

Vergaderjaar 2011–2012

32 393

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

C

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 10 november 2011

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van de vragen van de leden van de CDA-fractie en van de PVV-fractie van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het voorlopig verslag over het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG). De leden van de overige fracties hebben zich bij de vragen van de fracties van CDA en PVV aangesloten.

Ik constateer met genoegen dat de leden van de commissie in het algemeen positief staan tegenover het wetsvoorstel. Bij de beantwoording van de vragen hanteer ik de volgorde van het voorlopig verslag. Op verzoek van de commissie heb ik bij de beantwoording spoed betracht, zodat het wetsvoorstel zo snel mogelijk door uw Kamer kan worden afgehandeld. Daardoor zou aan alle betrokken partijen zekerheid kunnen worden geboden dat de maatregelen op grond van dit wetsvoorstel al op 1 januari 2012 ingaan.

Alvorens op de gestelde vragen in te gaan vermeld ik wellicht ten overvloede dat door de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal vragen zijn gesteld over mijn brief van 5 juli 2011 waarmee beide Kamers der Staten-Generaal zijn geïnformeerd over het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015¹, en over mijn brief van 15 juli 2011 over de voorgenomen uitwerking van het macrobeheersinstrument². Van de antwoorden ontvangt de Eerste Kamer afschrift, zodat de vragen en antwoorden bij de verdere behandeling van het voorliggend wetsvoorstel kunnen worden betrokken.

Algemeen

De leden van de CDA-fractie stellen vast dat er sprake is van een complexe materie en een ingewikkeld wetgevingstraject, en bezien dit in samenhang met de inmiddels tot stand gekomen bestuurlijke afspraken met medisch specialisten, ziektekostenverzekeraars en ziekenhuizen. Deze leden onderschrijven de hoofdlijnen van het wetsvoorstel, zoals de

¹ Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire ziekenhuizen, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 215).

² Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 216.

uitbreiding van de prestatiebekostiging en de introductie van het beheersmodel voor medisch specialistische zorg. Zij realiseren zich dat het hier gaat om kaderwetgeving, waarbij de invulling in belangrijke mate via algemene maatregelen van bestuur en andere uitwerkingen vorm krijgt. Niettemin is naar hun oordeel de behandeling van het wetsvoorstel het moment om de werking van het beoogde stelsel ten principale aan de orde te stellen. Weliswaar legt de wet veel verantwoordelijkheden onder het niveau van de macrobeheersing bij de partijen in de sector zelf, niettemin heeft de regering vanuit haar stelselverantwoordelijkheid ook een verantwoordelijkheid voor de werking van het voorgenomen systeem op niveaus onder het macroniveau. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering deze opvatting van de leden van de commissie delen. Ik onderschrijf de constatering van de leden van de CDA-fractie dat er sprake is van een complexe materie en ingewikkeld wetgevingstraject. Het voordeel van het kaderwetkarakter van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) is dat de wet niet direct verplicht tot toepassing van de instrumenten maar dat daaraan nog beleid- en besluitvorming aan voorafgaat. Daarbij is het parlement betrokken. Bij de toepassing van de WMG speelt namelijk de aanwijzing van de minister aan de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, tot het vaststellen van beleidsregels een belangrijke rol. Door de daaraan verbonden voorhangprocedure heeft het parlement vooraf invloed op de voornemens een aanwijzing te geven voor daarbij omschreven beleidsdoelen. Ook ben ik het met de leden van de CDA-fractie eens dat de systeemverantwoordelijkheid niet ophoudt bij het vaststellen van het macrokader. Bij de realisering van alle aspecten van de publieke waarborgen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg heeft de overheid een rol. Belangrijk daarbij is de wetenschap dat alle partijen in de zorg bij die publieke waarborgen betrokken zijn en ook een eigen rol daarbij hebben. Zonder die partijen gaat het niet. Om die reden heb ik voor de toekomst van de medisch specialistische zorg met de betrokken partijen akkoorden gesloten om in gezamenlijkheid de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te waarborgen. Aan de stelselverantwoordelijkheid wordt zo met partijen op de werkvloer invulling gegeven.

