de medisch specialisten in een breder perspectief. Hierover zijn wij nog in overleg.

Over dit model heb ik inmiddels ook met andere veldspartijen, zoals de NFU, ZN, ZKN en de NPCF gesproken.

Het beheersmodel dat ik voornemens ben in te voeren per 2012 wijkt op een aantal punten af van het beheersmodel waarover mijn ambtsvoorganger in april 2010 een brief heeft gestuurd naar de Tweede Kamer. Bij de beantwoording van uw vragen neem ik als uitgangspunt het beheersmodel, zoals mij dat na het akkoord met de Orde en de NVZ voor ogen staat. Belangrijk voor mij is dat de dynamiek in het huidige stelsel die tot uitdrukking komt in de mogelijkheid van verschuivingen van omzet binnen de macro beschikbare middelen van de ene instelling naar een andere, in stand blijft. Voor de vragen over het normstellend karakter van het inkomen van de medisch specialist verwijs ik naar de door mijn ambtsvoorganger op 5 oktober beantwoorde vragen van het Kamerlid Van Gerven (SP) over hetzelfde onderwerp (TK 2010–2011, aanhangsel 142). Deze brief kan daarnaast worden gezien als reactie op de uitvoeringstoets van de NZa. Deze uitvoeringstoets heb ik uw Kamer op 30 juni 2010 toegezonden (TK 2009–2010, 29 248, nr. 127).

Parallel aan deze brief stuur ik u, mede op verzoek van de leden van de fractie van de PvdA en CDA, de nota naar aanleiding van het verslag inzake het voorstel Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG (AIB WMG) dat op 25 mei bij koninklijke boodschap bij de Tweede Kamer is ingediend (Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nrs. 1–3) en een Nota van Wijziging. Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) is noodzakelijk om het beheersmodel voor de vrijgevestigd medisch specialisten in te kunnen voeren.

Leeswijzer

In deze brief zet ik eerst uiteen wat de aanleiding en het doel van het model is. Vervolgens geef ik kort de kern van het model weer. Daarna ga ik dieper in op een aantal belangrijke punten van het model:

- Aanleiding en doel van het model
- Kern van het model
- Samenhang AAN- en VIA-beheersmodel
- Fiscaal ondernemerschap
- Reikwijdte van het beheersmodel
- Macro beschikbare ruimte
- Relatie beheersingsmodel met kwaliteit van zorg
- MTO
- Grensvaststelling
- Relatie prestatiebekostiging beheersmodel medisch specialisten
- Behoud arbeidsproductiviteit binnen het beheersmodel
- Herijking honorariumtarieven

Aanleiding en doel van het model

Omdat de huidige bekostigingssystematiek van de vrijgevestigd medisch specialisten door de forse overschrijdingen niet houdbaar is gebleken zijn er maatregelen nodig om de macro-uitgaven te beheersen. Tegelijkertijd bestaat de wens om langs de lijnen van kwaliteit en veiligheid de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en doelmatiger te maken. Ik ben verder voornemens om vanaf januari 2015 over te gaan op volledig integrale tarieven voor de medisch specialistische zorg. Daarbij wordt uitgegaan van DOT-zorgproducten (DOT = DBC's op weg naar transparantie). Het macrobudget voor de vrijgevestigd medisch specialisten wordt volledig geïntegreerd in het macrobudget voor de ziekenhuizen en ZBC's. Gelet op de wens om langs de lijnen van kwaliteit en veiligheid de zorg voor de patiënt verder te verbeteren en doelmatiger te maken ben ik voornemens om voor de tussenliggende periode op weg naar deze integrale tarieven in 2015 een beheersmodel voor de vrijgevestigd medisch specialisten in te voeren.

Het beheersmodel voor de vrijgevestigd medisch specialisten dat ik voor ogen heb is nodig om de macro-uitgaven te beheersen. De dynamiek in de markt moet worden behouden en (het oplopen van) wachtlijsten moet worden voorkomen. Dat wil zeggen dat de noodzaak om de bekostiging van de vrijgevestigd medisch specialisten beheersbaar te houden, gecombineerd moet worden met de noodzaak om de arbeidsproductiviteit op peil te houden. Er moet én voldoende zekerheid bestaan dat overschrijdingen van het macrokader voor vrijgevestigd medisch specialisten zo veel mogelijk worden voorkomen én er moeten voldoende prestatieprikkels blijven bestaan om mogelijk verlies van arbeidsproductiviteit en (toename van) wachtlijsten te voorkomen. Daarnaast wil ik toewerken naar een systeem waarin dynamiek is en waarin ruimte is om kwaliteit van zorg beter te belonen. Ik wil hiervoor meer vrijheidsgraden introduceren zodat beter presterende specialisten beter beloond worden dan minder presterende. Dit moet leiden tot een verbetering van de kwaliteit, veiligheid en kosteneffectiviteit van de zorg. Het instellingsbestuur dient hierover afspraken te maken met de medisch specialisten. Ik wil toe naar een systeem waarin kwaliteit wordt beloond, waarin veiligheid prevaleert en waarin doelmatigheid en kwaliteit lonen. De nieuwe bekostiging moet bijdragen aan de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg verder verbeteren.

