

Vergaderjaar 2013–2014

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 105**

Ontvangen ter Griffie op 19 december 2013.  
De aanwijzing is aan de Kamer overgelegd tot en met 18 januari 2014.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 19 januari 2014.

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 december 2013

Op 19 juni 2013 (Kamerstuk 32 620, nr. 88) heb ik u het NZa-advies omtrent regiomaatschappen aangeboden. Ik heb daarbij aangegeven dat ik na de zomer van 2013 met een reactie zou komen op het toen nog aanstaande NZa-advies over de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Inmiddels heeft de NZa dat advies opgeleverd, inclusief een aanvullend advies met betrekking tot de invoering van integrale tarieven voor kaakchirurgie (beide adviezen zijn bijgevoegd)<sup>1</sup>. In deze brief zal ik nader in gaan op de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Ik zal in een separate mededingingsbrief ingaan op het NZa-advies en de huidige ACM-beleidslijn omtrent regiomaatschappen.

Deze brief bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven over de invoering met ingang van 2015 van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Overeenkomstig artikel 8 van de WMG ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Indien van de kant van een van de Kamers in die periode vragen worden gesteld zal ik die uiteraard zo spoedig mogelijk beantwoorden. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

## **Integrale bekostiging**

### *Waarom doen we het?*

Invoering van integrale bekostiging is een cruciale volgende stap in de ontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Deze vervolgstap is noodzakelijk omdat de bestaande regulering ten eerste forse belemmeringen oplevert voor taakherschikking. Ook selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars wordt erdoor bemoeilijkt. Ten slotte heeft de bestaande regulering tot gevolg dat (financiële) belangen van instelling en specialisten niet altijd gelijk op lopen. Dat zet een onnodige rem op het realiseren van doelmatigheid en kwaliteit binnen de instellingen.

Om deze redenen heeft de commissie Meurs (Kamerstuk 29 248, nr. 240) eerder al geadviseerd om de overstap te maken naar integrale tarieven. Deze maatregel scoort volgens de commissie goed op met name de toetsingscriteria macrobeheersing en kwaliteit en doet recht aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De commissie acht het van groot belang dat juist op het niveau van het ziekenhuis tussen Raad van Bestuur en medische staf afspraken worden gemaakt over productie, kwaliteit en doelmatigheid. De commissie is een sterke voorstander van deze decentrale benadering, die tevens met zich mee brengt dat de verzekeraar een stevige inkooprol op zich neemt.

Op 29 november 2012 heb ik u de kabinetsreactie bij het rapport van de commissie Meurs (Kamerstuk 29 248, nr. 242) over de bekostiging van medisch specialisten aangeboden. Daarin heb ik aangegeven dat het kabinet het advies heeft overgenomen en in het regeerakkoord heeft opgenomen het rapport van de commissie als leidraad te zullen hanteren bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. De overgang naar integrale tarieven wordt tevens volledig door zorgaanbieders en medisch specialisten onderschreven, getuige de hierover gemaakte afspraken in het eerdere hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg uit 2011 (Kamerstuk 29 248, nr. 215) die in het bestuurlijke akkoord van 16 juli 2013 jongstleden bevestigd zijn (Kamerstuk 29 248, nr. 257).

### *Wat moet er gebeuren?*

Ik heb de NZa begin dit jaar gevraagd een advies uit te brengen over de bekostigingsaspecten en randvoorwaarden voor de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg met ingang van 2015. Dit advies is bijgevoegd bij deze brief.

De NZa geeft in het advies aan dat de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg het opheffen van de huidige deelregulering van de honorariumtarieven van medisch specialisten behelst. Die deelregulering bestaat uit een aantal elementen. Ten eerste is er op dit moment sprake van aparte tariefregulering voor ziekenhuiskosten en voor specialistenhonoraria. Daarnaast is er sinds 2012 sprake van een zogenaamd beheersmodel (inclusief honorariumomzetplafonds) voor vrijgevestigd medisch specialisten. Ten slotte gelden er nu gescheiden macrokaders voor ziekenhuiskosten en voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten.

Afschaffen van deze deelregulering impliceert dat verzekeraars en Raden van Bestuur van instellingen voor het eerst zullen onderhandelen over daadwerkelijk integrale tarieven van zorgproducten. Dat wil zeggen: volledig vrij in het vrije segment en in het gereguleerde segment onder het door de NZa vastgestelde integrale maximumtarief. De Raad van

Bestuur van de instelling onderhandelt met de ten behoeve van die instelling werkzame vrijgevestigde specialisten over hun honorarium.