Werking macrobeheersinstrumentarium

Het macrobeheersinstrumentarium kan worden ingezet om overschrijdingen van de tevoren afgesproken omzet in de sector te corrigeren, dat wil zeggen achteraf te verrekenen. Voor de komende jaren bestaat tussen de regering, de ziektekostenverzekeraars en de ziekenhuizen inmiddels een afspraak over de toegestane volumegroei. De leden van de CDA-fractie vragen, mede namens de overige fracties, of deze afspraak ook door de medisch specialisten onderschreven wordt.

Het zogenaamde macrobeheersinstrument is een van de toepassingen van het instrument begrenzing zoals dat is opgenomen in het voorliggend wetsvoorstel. Andere toepassingen van het instrument begrenzing zijn het transitie-model voor de overgang van een systeem van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging voor ziekenhuizen en de beheersmodellen voor medisch specialisten. De voorgenomen toepassing van een beheersmodel voor medisch specialisten is onderdeel van het convenant dat met de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen op 31 mei 2011 is ondertekend.

Bij een generieke korting achteraf worden instellingen die zich wel aan het afgesproken volume hebben gehouden evenzeer getroffen als instellingen die hun omzetgrens hebben overschreden. Dit mechanisme kan leiden tot een gedrag waarbij instellingen streven naar een zekere overschrijding van het volume, om daarmee alvast een buffer voor de korting achteraf in

te bouwen. Zowel door de Raad van State als bij de behandeling in de Tweede Kamer is dit risico genoemd.

Hoe beoordeelt de regering deze ongewenste prikkel?

Ik erken dat het niet onmogelijk is dat de dreigende inzet van het macrobeheersinstrument individuele instellingen zal prikkelen om de eigen omzet te verhogen en hen ertoe zal aanzetten om hun bedrijfsvoering aan te passen om een eventuele korting op te kunnen vangen. Die prikkel verschilt overigens niet van de huidige dreiging van budgetkorting. Instellingen zullen proberen om een zodanig financieel resultaat te halen dat zij een verwachte korting kunnen opvangen. Echter, dat kan tot diverse gedragsreacties leiden, waarvan volumeverhoging er slechts één is. Instellingen kunnen bijvoorbeeld ook proberen de prijs te verhogen of efficiënter te werken.

Ik stel bovendien vast dat er diverse manieren zijn om mogelijk ongewenste gedragseffecten zoals ondoelmatige prijsverhogingen en volumestijgingen tegen te gaan en om verbeteringen van doelmatigheid te bevorderen. Door transparant te maken in hoeverre ziekenhuizen richtlijnconform handelen krijgen verzekeraars en ziekenhuizen bovendien zelf een instrument in handen om aanbodgeïnduceerde vraag tegen te gaan.

Verder, en dat is cruciaal in het beoogde zorgstelsel, wijs ik erop dat verzekeraars risico lopen over prijs- en volumeontwikkelingen in de zorguitgaven; zij hebben daarmee een financieel belang om aanbodgeïnduceerde vraag en prijsverhogingen tegen te gaan. Om de prikkel te vergroten heeft het kabinet ervoor gekozen om de ex-postcompensaties in de risicoverevening verder af te bouwen in de komende jaren, juist om de «countervailing power» van de verzekeraars te versterken.

De regering heeft toegezegd te bezien of een op individuele overschrijdingen per instelling gericht correctiemechanisme, dat deze prikkel niet heeft, mogelijk is. In september 2011 zou daarover gerapporteerd worden. Voor zover bekend is dat nog niet gebeurd. De leden van de CDA-fractie vernemen graag de vorderingen op dit gebied. De leden van de PVV-fractie willen weten hoe het staat met het onderzoek naar een alternatief instrument voor het macrobeheersinstrument. Met een motie in de Tweede Kamer van VVD, CDA en PVV (14 april 2011)¹ is de regering gevraagd te blijven zoeken naar een alternatief instrument voor het macrobeheersinstrument.