De leden van de fractie van de SP vragen mij of ik bereid ben de specialistische looncomponent uit de dbc-financiering te halen en te komen tot een abonnementensysteem voor specialisten waarbij op basis van enkele heldere parameters (zoals adherentie en zorgintensiteit) bepaald wordt welke kosten de instelling heeft gemaakt voor het behandelen van patiënten en vast te stellen hoeveel werk de specialist heeft verzet. Met het beheersmodel dat ik voor ogen heb zet ik stappen in die richting. Er wordt een stap gezet op weg naar geïntegreerde tarieven voor ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten per 2015. De deelregulering voor vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuizen wordt hiermee op termijn opgeheven. Voor de langere termijn kies ik dus voor één bekostiging voor ziekenhuizen en medisch specialisten en niet voor aparte bekostigingsvormen, zoals een abonnementensysteem voor de medisch specialisten. Voor de korte termijn (2012–2014) wil ik een beheersmodel introduceren waarbinnen Raden van Bestuur en de gezamenlijke medisch specialisten afspraken moeten maken hoe de specialist beloond wordt voor de geleverde prestaties. Per instelling dienen zij gezamenlijk tot een verdeelmodel te komen, leidend tot gelijke beloning bij gelijke werkbelasting en productiviteit en kwaliteit.

Kern van het model

In het beheersmodel, stel ik jaarlijks een vast macrobudget voor honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten vast conform de afspraken daarover in het onderhandelingsresultaat. Dit budget past binnen de macro beschikbare middelen van het budgettaire kader zorg (BKZ). Op basis van dit macrobudget stelt de NZa per instelling vast welk omzetplafond (grens) er in een betreffend jaar voor alle bij die instelling werkzame vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk geldt.

De instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten maken verdeelafspraken over de betalingen ten behoeve van de door de vrijgevestigd medisch specialisten verrichte diensten. De NZa zal vastleggen dat het hebben van deze verdeelafspraken een voorwaarde is voor het mogen declareren via de instelling en het toepassen van het zogenoemde VIA-beheersmodel.

De vrijgevestigd medisch specialisten declareren het honorariumdeel VIA de instelling aan de verzekeraar of patiënt. De instelling geeft de honoraria die zij uit declaraties ontvangt, conform de verdeelafspraken door aan de vrij gevestigde medisch specialisten. Overigens kan de instelling deze honoraria alleen doorgeven aan de gezamenlijke specialisten indien de instelling hiervoor van de verzekeraar of patiënt een betaling heeft ontvangen. Er is dus geen sprake van een omzetgarantie. Afspraken hierover worden per instelling door het bestuur van de instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten vastgelegd in de toelatingsovereenkomsten.

In het vervolg van deze brief worden de gezamenlijke vrijgevestigde medisch specialisten aangeduid als «het collectief». Daarmee sluit ik aan bij de terminologie van het onderhandelingsresultaat waarover ik u op 15 december 2010 heb bericht.

De afspraken tussen de Raad van Bestuur en het collectief zijn verder uitgewerkt in het convenant:

De verdeelafspraken van de Raad van Bestuur van de instelling en het collectief van medisch specialisten bestaan uit een vast en een variabel deel. Het vaste deel wordt door het collectief van medisch specialisten van op basis van productie onder de medisch specialisten verdeeld. Over de wijze van verdeling maakt het collectief afspraken met de Raad van Bestuur. Per instelling dienen zij gezamenlijk tot een verdeelmodel te komen, leidend tot gelijke beloning bij gelijke werkbelasting en productiviteit. Dit op basis van productie te verdelen deel bedraagt minimaal 75% en maximaal 85% van de totale honorariumomzet die de instelling tot de grens van de verzekeraars/verzekerden ontvangt. Het resterend deel van de totale honorariumomzet (minimaal 15% en maximaal 25%) is variabel. De Raad van Bestuur en het collectief van medisch specialisten binnen een instelling maken gezamenlijk afspraken over de verdeling van dit deel van de kostenvergoeding. Deze afspraken kunnen kwaliteitsafspraken betreffen of veiligheid, de vergoeding van praktijkkosten of opleidingsactiviteiten, lokale speerpunten, het terugdringen van niet noodzakelijke zorg, het terugdringen van praktijkvariatie, afspraken met betrekking tot meer- en minderproductie, innovatie leidend tot margeverbetering, medisch leiderschap et cetera. Het variabele budget wordt op een geblokkeerde rekening van het collectief van medisch specialisten gestort. De aan het variabele deel gekoppelde bedragen komen vrij nadat de Raad van Bestuur en het collectief afspraken hebben gemaakt over het variabele deel. Op deze afspraken vindt een monitor

plaats en gekoppelde bedragen worden bij invulling van de afspraken uitgekeerd.

