

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 130

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 8 september 2010

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 29 juni 2010 inzake voorhang Aanwijzing medische specialis-tische zorg 2011 (Kamerstuk 29 248, nr. 125).

De op 9 juli 2010 toegezonden vragen zijn door de minister bij brief van 7 september 2010 beantwoord. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hieronder afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Ferrier, K.G. (CDA), Ham, B. van der (D66), Smeets, P.E. (PvdA), Fng voorzitter, Miltenburg, A. van (VVD), Schippers, E.I. (VVD), Smilde, M.C.A. (CDA), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Zijlstra, H. (VVD), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Harbers, M.G.J. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Atsma, J.J. (CDA), Vacature D66, Dekken, T.R. van (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink, I. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Klijsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Krom, P. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Sharpe, J.E.J.W. (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Sterk, W.R.C. (CDA), Neppérus, H. (VVD), Koşer Kaya, F. (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Sap, J.C.M. (GL) en Halsema, F. (GL).

I Vragen en opmerkingen

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de Voorhang aanwijzing medisch specialistische zorg 2011. Naar aanleiding van het stuk en de brief van de minister hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen.

Op 19 mei jl. heeft de vaste commissie voor VWS een algemeen overleg gevoerd met de minister over de problematiek van overschrijdingen bij medisch specialisten. De VVD-fractie heeft in dit overleg helder aangegeven wat haar uitgangspunt is. De leden van de VVD-fractie steunen het streven van de minister dat kostenoverschrijdingen bij medisch specialisten moeten worden voorkomen, zeker gezien de grote financiële opgave waarmee we geconfronteerd worden.

De minister kondigt in zijn brief een additionele tariefsmaatregel van € 136 miljoen aan per 2011, als gevolg van nieuwe cijfers waaruit blijkt dat de eerdere tariefmaatregel van € 512 miljoen te laag is, en de overschrijdingen over 2009 hoger waren dan eerst gedacht.

De leden van de VVD-fractie hebben in het verleden aangegeven dat zij voorstander zijn van kostenbeheersing. De eerdere tariefmaatregel kon op hun steun rekenen. Datzelfde geldt voor deze additionele maatregel. Hierbij hebben deze leden wel de vraag hoe «hard» deze cijfers zijn. In een eerdere rechtszaak over de oorspronkelijke cijfers gaf de rechter aan dat er op zich geen reden was om aan de cijfers te twifelen, maar dat de onderbouwing beter had gekund. In hoeverre is het mogelijk deze cijfers zo deugdelijk mogelijk te onderbouwen?

De leden van de VVD-fractie hebben in hetzelfde overleg van 19 mei aangegeven bezwaren te hebben tegen het door de minister voorgestelde systeem, waarbij de budgettering van de medisch specialisten in het vervolg via het ziekenhuis loopt, omdat naar hun mening beleid wordt gevormd door een demissionair kabinet dat niet past bij de demissionaire status. In deze brief laat de minister het budgetmodel in de lucht hangen en is niet helemaal duidelijk over wat daarmee gaat gebeuren. Deze leden vinden het invoeren van een loondienstmodel niet passen bij de demissionaire status van het kabinet. Kan de minister garanderen dat dit niet zal gebeuren door een demissionair kabinet?

De leden van de VVD-fractie hebben in het overleg aangegeven dat een deel van de overschrijding te wijten was aan de dbc-systematiek. De minister erkende dit ook. Bij de uitwerking van de oorspronkelijke tariefmaatregel en van deze additionele tariefmaatregel zou dit verwerkt worden door het NZa-onderzoek naar de specialisatiedifferentiatie. De pijn kan daar gelegd worden waar het systeem ervoor gezorgd heeft dat er forse overschrijdingen waren en of als er sprake is van overschrijdingen – naar het zich naar laat aanzien – van de ondersteunend specialisten. Dit onderzoek zou voor 1 juli jl. afgerond zijn, maar de resultaten zijn de Kamer nog niet bekend. Kan de minister hier alvast helderheid over verschaffen, juist omdat deze leden hechten aan een zorgvuldige aanpak van de overschrijdingen op die gebieden waar het heeft plaatsgevonden.