Bij de in de inleiding genoemde beantwoording van de vragen van de Tweede Kamer over het hoofdlijnenakkoord en het macrobeheersinstrument ben ik uitvoerig ingegaan op de zoektocht naar alternatieven, waaronder een model dat de bedoelde prikkel niet heeft. Na overleg met het veld is één alternatief voorstel als een mogelijk op termijn haalbare optie naar voren gekomen. Ik heb de zorgautoriteit verzocht een uitvoeringstoets uit te voeren met betrekking tot dit voorstel, dat primair vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is gedaan als alternatief voor het generieke macrobeheersinstrument. Het voorstel van ZN draait om het verbinden van financiële consequenties aan het (wel of niet) contracteren van zorg binnen de beschikbare middelen. In het ZN-voorstel worden instellingen die zich houden aan de productieafspraken met zorgverzekeraars, gevrijwaard van kortingen achteraf. De overschrijding komt in dat voorstel voor rekening van niet gecontracteerde instellingen.

De zorgautoriteit heeft de gevraagde uitvoeringstoets inmiddels opgeleverd. Samenvattend constateert zij dat het alternatieve voorstel op dit moment een aantal belangrijke praktische en juridische bezwaren oproept. Gezien het krappe tijdspad tot 1 januari 2012 en de nog lopende onderhandelingen over de contractering acht de zorgautoriteit het specifieke voorstel van ZN niet haalbaar voor 2012. Voor 2013 en verder zouden deze en eventuele andere varianten nog verder kunnen worden verkend.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 193.

Deze analyse deel ik. Daarom ben ik het met de zorgautoriteit eens dat voor 2012 het generieke macrobeheersinstrument moet worden gehanteerd, terwijl tegelijkertijd alternatieven voor 2013 nader moeten worden verkend. Voor 2012 houdt dit in dat ik vooraf het beschikbare kader aangeef. Of het macrobeheersinstrument daadwerkelijk tot kortingen leidt, zal pas achteraf blijken. Ik verwacht dat met het ondertekenen van het hoofdlijnenakkoord de daadwerkelijke inzet niet nodig zal zijn. Ik ben van plan na afronding van de voorhangprocedure in de Tweede Kamer en met inachtneming van het voorbehoud dat de Eerste Kamer bij de voorhangbrief heeft gemaakt¹ een aanwijzing over het macrobeheersinstrument met deze strekking aan de zorgautoriteit te sturen.

De inzet van het macrobeheersinstrument zou een tijdelijk karakter hebben (alleen tijdens de transitiefase). De regering wil het echter ook daarna handhaven, wat betekent dat ze altijd de mogelijkheid houdt om overschrijdingen terug te halen. Volgens de leden van de PVV-fractie, daarin gesteund door de overige fracties, gaat hier een verkeerde prikkel van uit.

Al eerder heb ik aangegeven dat ik geen voorstander ben van de permanente toepassing van het zogenaamde macrobeheersinstrument. Ik zie het als een tijdelijk middel en ultimum remedium om de overstap te kunnen maken naar prestatiebekostiging voor medisch specialistische zorg.

Echter, zoals hierboven ook is uitgelegd, is het macrobeheersinstrument een van de toepassingen van het instrument begrenzing dat met voorliggend wetsvoorstel onderdeel wordt van het instrumentarium van de WMG. De WMG is een kaderwet en verplicht niet tot het toepassen van een instrument of het op een bepaalde manier toepassen van dat instrument, maar schept daartoe slechts de mogelijkheid. Bovendien is het macrobeheersinstrument met zoveel waarborgen omgeven (in de zin van voorzienbaarheid), dat een te lichtvaardige toepassing niet mogelijk is. Aan de toepassing van het instrument begrenzing gaat bovendien altijd een voorhang bij het parlement vooraf alvorens aan de zorgautoriteit de opdracht kan worden gegeven het instrument toe te passen. Zo kan een bepaalde toepassing van het instrument begrenzing altijd vooraf worden beoordeeld.