Om de gezamenlijke specialisten te faciliteren om in de gaten te houden wanneer zij de door de NZa opgelegde grens aan declaraties bereiken, zal de instelling registreren hoeveel er gedeclareerd wordt en het collectief van medisch specialisten periodiek informeren over de verhouding tussen de gedeclareerde omzet en de opgelegde grens. Dit maakt deel uit van de reguliere bedrijfsvoering van de instelling zodat dit niet gepaard gaat met onnodige extra administratieve lasten.

In de Model Toelatings Overeenkomst (MTO) kan opgenomen worden hoe er met de waardering van onderhandenwerk omgegaan moet worden. Onderhandenwerk betreft productie die in het ene jaar is gestart maar waarvan het bijbehorende zorgproduct pas in een opvolgend jaar gedeclareerd kan worden. De NZa wordt om advies gevraagd hoe hier mee om te gaan. Dit advies kan door partijen desgewenst overgenomen worden in de MTO.

Indien de vrijgevestigd medisch specialisten binnen een instelling tezamen meer declareren dan de maximaal toegestane grens (opbrengstoverschot) dan draagt de instelling het meerdere af aan het Zorgverzekeringsfonds. De instelling doet dit namens het collectief van de gezamenlijke medisch specialisten. De afdracht aan het Zvf geschiedt vanaf het moment dat de maximale omzetgrens voor de medisch specialisten is bereikt, en niet pas achteraf nadat de doorbetaling aan het collectief van medisch specialisten reeds heeft plaatsgevonden. Hiemee wordt een (opbrengstoverschot) vooraf voorkomen.

Indien specialisten niet zelfstandig VIA de instelling aan de patiënt/verzekeraar maar AAN de instelling declareren dan bewaakt de instelling de grens. Zij doet dit in deze situatie op eigen gezag en niet namens het collectief. Indien de instelling in dat geval teveel aan de AAN het ziekenhuis declarerende specialist(en) betaalt is dit risico voor de instelling zelf. De instelling verzorgt op eigen gezag de afdracht aan het zorgverzekeringsfonds. Of en hoe de instelling eventuele opbrengstoverschotten met de medisch specialisten verrekent is aan de instelling en de medisch specialist.

Een overschrijding van de grens betekent voor de zorgverzekeraar dat zij meer declaraties hebben uitbetaald dan de vrijgevestigd medisch specialisten mochten declareren. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NZa hebben aangegeven dat verrekenen via het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) een daling van de administratieve lasten tot gevolg heeft. Dit komt doordat voor de honoraria de overschrijdingen naar één centraal fonds worden gestort en dat ook vanuit dat centrale fonds een verrekening aan zorgverzekeraars kan plaatsvinden. De afdracht van de grensoverschrijdingen medisch specialisten gebeurt door instellingen rechtstreeks aan het fonds, dat wordt beheerd door het CVZ. Het CVZ krijgt hiermee een additionele taak en de verantwoordelijkheid.

Samenhang AAN- en VIA-beheersmodel

Deze brief is een nadere uitwerking van en aanvulling op de voornemens die op 26 april 2010 aan beide Kamers der Staten-Generaal zijn voorgelegd. Het model dat in die brief wordt beschreven (AAN-beheersmodel) kan vervangen worden door het in deze brief beschreven model (VIA-beheersmodel) indien daar conform het convenant door de instelling en medisch specialist afspraken over worden gemaakt. In de aanwijzing aan de NZa zal ik de NZa opdragen het macrobeheersmodel voor medisch

specialisten zo in te richten dat indien het VIA-model in deze brief niet tot stand komt, het AAN-model zoals dat is omschreven in de brief van 26 april 2010 van toepassing is.

Fiscaal ondernemerschap

Naar aanleiding van mijn brief van april 2010 zijn er vragen gesteld door onder meer de PvdA over de effecten van een beheersmodel op de status van medisch specialist als fiscaal ondernemer. Bij alle politieke en veldpartijen was grote behoefte aan zoveel mogelijk duidelijkheid **vooraf** over de effecten van het beheersmodel op de fiscale positie van de medisch specialist. Daarom is er de afgelopen periode overleg geweest met de fiscus of deze duidelijkheid vooraf kon worden gegeven.

Voor fiscaal ondernemerschap zijn zelfstandig declaratierecht en bijbehorend debiteurenrisico essentieel. In de huidige situatie waarin medisch specialisten door de Belastingdienst als fiscaal ondernemer worden aangemerkt, declareren medisch specialisten in het algemeen via de instelling bij de patiënt of de verzekeraar en lopen bijbehorend debiteurenrisico. Ook in de variant van het beheersmodel op basis van het onderhandelingsresultaat zoals dat nu op tafel ligt, declareren de medisch specialist zelfstandig het honorariumdeel VIA de instelling bij de patiënt of verzekeraar waarbij ook het debiteurenrisico voor rekening van de medisch specialisten blijft. In dit VIA-beheersmodel verandert er feitelijk niets in vergelijking met de huidige situatie. Over de fiscale status bestaat in dit model vooraf duidelijkheid.