De NZa zou ook onderzoek doen naar de invulling en de uitvoerbaarheid van het beheersingsmodel voor medisch specialisten. Ook hier zou het NZa-onderzoek beschikbaar zijn op 1 juli. Kan de minister aangeven wanneer dit onderzoek is afgerond?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het voornemen van de minister de overschrijdingen bij de medisch specialistische zorg te redresseren. Zij steunen de in de voorhang geformuleerde maatregelen, maar hebben nog wel enkele vragen. Deze leden hebben nooit onder stoelen of banken gestoken dat zij van mening zijn dat de overschrijdingen bij de medisch specialisten geredresseerd dienen te worden.

Zij steunen dan ook de additionele maatregelen maar hebben vragen over de onderbouwing van de cijfers. Het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) heeft begin 2009 in een uitspraak over de voorlopige voorziening uitgesproken dat er geen reden was om te twijfelen aan de cijfers, maar dat de onderbouwing van deze cijfers beter had gekund. Geldt nu voor deze additionele maatregel dat de gehanteerde cijfers beter onderbouwd zijn?

De leden van de PvdA-fractie hebben steeds uitgesproken daar te redresseren waar de overschrijdingen veroorzaakt zijn, met andere woorden zij hechten aan een differentiatie per specialisme. Kan de minister aangeven in hoeverre aan deze wens van de PvdA-fractie voldaan wordt, dit mede in het licht van het toegezegde onderzoek van de NZa dat voor 1 juli zou zijn afgerond.

Uiteraard moeten de voorgestelde maatregelen uitvoerbaar zijn. Kan de minister de leden van de PvdA-fractie meer duidelijkheid verschaffen over de uitvoerbaarheid van de voorgestelde maatregelen?

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister. Deze leden onderschrijven het belang van de maatregelen om de overschrijding van het budgettair kader medisch specialisten aan te pakken. Zij willen wel dat er aan de maatregelen een solide onderbouwing ten grondslag ligt, en hebben daarom een aantal vragen.

De leden van de PVV-fractie willen weten of er al meer transparantie is over de totstandkoming van de verschillende bedragen € 375, € 512 en € 648 miljoen? Beschikt de NZa inmiddels over solide cijfermateriaal? Hoe betrouwbaar zijn de door de NZa aangegeven differentiatiemogelijkheden?

De leden van de PVV-fractie signaleren dat de dialoog met de medisch specialisten stopt door onduidelijkheden over de cijfers en willen erop wijzen dat de medewerking van de beroepsgroep noodzakelijk is, niet alleen vanwege de kostenontwikkeling maar ook vanwege de kwaliteitsontwikkeling. Onderschrijft de minister de noodzaak om tot goede afspraken te komen met de medisch specialisten? Graag ontvangen zij een reactie op dit punt.

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voornemen van de minister de overschrijdingen bij de medisch specialistische zorg te redresseren. Zij betreuren deze noodzakelijke stap en zijn blij dat de minister plannen voor een beheersmodel naar de Kamer heeft gestuurd om vooraf een grens te kunnen stellen aan de uitgaven voor medisch specialisten. Zij steunen de voorgestelde tariefkortingen maar hebben de volgende vragen.

Begin 2009 heeft het CBB in zijn uitspraak voor een voorlopige voorziening uitgesproken dat de minister de opgelegde tariefkortingen zorgvuldig moet onderbouwen. De leden van de CDA-fractie vragen of de voorgenomen maatregelen van deze aanwijzing voldoen aan de criteria

van deze rechterlijke uitspraak. Beschikt de minister over de juiste cijfers? Zo blijkt uit de reactie van de Orde van Medisch Specialisten dat zij betwijfelt of de additionele overschrijding van € 136 miljoen juist is. Al eerder hebben de leden van de CDA-fractie gevraagd naar de mogelijkheid om te differentiëren per specialisme, al naar gelang de omvang van de overschrijdingen. Uit de brief blijkt dat de NZa bezig is deze mogelijkheden te onderzoeken, onduidelijk blijft of er ook daadwerkelijk gedifferentieerd zal worden. Deze leden vinden dat specialismen waar zich hogere overschrijdingen hebben voorgedaan meer moeten terugbetalen dan specialismen waar geen of veel lagere overschrijdingen plaatsvonden. Kan de minister de reden aangeven waarom dit achterwege zou moeten blijven?