Wellicht ten overvloede zij gezegd dat het schrappen van het instrument begrenzing uit de wet ook een einde zou maken aan de mogelijkheid tot een soepele en beheerste overgang naar andere wijzen van bekostiging en beheersing. Dat acht ik op dit moment te risicovol.

Naast de wens om de volumegroei op macroniveau te beheersen wil de regering een zekere dynamiek in de verhoudingen tussen ziekenhuizen bevorderen; daar horen verschillen in omzetgroei bij. Dat is ook in de aard van een stelsel met meer marktwerking besloten. Een streven naar groei van omzet en verbetering van resultaten hoort daar in essentie toch bij? De leden van de CDA-fractie, mede namens de overige fracties, vragen hoe verwacht de regering deze dynamiek verwacht te faciliteren, als zij tegelijkertijd de totale groei van de omzet in de sector wil beheersen. Over de diverse vragen over de wijze waarop individuele instellingen kunnen groeien als er sprake is van een macrobeheersinstrument en afspraken over de totale uitgavengroei in het hoofdlijnenakkoord, en de vraag of er geen spanning bestaat tussen prestatiebekostiging en het handhaven van een macrokader, nog het volgende. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord zijn door overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt over de invulling van de voor de jaren 2012 tot en met 2015 in totaal voor ziekenhuiszorg beschikbare middelen. Daarbij is uitdrukkelijk de ruimte gecreëerd voor individuele partijen om binnen die kaders maatwerkafspraken met elkaar te maken. Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord bepaalt nadrukkelijk niet dat iedere zorgaanbieder met

¹ Brief van de Eerste Kamer der Staten-Generaal van 16 september 2011, kenmerk 148140.04u.

2,5 procent (exclusief loon- en prijsbijstelling) mag of kan groeien. Als bijvoorbeeld een bepaalde zorgaanbieder goede prestaties levert dan kan deze aanbieder daar daadwerkelijk voor beloond worden: het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord biedt de ruimte voor die aanbieder om met de verzekeraar(s) omzetafspraken te maken die voor die individuele aanbieder neer zouden kunnen komen op meer dan 2,5 procent omzetgroei (exclusief loon- en prijsbijstelling). Voor aanbieders die minder goede prestaties leveren zou sprake kunnen zijn van individuele afspraken met de verzekeraar(s) die lager uit komen dan 2,5 procent omzetgroei (exclusief loon- en prijsbijstelling). Het is vervolgens aan de onderhandelingspartijen om ervoor te zorgen dat individuele contractafspraken over zinnige en zuinige zorg tezamen passen binnen de totale beschikbare middelen. Met de maatregelen in het hoofdlijnenakkoord wordt onderstreept dat het macrobeheersinstrument echt een ultimatum remedium is en is de kans dat het instrument daadwerkelijk uit de kast moet worden gehaald beperkt.

Individuele zorgaanbieders kunnen dus ook onder het macrobeheersinstrument omzetgroei blijven nastreven. Dit draagt bij aan de dynamiek die de kwaliteit en doelmatigheid van het zorgaanbod alleen maar zal bevorderen: als een instelling goede prestaties levert dan is er binnen de kaders van het hoofdlijnenakkoord en met de generieke werking van het macrobeheersinstrument ruimte om maatwerkafspraken te maken voor meer dan wel minder dan gemiddelde groei.

Ook de vormgeving van het macrobeheersinstrument, waar de leden van CDA-fractie naar vragen, laat deze dynamiek in stand. In mijn eerdergenoemde brief van 15 juli 2011 heb ik de werking van een generiek macrobeheersinstrument beschreven: voorafgaand aan elk jaar wordt een macrokader vastgesteld voor de zorg geleverd door instellingen van medisch specialistische zorg. Na afloop van het jaar wordt de uitgavenrealisatie bepaald. De realisatie van de uitgaven en het macrokader worden dan met elkaar vergeleken. Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord beschrijft dan hoe het verder gaat:

«Jaarlijks in het voorjaar zal overleg plaatsvinden tussen partijen over de prijs- en volumeontwikkelingen in het inkoopbeleid voor het lopende jaar. In het eventuele onverhoopte geval van overschrijdingen zal de minister daarover met partijen nader in overleg treden. Naast het (gedifferentieerd) korten van aanbieders kunnen daarbij ook maatregelen in de sfeer van pakket en eigen bijdragen worden overwogen, waarbij gekeken zal worden naar aard en oorzaak van de overschrijdingen. Naar de mate waarin de te verwachten uitgavenontwikkeling in lijn is met de ambities zoals overeengekomen in dit convenant, hebben partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid om een deel van de (eventuele) problematiek te dragen. Indien echter hierover geen tijdige¹ en volledige overeenstemming wordt bereikt, zal de minister van VWS als ultimatum remedium haar verantwoordelijkheid met gebruikmaking van het macrobeheersinstrument eenzijdig maar in de geest van dit akkoord nemen.»

Bij de generieke toepassing van het macrobeheersinstrument zal het te redresseren bedrag van de overschrijding generiek worden verdeeld over de instellingen, wat betekent dat elke instelling eenzelfde kortingspercentage krijgt opgelegd. Een instelling die een hoger groeipercentage heeft gerealiseerd dan het generieke kortingspercentage kan derhalve groeien.

In het verlengde hiervan rijst de vraag welke instrumenten een instelling die ziet aankomen dat zij het omzetplafond gaat overschrijden, tot haar beschikking heeft. Terecht wijst de regering erop dat de voorliggende wetgeving en het macrobeheersinstrumentarium de zorgplicht van ziekenhuis en zorgverzekeraar vis à vis de individuele patiënt niet aantasten. Hier dreigt het gevaar dat een instelling klem zit tussen

¹ Tijdig betekent dat eventuele maatregelen, als alternatief voor onverkorte toepassing van het MBI, met inachtneming van de daarvoor geldende spelregels op tijd (vóór 1 juni t+1) bij de Tweede en Eerste Kamer kunnen worden voorgehangen. Dat betekent dat overleg op basis van inschattingen in maart van t+1 moet beginnen en onderdeel uitmaakt van de Voorjaarsbesluitvorming van het kabinet. Toepassing van het MBI heeft betrekking op jaar t. Andere maatregelen, zoals pakket of eigen betalingen, hebben hun effect veelal pas in jaar t+2 (en voorkomen moet worden dat deze pas in t+3 in kunnen gaan). De gemiste jaren t en t+1 moet in dat geval ook budgettair in de maatregelen verwerkt worden.

individuele zorgplicht en de inspanningsverplichtingen met betrekking tot beheersing op macroniveau, omdat uiteindelijk de vraag naar zorg niet beheerst kan worden. Hoe beoordeelt de regering deze situatie, en welke mogelijkheden ziet zij voor instellingen om in dezen te sturen, en daarmee het risico van overschrijding van het omzetplafond te vermijden?

Als een instelling een overschrijding ziet aankomen zullen partijen, zoals in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken, hierover in overleg treden. Daarbij zal worden gekeken naar de aard en omvang van de overschrijding. Bij te treffen maatregelen kan gedacht worden aan verlaging van (het kostendeel voor ziekenhuizen) van onderhandelbare tarieven en aan het verplaatsen van productie. Partijen kunnen een dergelijke situatie voorkomen door enkele afspraken te maken over degressieve tarieven en over tarieven voor het geheel van prestaties. Mocht het overleg geen succes hebben dan geeft het hoofdlijnenakkoord vervolgens aan dat het macrobeheersinstrument verder wordt toegepast. Uit divers onderzoek blijkt overigens dat de ziekenhuizen veel kunnen bijdragen door de richtlijnen, protocollen en standaarden veel beter te volgen. De spreiding tussen ziekenhuizen is groot waar het gaat om wanneer er wordt geopereerd, welke medicijnen worden voorgeschreven etcetera. De opdracht is nu juist om zinnige en zuinige zorg te leveren.