Voorwaarde voor de specialist om VIA de instelling te mogen declareren is dat de medisch specialist zich conformeert aan de verdeelafspraken zoals die tussen de vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk en de Raad van Bestuur van de instelling zijn overeengekomen en zoals deze in de toelatingovereenkomst met de instelling worden vastgelegd. Indien (individuele) vrijgevestigde medisch specialisten niet aan deze voorwaarde voldoen resteert voor hen enkel de mogelijkheid om AAN de instelling te declareren. In dat geval is opnieuw de variant van het beheersmodel zoals beschreven in de brief van april 2010 van toepassing. In deze AAN variant vervallen twee essentiële elementen voor fiscaal ondernemerschap, namelijk zelfstandig declaratierecht en bijbehorend debiteurenrisico.

Het is voor de medisch specialist mogelijk om in de transitiefase te kiezen voor het VIA-beheersmodel en daarmee voor het fiscaal ondernemerschap.

Daarnaast is er ook de mogelijkheid van loondienst voor de medisch specialist. Ik zie ondernemerschap en loondienst als gelijkwaardige opties, waarmee ik tevens de vragen van de SP en PvdA over actief beleid om medisch specialisten in loondienst te nemen, heb beantwoord.

De PvdA heeft mij verzocht uiteen te zetten wat in het nieuwe model de nieuwe fiscale positie van de medisch specialist wordt, welke aftrekposten en voordelen blijven bestaan. Hoe groot het effect in totaal is voor de vrijgevestigd medisch specialist als fiscaal ondernemer is afhankelijk van de individuele omstandigheden en verschilt derhalve per specialist. Als fiscaal ondernemer wordt (onder voorwaarden) aanspraak gemaakt op de ondernemersaftrek met als meest waarschijnlijke aftrekpost de zogenoemde zelfstandigenaftrek ten bedrage van (in de meeste gevallen) € 4602. Daarnaast bestaat recht op de MKB-winstvrijstelling van 12% van de ondernemerswinst na aftrek van de ondernemersaftrek.

Reikwijdte van het beheersmodel

Conform het advies van de NZa in de uitvoeringstoets is het uitgangspunt van het beheersmodel dat alle vrijgevestigd medisch specialisten onder het beheersmodel vallen inclusief de specialisten die werkzaam zijn in ZBC's. In haar uitvoeringstoets geeft de NZa aan dat dit van belang is om te voorkomen dat er een verschil in de bekostiging van vrijgevestigd medisch specialisten in ziekenhuizen en ZBC's ontstaat wat strategische substitutie van ziekenhuizen naar ZBC's zou stimuleren. Om praktische redenen adviseert de NZa twee groepen niet onder het beheersmodel te laten vallen: de specialisten die werkzaam zijn in solopraktijken en «privéklinieken». Privéklinieken leveren alleen onverzekerde zorg. De risico's op strategische substitutie en weglek van productie naar solopraktijken en privéklinieken worden laag ingeschat. Ik neem op dit punt het advies van de NZa over.

In haar uitvoeringstoets adviseert de NZa om niet alleen de vrijgevestigd medisch specialisten, maar ook de specialisten die in loondienst van een ziekenhuis werken onder het beheersmodel te plaatsen. Dit advies neem ik niet over. Dit betekent dat de beheersing van deze uitgaven op dezelfde wijze verloopt als alle andere kosten die ziekenhuizen maken. De loonkosten van specialisten in loondienst maken deel uit van het transitie-model ziekenhuizen. In mijn brief over de prestatiebekostiging ga ik uitgebreid op in op de bekostiging van de ziekenhuizen.

Macro beschikbare ruimte

De overschrijding van ruim 600 mln is in 2010 en 2011 via tariefskortingen geredresseerd. Over het bedrag dat per 2012 beschikbaar wordt gesteld voor de bekostiging van de als vrijgevestigd bekostigde medisch specialisten zijn afspraken gemaakt in het convenant. Dit bedraagt circa € 2 miljard. Bij de vaststelling van dit kader is reeds rekening gehouden met groei als gevolg van volumeontwikkelingen en geraamde indexering voor loon- en prijsbijstellingen. Met dit bedrag blijf ik binnen de middelen zoals die in het BKZ voor de als vrijgevestigd specialisten bekostigde medisch specialisten beschikbaar zijn tegen de achtergrond van de maatregelen in het regeerakkoord.

Naast het beheersmodel zijn met de Orde en de NVZ aanvullende afspraken gemaakt over het beperken van de jaarlijkse groei. Deze afspraken hebben betrekking op het terugdringen van niet noodzakelijke zorg en het terugdringen van praktijkvariatie, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en veiligheidsprogramma's. Voor de groei van het volume wordt tegen deze achtergrond een taakstellende ontwikkeling van 2,5% aangehouden. Vanaf 2012 wordt het bedrag jaarlijks cumulatief verhoogd met 2,5% voor de volumegroei en de dan geldende loon- en prijsbijstelling. Met verzekeraars, ziekenhuizen en zelfstandige klinieken wordt op dit moment nog overleg gevoerd om soortgelijke afspraken te maken, zodat een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor beheersing van de volumegroei ontstaat.