Ik ben voornemens het NZa-advies over te nemen en met ingang van 2015 de honorariumtarieven vrij te geven. De bestaande indeling van zorgproducten in vrij en gereguleerd segment wil ik, conform NZa-advies, ongewijzigd gelaten. Net als in de huidige situatie zal er een (integraal) maximumtarief worden gehanteerd in het gereguleerde segment en (integrale) vrije prijzen in het vrije segment. Daarnaast ben ik voornemens de macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten samen te voegen. Dit impliceert dus ook de afschaffing van het huidige beheersmodel en de bijbehorende honorariumomzetplafonds. De beheersing van de uitgaven binnen het integrale macrokader zal worden vormgegeven door middel van het macrobeheersinstrument. Tevens wil ik het aanvullende advies van de NZa overnemen om in 2015 over te gaan op integrale tarieven voor kaakchirurgie. Het bestaande macrokader voor de honoraria van kaakchirurgen zal daarom met ingang van 2015 worden samengevoegd met de eerdergenoemde kaders voor ziekenhuiskosten en vrijgevestigd medisch specialisten.

*Wat zijn de gevolgen?*

#### Governance

De NZa geeft aan dat binnen de huidige deelregulering instellingen voor medisch-specialistische zorg en (vrijgevestigd) medisch specialisten als aparte spelers kunnen worden beschouwd. Beide spelers kunnen nu nog zelfstandig declareren aan de zorgverzekeraar of patiënt. De NZa is van mening dat bij het vervallen van de deelregulering het past om – in ieder geval in het kader van de bekostiging – beide spelers, op het lokale niveau van de instelling (het ziekenhuis of de ZBC), als één geheel te beschouwen. Het denken in gescheiden sferen kan immers ten koste gaan van de doelmatigheid die behaald kan worden met de integrale benadering. Ik ben het hier mee eens. Zoals ook door de commissie Meurs gesignaleerd zal de medisch specialist onder integrale tarieven meer worden beschouwd als één van de mogelijke productiefactoren en zal deze een meer integraal onderdeel vormen van de onderhandelingen tussen instellingen en verzekeraars. Ook binnen instellingen zal door deze stap een stimulans uitgaan richting een meer gelijk speelveld tussen Raden van Bestuur en medisch specialisten.

De NZa merkt overigens op dat deze systematiek, waarbij het declaratierecht bij de instelling zal komen te liggen, inhoudt dat extramuraal werkende specialisten in solopraktijk niet meer rechtstreeks aan de zorgverzekeraar of patiënt kunnen declareren. De NZa adviseert daarom nader te bezien of het nodig is om in het Uitvoeringsbesluit WTZi vrijgevestigd medisch specialisten in solopraktijk als aparte categorie te vermelden. Ik heb evenwel moeten constateren dat deze route geen oplossing zal bieden voor het door de NZa gesignaleerde vraagstuk. Ik zal de NZa daarom opdragen dit punt via aanpassing van de door de NZa zelf vast te stellen declaratiebepalingen op te lossen.

#### Kwaliteit en toegankelijkheid

Aan de hand van integrale tarieven kan door verzekeraars en instellingen worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Dit leidt er toe dat zorgaanbieders meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten, rekening houdend met kwaliteit en toegankelijkheid.

Taakherschikking is een hiermee nauw verweven thema. Daarover heb ik de Tweede Kamer in een brief op 22 april 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 437) geïnformeerd dat ik per 2015, parallel aan de invoering van integrale tarieven, een aantal bestaande regels omtrent registratie en declaratie van zorgaanbieders die taakherschikking op dit moment belemmeren door de NZa zal laten aanpassen. Zo mogen vanaf 2015 ook de verpleegkundig specialist en de physician assistant een DBC openen. Ook zal de beleidsregel met betrekking tot het zogenaamde face-to-face contact worden uitgebreid met de verpleegkundig specialist en de physician assistant.