Beheersmodel medisch specialisten

In de positie van de medische specialisten in het ziekenhuis doen zich vergelijkbare vragen voor. Op grond van het beheersmodel maken de medisch specialisten gezamenlijk en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis afspraken over de verdeling van het toegestane volume over de specialisten. Wie is uiteindelijk verantwoordelijk indien overeenstemming hierover tussen Raad van Bestuur en specialisten, of tussen specialisten onderling uitblijft?

Het is de verantwoordelijkheid van zowel de Raad van Bestuur, als (het collectief van) de vrijgevestigd medisch specialisten om gezamenlijk tot goede verdeelafspraken te komen. In het Convenant bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012–2014 dat ik op 31 mei 2011 met de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heb gesloten, is uitdrukkelijk bepaald dat het maken van verdeelafspraken een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor Raad van Bestuur en het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten is. De vrijgevestigd medisch specialisten kunnen daarbij zelf bepalen hoe de organisatie van de verdeling over de specialisten plaatsvindt. De Orde en de NVZ hebben deze verdeelafspraken ook vastgelegd in een nieuwe modeltoelatingovereenkomst (MTO). Ik wijs er verder op dat in het convenant zelf nader invulling aan het maken van deze verdeelafspraken is gegeven door heldere uitgangspunten vast te leggen. Ten aanzien van het vaste deel (80%) van het omzetplafond is bijvoorbeeld afgesproken dat de verdeelafspraken moeten leiden tot een gelijke beloning bij gelijke werkbelasting en productiviteit. Gelet op deze uitgangspunten ga ik ervan uit dat partijen goed in staat zullen zijn om deze verdeelafspraken te maken.

Mocht het partijen desondanks niet lukken om verdeelafspraken als bedoeld in genoemd convenant te maken, dan betekent dit dat de vrijgevestigd medisch specialisten niet langer via de instelling maar uitsluitend aan de instelling mogen declareren. In het zogenoemde AAN-beheersmodel is de instelling verantwoordelijk voor de beheersing van het volume en draagt daarmee tevens het risico voor eventuele volumeoverschrijdingen.

De leden van de CDA-fractie en die van de overige fracties vragen of het ziekenhuis de verrekening van een overschrijding van het afgesproken volume aan medisch specialistische zorg alleen kan verhalen via

generieke kortingen, of ook via maatregelen gericht op de specialismen waar zich daadwerkelijk overschrijdingen hebben voorgedaan. Kortten door het ziekenhuis bij de medisch specialisten is niet aan de orde. Het VIA-beheersmodel werkt als volgt. De zorgautoriteit legt voorafgaand aan het jaar per instelling een omzetplafond op voor de honoraria van alle vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk. Vervolgens maken Raad van Bestuur en het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten verdeelafspraken over het vaste (80% van het omzetplafond) en het variabele deel (20%). Deze (productie)afspraken zijn leidend voor de verdeling van het omzetplafond. De instelling geeft vervolgens de honoraria die zij uit de declaraties ontvangt conform deze verdeelafspraken door aan de medisch specialisten. De instelling mag echter niet meer overdragen aan de medisch specialisten dan het door de zorgautoriteit vastgestelde omzetplafond. Voor zover een instelling honoraria uit declaraties ontvangt die boven het omzetplafond uitkomen, dient de instelling op basis van een besluit van de zorgautoriteit deze overschrijding af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Welke instrumenten hebben de specialisten om het zorgvolume te beheersen en overschrijdingen tegen te gaan, zo vragen de leden van de CDA-fractie en van de overige fracties.

Ik verwacht van medisch specialisten dat zij goede, verantwoorde en doelmatige zorg verlenen. Zoals blijkt uit het convenant heb ik met de Orde en de NVZ afspraken gemaakt over het terugdringen van niet noodzakelijke zorg en praktijkvariatie. Hierbij spelen de medisch specialisten uiteraard een belangrijke rol. Verder zijn de medisch specialisten voor wat betreft zorgvolume gebonden aan de verdeelafspraken die ze hebben gemaakt met de Raad van Bestuur.