De PvdA geeft aan dat een belangrijk punt van aandacht is wat er met de opbrengstoverschotten gebeurt als de honorariumdeclaratie hoger ligt dan de budgetruimte.

Met het beheersmodel voor vrijgevestigd medisch specialisten wordt per instelling een maximale grens ten behoeve van de vergoeding van diensten van de vrijgevestigd medisch specialisten vastgesteld voor het A- en B-segment. Deze grens betreft enkel de gedeclareerde vergoeding voor diensten van de vrijgevestigd medisch specialisten. De grens zal zo

gesteld worden dat de optelsom van alle door de NZa per instelling bepaalde plafond-grens voor het medisch specialistische deel, het totaal van de voor vrijgevestigd medisch specialisten beschikbare middelen in het BKZ niet overschrijdt. Op deze manier wordt een grotere beheersing van het medisch specialistische deel van het BKZ bewerkstelligd. Het totaal aan plafond-grens zal gelijk worden gesteld aan het medisch specialistische deel van het BKZ (de macro zorgkosten). Een overschrijding van de grens werkt door in een stijging van de zorgkosten voor het medisch specialistische deel. Hierdoor ontstaat er een verschil tussen de geraamde en gerealiseerde zorgkosten voor vrijgevestigd medisch specialisten. Doch, doordat de overschrijding van de grens wordt terugbetaald aan het zorgverzekeringsfonds, worden daarmee de gerealiseerde zorguitgaven voor vrijgevestigd medisch specialisten teruggebracht naar het niveau van het BKZ.

Relatie beheersingsmodel met kwaliteit van zorg

De leden van de PvdA en de SP willen weten hoe ik aankijk tegen het beheersmodel in relatie tot de kwaliteit van zorg. Leidt het beheersmodel tot verlies van vraaggestuurde zorg en het laten oplopen van de wachtlijsten? De leden van de D66-fractie vragen mij of ik bekend ben met het voorbeeld van het Bronovo ziekenhuis en het Deventer ziekenhuis, waar alle specialisten deel uitmaken van ziekenhuisbrede stafmaatschappen.

Zoals ik eerder in de brief heb aangegeven moet het beheersmodel zowel de budgettaire beheersbaarheid waarborgen als voldoende productie-prikkels bevatten om het oplopen van wachtlijsten te voorkomen. Ik wil toe naar een systeem waarin ruimte is om kwaliteit van zorg beter te belonen, waarin veiligheid prevaleert en waarin er gelijkgerichte prikkels zijn voor specialisten en instellingen en waarin doelmatigheid en kwaliteit lonen. Ik wil hiervoor meer vrijheidsgraden introduceren zodat beter presterende specialisten een beter inkomen kunnen krijgen dan minder presterende en overbehandeling en onveiligheid (vanwege het niet naleven van veiligheids- of volumennormen) niet langer door verzekeraars worden beloond en dat het instellingsbestuur daar ook op stuur. In het beheersmodel wordt hiervoor ruimte gecreëerd door te werken met een vast/variabele vergoeding. In de afspraken die de vrijgevestigd medisch specialisten en de instelling maken is expliciet met de Orde en de NVZ afgesproken dat ook de kwaliteit van zorg hier deel van moet uitmaken.

Op welke wijze instellingen en specialisten dat doen is aan partijen zelf. Dit kan bijvoorbeeld direct in de vorm van een beloning voor bijvoorbeeld richtlijn-conform handelen. Maar het kan ook indirect via inrichting van de organisatie.

Van dit laatste is het Bronovo een goed voorbeeld. Tien jaar geleden werden in Bronovo in Den Haag al ziekenhuisbrede stafmaatschappen gevormd. Deze stafmaatschappen kenmerken zich door harmonisatie van inkomen, werklast en goodwill. Belangrijkste winst die er binnen de instelling is behaald is volgens de instelling dat de specialisten vaker multidisciplinair en patiëntgericht werken. Het voorbeeld van het Bronovo bewijst mijn inziens dat het heel goed mogelijk is dat vrijgevestigd medisch specialisten en instellingen in gezamenlijkheid afspraken maken. Binnen het beheersmodel is het mogelijk om het model van het Bronovo en andere lokale initiatieven te handhaven. De ruimte voor instellingen en vrijgevestigd medisch specialisten om afspraken te maken over de verdeling van de aan de instelling toegekende kostenvergoeding voor de honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten laat dit toe. Op basis van bovenstaande is mijn conclusie dat het beheersmodel voldoende

handvatten biedt om te zorgen dat de vrijgevestigd medisch specialisten de noodzakelijke zorg zullen leveren en wachtlijsten niet zullen toenemen, dat de kwaliteit van zorg in het toekomstige systeem gelijk als in het huidige systeem van hoog niveau blijft en dat er door alle vrijgevestigd medisch specialisten ook aan kwaliteitsverbetering gewerkt blijft worden. Daarnaast zijn er buiten het beheersmodel om via onder andere de Kwaliteitswet zorginstellingen voldoende randvoorwaarden ingebouwd om de kwaliteit van zorg te garanderen en zal op termijn ook het op te richten kwaliteitsinstituut hieraan bijdragen.