#### Macrobeheersing

De macrobeheersing zal vanaf 2015 worden gerealiseerd door het beheersen van de totale uitgaven voor medisch-specialistische zorg (i.e. ziekenhuiskosten, honoraria medisch specialisten en honoraria kaakchirurgen) aan de hand van het macrobeheersinstrument. Onder integrale tarieven is er geen apart honorariumtarief meer, zodat de sturing op macroniveau zich niet meer toespitst op de afgezonderde honorariumuitgaven. Zorgverzekeraars onderhandelen over de integrale prijs van een DOT-zorgproduct en kunnen, bijvoorbeeld door in de inkoop rekening te houden en/of te sturen op taakherschikking en substitutie, indirect invloed uitoefenen op de honorariumuitgaven. Ten slotte zal VWS de ontwikkeling van de ziekenhuiskosten en de honoraria van medisch specialisten afzonderlijk blijven monitoren.

#### Fiscale aspecten

De invoering van integrale tarieven heeft ook fiscale aspecten, die overigens niet behoren tot de zakelijke inhoud van de aanwijzing. Het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarmee samenhangende vervallen van het debiteurenrisico leidt er in beginsel toe dat niet langer sprake kan zijn van fiscaal ondernemerschap. In voormeld bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 is afgesproken dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in vrij beroep. In gezamenlijk overleg tussen de ministeries van Financiën en VWS, de Belastingdienst, de NVZ en Orde is vanuit die invalshoek inmiddels een aantal samenwerkings- en participatiemodellen (met maatschapstructuur en BV-structuur) uitgewerkt die enerzijds recht doen aan het uitgangspunt van gelijkgerichtheid van belangen tussen instelling en medisch specialisten en anderzijds de keuze voor vrij beroep of dienstverband in stand laten. Het is vervolgens aan individuele partijen om deze modellen op lokaal niveau praktisch vorm te geven. In die praktische vormgeving is behoud van fiscaal ondernemerschap voor vrijevestigde specialisten in principe mogelijk, maar uitsluitend als deze specialisten daadwerkelijk in fiscale zin (ondernemers)risico gaan lopen, net als alle andere ondernemers. Daarbij valt met name te denken aan het in dienst nemen van personeel, het investeren in bedrijfsmiddelen door de specialistenmaatschap of het samen met het ziekenhuis deelnemen in het ziekenhuisbedrijf. Of daadwerkelijk sprake is van ondernemerschap wordt (achteraf) afgeleid uit de feiten en omstandigheden. Vrijevestigde specialisten die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten zullen onder integrale bekostiging in de regel niet langer aangemerkt worden als fiscaal ondernemer en zullen daarom de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten verliezen. Een en ander conform hetgeen daarover opgenomen is in het regeerakkoord.

Daarnaast adviseert de NZa in zijn advies te bezien hoe onder integrale tarieven de door de NZa vast te stellen algemene prestatie «onderlinge dienstverlening» zich verhoudt tot de btw-vrijstelling voor zorg. De NZa verwacht dat de zorgaanbieder de btw die aan hem is berekend voor ingehuurde diensten, weer zal willen doorberekenen aan de zorgverzekeraar. De NZa vraagt de btw-vrijstelling nader tegen het licht te houden

met het oog op het vrijstellen van deze ingehuurde diensten. Ik merk daarover op dat de exacte positie voor de btw en het al dan niet van toepassing zijn van een vrijstelling afhankelijk is van de feiten en omstandigheden van het geval. Op dit punt kan dus pas beoordeeld worden of de onderlinge dienstverlening tot een toename van de btw-druk leidt als de nieuwe systematiek voldoende gedetailleerd uitgewerkt is. Of de btw-kosten inderdaad zullen toenemen is dus niet bekend.

Uiteraard zal in dit kader aandacht moeten worden besteed aan de eventuele toepassing van een btw-vrijstelling. In dit kader acht ik nader overleg met het ministerie van Financiën nodig. Een uitbreiding van de huidige btw-vrijstellingen voor de gezondheidszorg tot andere, bijvoorbeeld secretariële diensten die bij derden worden ingekocht, is niet mogelijk.

### **Op weg naar 2015**

In het akkoord medisch-specialistische zorg is afgesproken dat er middelen beschikbaar worden gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren en dat betrokken partijen voor 1 februari 2014 afspraken zullen maken over de wijze waarop een objectieve en transparante toekenning van deze middelen kan plaatsvinden. Deze middelen zijn ook in de premiebijlage bij de VWS-begroting 2014 verwerkt. Op dit moment vinden hierover verkennende gesprekken plaats met de bij het akkoord medisch-specialistische zorg betrokken partijen. Ik zal u hierover in de eerste helft van 2014 nader informeren.

Mede namens de Staatssecretaris van Financiën,

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