In het zogenaamde VIA-beheersmodel declareren de specialisten via het ziekenhuis bij de patiënt of diens verzekeraar. Aldus blijft het fiscaal ondernemerschap behouden. Nu echter het totale volume aan toegestane medisch specialistische zorg extern wordt vastgesteld, en het volume per specialisme door of mede door de Raad van Bestuur wordt bepaald, wordt het ondernemerschap toch aanzienlijk ingeperkt. Kan de regering aangeven welke verdere ontwikkeling zij in het declaratiemodel verwacht of mogelijk acht?

Het gekozen declaratiemodel geldt voor de transitieperiode tot 2015. Het is de bedoeling dat met ingang van 1 januari 2015 de te declareren zorgproducten integraal zijn, dus inclusief het honorarium van de medisch specialisten. Zoals in het Convenant is vastgelegd, zal ik de periode tot 2015 benutten om te bezien hoe daarna met de keuze voor de verschillende vormen van ondernemerschap dan wel dienstverband wordt omgegaan.

Tot die tijd kan de nieuwe MTO worden gebruikt zoals die op 30 september 2011 door de Orde en de NVZ aan de staatssecretaris van Financiën is voorgelegd met de vraag te bezien of de nieuwe MTO verenigbaar is met de fiscale ondernemersstatus van de medisch specialisten vrije beroepsbeoefenaars. De staatssecretaris heeft de voorgelegde MTO samen met de belastingdienst beoordeeld. Bij brief van 1 november 2011, kenmerk 066/2011/6197 U, heeft de staatssecretaris aan de Orde het resultaat gemeld van het onderzoek. Conclusie is dat medisch specialisten, die een overeenkomst met het ziekenhuis sluiten die overeenkomt met de MTO, en die ook daadwerkelijk hiernaar handelen, in fiscale zin als ondernemer kunnen worden aangemerkt. De beoordeling of een overeenkomst in overeenstemming is met de MTO en of er feitelijk ook zo gehandeld wordt, blijft in individuele gevallen uiteraard voorbehouden aan de Belastingdienst. Daarbij wordt opgemerkt dat medisch specialisten die niet behoren tot het collectief en/of indien door de zorgautoriteit op grond van een beleidsregel geen honorariumplafond ten

behoefte van dit collectief is vastgesteld, en die het honorariumbedrag in rekening aan het ziekenhuis brengen in fiscale zin geen ondernemer zijn (artikel 15, twaalfde lid, MTO). Met betrekking tot de fiscale positie van de ondersteunend medisch specialisten attendeert de staatssecretaris nadrukkelijk op onderdeel 3.11 (Uitspraak Craenen/Orde) van de Nota naar aanleiding van het verslag bij de Wet AIBWMG (Kamerstukken II 2010/11, 32 393, nr. 7, blz. 13).

Overige aspecten

De leden van de CDA-fractie, daarin gesteund door de overige fracties, hebben nog een vraag over de vaste bijdrage in bepaalde niet individualiseerbare activiteiten van ziekenhuizen, zoals traumazorg of opvang bij rampen. Komen alle ziekenhuizen in ons land voor dergelijke bijdragen in aanmerking of voorziet de regering een meer selectieve toewijzing? Welke categorie instellingen zouden dan in het bijzonder via deze bijdragen mede gefinancierd worden?

Zoals in de brief «Zorg die loont»¹ is aangekondigd, komen traumazorg en het ontwikkelen van de kennisfunctie en coördinatie van de trauma(ke)ten)zorg en het opleiden, trainen en oefenen ten behoeve van rampen in aanmerking voor bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage. In 2012 kunnen alleen (academische) ziekenhuizen die in 2011 voor de betreffende vorm van zorg bekostigd werden op grond van het functiegericht budget dat door de zorgautoriteit werd vastgesteld of subsidie hebben ontvangen op grond van de Subsidieregeling academische functie, een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. De Raad van State heeft positief geadviseerd over het ontwerp voor de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 56a van het wetsvoorstel waarbij dit wordt geregeld. Het gaat hierbij om een interim algemene maatregel van bestuur die alleen in 2012 van kracht is. Voor 2013 en verder wordt een nieuwe algemene maatregel van bestuur voorbereid die zowel een scherpere afbakening van de vormen van zorg bevat als een nieuwe onderbouwing van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage. De Eerste en Tweede Kamer zullen binnenkort een voorhangbrief met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdrage in 2012 ontvangen.