De leden van de fractie van de SP geven aan dat de medisch specialist verantwoordelijk dient te blijven voor het medisch inhoudelijke proces ongeacht de wijze van financiering van de medisch specialist en vraagt mij hoe ik er zorg voor draag dat de professionele autonomie van de specialisten ook in de nieuwe wijze van financiering gewaarborgd blijft. Voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen instellingsbestuur en medisch specialist geldt de verdeling zoals die in de Kwaliteitswet en ook in de beoogde Wcz is vastgelegd. Het bestuur van de instelling is (eind) verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en ondersteuning door of binnen het kader van de instelling geleverd. Dat laat echter onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de zorgprofessional voor de kwaliteit van zorg die door hem wordt geleverd aan patiënten of cliënten. Er wordt geen afbreuk gedaan aan de, uit de professionele standaard voortvloeiende, eigen verantwoordelijkheid van de persoon die daadwerkelijk zorg verleent. Dit heb ik ook aangegeven in reactie op de vragen van de leden van de fractie van het CDA over de AIB WMG die ik u parallel aan deze brief heb toegezonden. De zorgprofessionals moeten zelf verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd aan cliënten, en moeten daar ook naar handelen. Tussen medisch specialist en patiënt bestaat ook nog steeds een behandelrelatie. In de behandelkamer – in de directe relatie met de patiënt – is de medisch specialist derhalve verantwoordelijk. In de praktijk zal de verantwoordelijkheid van de instelling ingevuld zijn als een systeemverantwoordelijkheid. De medisch specialist behoudt zijn professionele verantwoordelijkheid. De nieuwe wijze van financiering doet hier niet aan af.

MTO

In het onderhandelingsresultaat is afgesproken dat de Orde en de NVZ een nieuw model toelatingsovereenkomst (MTO) gaan opstellen. Het streven is om op korte termijn over een nieuwe tekst ten behoeve van de nieuwe MTO te beschikken. In dit MTO moet worden vastgelegd dat instelling en vrijgevestigd medisch specialisten verdeelafspraken dienen te maken over de verdeling van de kostenvergoeding voor de diensten van de specialisten. Daarnaast moet in de MTO de terugvaloptie worden uitgewerkt waarop instellingen en specialisten kunnen terugvallen indien zij niet zelfstandig tot afspraken over de bandbreedte kunnen komen ten behoeve van de verhouding vast-variabel. Tussen de specialisten en de instellingen gelden nu nog de oude toelatingsovereenkomsten. Zodra de integrale nieuwe MTO gereed is zullen specialisten en instellingen de oude toelatingsovereenkomsten moeten opzeggen en nieuwe toelatingsovereenkomsten moeten aangaan conform het MTO. Om het beheersmodel in januari 2012 soepel in te voeren moet dit proces voor het einde van 2011 zijn afgerond.

Grensvaststelling

Op macroniveau dient het totaal van de omzetgrenzen (inclusief de ruimte voor mutaties) te passen binnen de middelen die VWS beschikbaar stelt in de begroting.

In haar uitvoeringstoets van juni 2010 schetste de NZa de mogelijkheden om de macrobeschikbare ruimte over de instellingen te verdelen. Voor de verdeling van de macrobeschikbare ruimte op instellingsniveau geeft de NZa in haar uitvoeringstoets een tweetal opties. De vaststelling van de grens per instelling kan volgens de NZa naar het zich laat aanzien worden gebaseerd op de historische omzet of op een normatief bedrag per fte medisch specialist. Om meer inzicht te verkrijgen in de gevolgen en de haalbaarheid van de twee mogelijke opties heeft de NZa bij ziekenhuizen en bij ZBC's de benodigde gegevens opgevraagd om deze grenzen te kunnen bepalen. Op basis van de gegevensvraag van de NZa gaat de voorkeur van de NZa daar waar mogelijk vooralsnog uit naar een vaststelling op basis van historische omzet.

Voor sommige instellingen biedt de historische omzet geen goede basis voor vaststelling van de grens. Dit geldt in het bijzonder voor ZBC's die in het recente verleden een grote omzetgroei hebben doorgemaakt of die in het recente verleden zijn opgericht waardoor de grens op basis van een historische omzet niet zou aansluiten bij de productieafspraken zoals de zorgverzekeraar deze met de instelling heeft gemaakt.

Over de definitieve keuze voor een manier van vaststelling van de omzetgrens per instelling vindt daarom door de NZa nog nader overleg met de sectorpartijen plaats.

Behoud arbeidsproductiviteit binnen het beheersmodel

Om de arbeidsproductiviteit binnen het beheersmodel te behouden en wachtlijsten te voorkomen stelde de NZa, in haar uitvoeringstoets, een flexibele grens per instelling voor waarbij een deel van de kostenvergoeding voor de honoraria gedempt zou meebewegen met de feitelijk gerealiseerde productie.

Dat prestatieprikkels binnen het beheersmodel behouden blijven en er geen wachtlijsten ontstaan is voor mij een erg belangrijk aandachtspunt. Hierover heb ik daarom ook afspraken gemaakt met de Orde en de NVZ. Deze zijn opgenomen in het onderhandelingsresultaat. Afsproken is dat ten aanzien van het vaste deel van de kostenvergoeding heldere bindende productieafspraken worden gemaakt tussen het collectief van medisch specialisten en de Raad van Bestuur. Deze afspraken zijn qua omvang zodanig dat volgens redelijke verwachtingen wachtlijsten of lange wachttijden worden voorkomen.

Daarnaast biedt het variabele deel van de kostenvergoeding op instellingsniveau ruimte voor individuele beloning. Hierbinnen kunnen naast afspraken over kwaliteit, innovatie en veiligheid ook afspraken gemaakt worden over meer- en minderproductie. Deze afspraken gezamenlijk moeten ervoor zorgen dat er voldoende productieprikkels in het systeem blijven zitten.

Relatie prestatiebekostiging beheersmodel medisch specialisten

Separaat heb ik u een brief gestuurd over de vormgeving van de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg. Ik hecht er aan in deze brief kort in te gaan op de samenhang tussen die brief en het beheersmodel medisch specialisten. In de ziekenhuiszorg voer ik een model in op basis waarvan prestaties van ziekenhuizen worden beloond op basis van de selectieve zorginkoopafspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Dit betekent uiteraard dat (gewenste) verschuivingen in productie tussen instellingen plaats kunnen vinden. Deze productieverschuivingen kunnen het gevolg zijn van verschuivingen in capaciteit, groei of daling van productie (bijvoorbeeld als gevolg van selectief inkoopbeleid door verzekeraars bij bestaande of nieuw opgerichte instellingen). Er wordt

vanuit gegaan dat verschuivingen in capaciteit en selectieve zorginkoop door verzekeraars zich vertalen in verschuivingen in productie

In het onderhavige beheersmodel wordt de honorariumgrens voor de medisch specialisten per instelling ex ante vastgesteld door de NZa. Dit roept de vraag op hoe productieverhuivingen tussen ziekenhuizen van jaar op jaar en lopende het jaar doorwerken in de honorariumgrens. Anders geformuleerd: als een instelling groeit doordat deze met de zorgverzekeraar afspraken maakt over het leveren van meer productie moet dat ook een doorvertaling kunnen krijgen in de groei van de honorariumgrens voor de medisch specialisten van de betreffende instelling. Het zijn immers de medisch specialisten die de productie leveren. De prikkels voor instellingen en specialisten moeten zoveel mogelijk gelijkgericht zijn.

Op mijn verzoek beziet de NZa de mogelijkheden om gedurende het jaar en van jaar op jaar via de vaststelling van de honorariumgrens per instelling per jaar rekening te houden met productieverhuivingen of nieuw op te richten instellingen. Hiervoor zijn verschillende opties. Van jaar op jaar kan dit kan bijvoorbeeld door de 2,5% groei die in het onderhandelingsresultaat is overeengekomen op basis van relatieve groei ten opzichte van de andere instellingen in opvolgende jaren bij de vaststelling van de grens te betrekken. Verschuivingen in productie lopende het jaar kunnen geaccommodeerd worden als betrokken partijen hier een gezamenlijk verzoek tot mutatie voor bij de NZa indienen. Dit voorstel moet uiteraard wel kostenneutraal zijn geformuleerd: tegenover een opwaartse mutatie moet ook een neerwaartse mutatie staan. Uitgangspunt is namelijk dat een verzoek om mutatie niet tot een overschrijding van de in het BKZ voor de als vrijgevestigd bekostigd medisch specialisten beschikbare middelen kan leiden.

Door de honorariumgrens langs bovenstaande weg met de omzetontwikkeling van de instelling te laten meebewegen wordt de bekostiging van de medisch specialist zoveel mogelijk gerelateerd aan de bekostiging van de instelling.

Herijking honorariumtarieven

De NZa geeft in haar uitvoeringstoets aan dat de beleidswijziging, zoals deze in april 2010 was voorgesteld, met volledig vrije tarieven in het A- en B-segment, te fundamenteel is om zonder overgangsregeling in te zetten. Een vrij tarief voor alle productie zet in het AAN-model het onderlinge verkeer tussen instellingen en specialisten volgens de NZa teveel onder druk. De NZa stelde daarom een tijdelijke vorm van tariefregulering van het onderlinge verkeer voor in de vorm van een bandbreedtetarief voor «onderlinge dienstverlening» voor individuele vrijgevestigd medisch specialisten. Deze bandbreedte geeft de grens aan voor de verdeling van de honorariumomzet tussen ziekenhuis en individuele specialisten. Daarnaast adviseert de NZa om een «opt-out» mogelijkheid te creëren voor partijen die ontheffing van deze tariefregulering wenselijk vinden. De PvdA vraagt mij of ik het advies van de NZa om met gereguleerde tarieven te gaan werken onderschrijf.