Is het denkbaar dat hiermede een verdere differentiatie in het «zorglandschap» ontstaat, zo vragen de leden van de CDA-fractie, daarin gesteund door de overige fracties.

De beschikbaarheidsbijdrage beoogt geen verdere differentiatie in het «zorglandschap» te laten ontstaan. Voor een beschikbaarheidsbijdrage komen uitsluitend zorgaanbieders in aanmerking die noodzakelijk zijn om de bij algemene maatregel aangewezen vorm van zorg te leveren. Zolang er in een regio meerdere aanbieders van bijvoorbeeld traumazorg zijn en daarmee de bereikbaarheid en beschikbaarheid zijn gewaarborgd, is er geen aanleiding om een beschikbaarheidsbijdrage aan deze zorgaanbieders toe te kennen. Kennelijk zijn er dan voldoende partijen die deze zorg willen aanbieden. In die gevallen zou een zorgverzekeraar er wel vanwege kwaliteitsoverwegingen voor kunnen kiezen om de traumafunctie te concentreren bij één ziekenhuis.

De afschaffing van de ex post verevening wordt niet via het voorliggend wetsontwerp geregeld. De regering heeft hiervoor een ander traject voor ogen. Dat geldt ook voor de vereenvoudiging c.q. verbetering van de ex ante verrekening. Graag vernemen de CDA-fractieleden wat op dit punt de stand van zaken is.

Het ex-antemodel voor 2012 is vastgesteld en neergelegd in de Regeling risicoverevening 2012². Ook de ex-postcompensaties voor 2012 zijn in deze regeling opgenomen.

¹ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6.

² Stcrt. 2011, nr. 18175.

De inhoudelijke wijzigingen in het ex-antemodel voor de somatiek betreffen de introductie van het criterium «meerjarig hoge kosten», een uitbreiding en aanpassing in het criterium «farmacie kostengroepen» en een aanpassing in de vormgeving van de diagnose kostengroepen. De volledige afschaffing in de periode tot 2015 van alle ex-postcompensaties wordt geregeld in het de voor de risicoverevening relevante delen van het Besluit zorgverzekering. De desbetreffende wijziging van deze algemene maatregel van bestuur heeft reeds bij uw Kamer voorgehangen¹ en zal binnenkort, na verwerking van het advies van de Raad van State, in werking treden.

Voor het jaar 2012 is wat betreft de ex-postcompensatie de macronacalculatie afgeschaft, de hoge-kostencompensatie afgeschaft en de nacalculatie op variabele ziekenhuiskosten (eerder dan gepland) op 0 procent gezet. Dit houdt in dat in 2012 alleen de bandbreedte nog als ex-postcompensatiemechanisme functioneert.

Voor de curatieve geestelijke gezondheidszorg is er ook een aanpassing van het ex-antevereveningsmodel gerealiseerd per 2012, namelijk de splitsing van één «farmaciekostengroep» in vijf kostengroepen. Per 2012 is wat betreft de ex-postcompensatie de macronacalculatie afgeschaft, de ex-postnacalculatie voor verzekerden jonger dan 18 jaar volledig gehandhaafd, de nacalculatie boven hoge kostencompensatie verlaagd van 100 naar 90 procent, en is ook de nacalculatie buiten bandbreedte verlaagd van 100 naar 90 procent.

Deze wijzigingen per 2012 zijn overigens ook toegelicht in een brief aan de Tweede Kamer² en met de Tweede Kamer besproken³.

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

¹ Kamerstukken I 2010/11, 29 689, A en 30 597.

² Kamerstukken II 2010/11, 29 689 nr. 350.

³ Kamerstukken II 2010/11, 29 689 nr. 358.