In het beheersmodel neem ik het advies van de NZa ten dele ter hand. Met het VIA-beheersmodel dat ik voortstel kan de overgang naar integrale tarieven zorgvuldig worden ingekleed. Dat instelling en vrijgevestigd medisch specialisten onderling afspraken moeten maken over de honorering van de vrijgevestigd medisch specialisten vergt desalniettemin een behoorlijke omslag. Gereguleerde tarieven kunnen de onderlinge afspraken die gemaakt moeten worden over de honorering

van de vrijgevestigd medisch specialisten vereenvoudigen. Voor het a-segment sluit een honorariumcomponent met een maximumtarief logisch aan bij de bekostiging van de ziekenhuizen. Voor het b-segment ligt dit anders omdat daar voor de kostencomponent reeds een vrij tarief geldt. In overleg met partijen wil ik bezien op welke termijn het mogelijk is de honorariumcomponent in het b-segment vrij onderhandelbaar te maken.

Aan de gereguleerde tarieven moet voor 2012 nog wel onderhoud plaatsvinden. De huidige tarieven zijn namelijk verouderd.

De huidige tarieven zijn gebaseerd op het uurtarief vermenigvuldigd met de normtijd. De huidige normtijden zijn tot stand gekomen op grond van tijdsregistraties en een rondrekening met de productie. Hierbij werden de werkelijke gewerkte uren in verband gebracht met de hoeveelheid zorg die in die periode is geleverd. Door een zogenaamde rondrekening worden doelmatigheidsontwikkelingen die in de tijd zijn ontstaan verwerkt in de tariefstelling. De laatste rondrekening die is toegepast heeft betrekking op gegevens over de jaren 2002/2003 en 2005. Ontwikkelingen in de benodigde tijd voor zorgverlening door medisch specialisten zijn sinds 2005 niet vertaald in de normtijden.

In de jaren 2010 en 2011 is op deze tarieven een korting toegepast. Aanleiding was de geconstateerde overschrijding van het budgettair kader medisch specialisten (BKZ MS) over het jaren 2008 en 2009. De kortingsfactor is in 2010 en 2011 geïntroduceerd op aanwijzing van de minister van VWS. Doel van de korting is om de honorariumomzet weer aan te laten sluiten bij het budgettair kader.

Voor de declaraties per 2012 door de medisch specialisten is de honorariumcomponent per DOT van belang. Een grootschalig tijdsbesteding- en capaciteitsonderzoek, zoals dat in respectievelijk 2002/2003 en 2005 voor de huidige tarieven is uitgevoerd, biedt gelet op de noodzakelijke doorlooptijd voor de transitieperiode geen soelaas. Om voor het beheersmodel tot goede tarieven te komen is door de NZa een methodiek uitgewerkt. In deze methodiek is het budgettair kader zorg (BKZ) leidend voor de beschikbare tijd. De normtijden zoals door de wetenschappelijke verenigingen bepaald, fungeren als verdeelsleutel om de beschikbare middelen over de zorgproducten te verdelen. In de opgestelde methodiek worden de in het budgettair kader beschikbare middelen over de zorgproducten verdeeld. Niet de absolute hoogte van de normtijden van de verschillende producten is van belang, maar de verhouding waarin de producten ten opzichte van elkaar qua tijdsbesteding genormeerd worden. De opstelling van de honorariumtarieven DOT wordt op dit moment verder uitgewerkt door de NZa. De NZa voert in dit kader ook een impactanalyse uit om te bezien of er door de overgang van de DBC naar DOT en de herijking van de honorariumcomponent onverantwoorde omzetverschuivingen plaatsvinden en om hiervoor, indien hiervan sprake is, bijstellingen te doen. Over de herijking van de honorariumcomponent per DOT vindt consultatie van de veldpartijen plaats.

Ten slotte

Op grond van artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) bent u bij brief van d.d. 26 april 2010 over de zakelijke inhoud van het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de NZa betreffende de invoering van een beheersmodel voor de medisch specialistische zorg geïnformeerd.

Met deze brief werk ik die voornemens verder uit.

Om de voornemens te kunnen realiseren is noodzakelijk dat het voorstel Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG tot wet is verheven en in werking is getreden. In dat licht ben ik van plan om de NZa op grond van artikel 7 van de WMG een zogenaamde huishoudelijke aanwijzing te geven de nodige voorbereidingen te treffen. De opdracht bij aanwijzing om beleidsregels en regels op te stellen voor het beoogde AAN-/VIA-macrobeheersmodel medisch specialisten zal dan inwerking treden nadat de AIBWMG in werking is getreden. Gelet op de aard, inhoud en omvang van de gevolgen van die verdere uitwerking zal ik overeenkomstig artikel 8 van de WMG tot het geven van de huishoudelijk aanwijzing niet eerder overgaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

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