De korting voor het jaar 2011 moet zowel in het budget als in de tarieven die gelden tussen instellingen en verzekeraars worden verwerkt. Wanneer het beheersmodel in 2011 niet wordt ingevoerd zijn de tariefskortingen de enige manier om de overschrijdingen in 2011 te redresseren. Wat zijn de gevolgen als het beheersmodel wel wordt ingevoerd voor deze aanwijzing?

De minister is voornemens een structurele korting van maximaal € 648 miljoen op te leggen aan de vrijgevestigd bekostigde medisch specialisten. Verandert dit bedrag als het beheersmodel van kracht is?

Inbreng SP-fractie

Met gemengde gevoelens hebben de leden van de SP-fractie deze nieuwe aanwijzing met betrekking tot de medisch specialistische zorg ontvangen. Deze nieuwe cijfers tonen aan hoe onevenwichtig de inkomensstructuur van de vrij gevestigde medisch specialist thans is. Er is sprake van een willekeur met betrekking tot de inkomens van een aantal specialismen en ook in zijn algemeenheid zijn vraagtekens te plaatsen bij de gemiddelde hoogte van het inkomen van de vrij gevestigde specialist. Des te belangrijker is een eerlijke en maatschappelijk acceptabele inkomensstructuur te realiseren, nu – om kosten te besparen – er bezuinigd wordt op het pakket en nieuwe en hogere eigen bijdragen ternauwernood zijn afgewend. Wat is de gemiddelde omzet van de vrij gevestigde specialist in 2009 geweest? Is dat inderdaad de € 300 000, zoals door de minister in de media genoemd?

Is de minister bereid te komen tot een gemaximeerde inkomensnorm, bijvoorbeeld vergelijkbaar met het inkomen van een hoge rechter zoals de commissie Korthals Altes enige jaren geleden bepleitte, voor specialisten met daarin een bandbreedte tussen de meest en minst verdienende specialist?

Vanwege de aard van de gezondheidszorg waarbij de dokter bepalend is welke zorg wordt aangeboden en de daaruit voortvloeiende inkomensverwerving, ligt het in de rede het stukloon – ontstaan door de invoering van de dbc-financiering met daarin de looncomponenten voor de specialismen- af te schaffen. Het verrichtingenstelsel in de zorg drijft de kosten op. Daarbij is het moeilijk te scheidslijnen te bepalen tussen zinnige en zuinige zorg en overbodige tot zelfs schadelijk zorgaanbod. Vandaar dat ook het controle mechanisme door zorgverzekeraars en anderen hierop is uitgedijt. Ook brengt het verrichtingenstelsel hoge transactiekosten met zich. De leden van de SP-fractie zijn voorstander van een financieringsstelsel waarbij elk financieel eigenbelang zoveel mogelijk wordt vermeden, en alleen het belang van de patiënt leidend is. Hoe beoordeelt de minister in dit verband het onderzoek van Pomp (2009) dat laat zien dat bij vrij gevestigde specialisten het zorggebruik per hoofd van de bevolking stijgt naarmate het aantal vrijgevestigde specialisten toeneemt, en bij de artsen in loondienst daarentegen er geen relatie is gevonden tussen artsendichtheid en zorggebruik per inwoner?

Onderschrijft de minister de wenselijkheid te komen tot een financierings-systematiek voor specialisten waarbij financieel belang zoveel mogelijk wordt uitgesloten? Is de minister bereid de specialistische looncomponent uit de dbc-financiering te halen en te komen tot een soort van abonnementensysteem voor specialisten waarbij op basis van enkele heldere parameters zoals adherentie en zorgintensiteit bepaald wordt welke kosten het ziekenhuis heeft gemaakt voor het behandelen van patiënten en vast te stellen hoeveel werk de specialist heeft verzet? Bent u tevens bereid te bevorderen dat alle specialisten in loondienst gaan werken met behoud van professionele autonomie en oplossingen aan te dragen voor de goodwill problematiek? Welke kosten zijn gemoeid indien de goodwill voor specialisten zou worden afgeschaft?

De minister constateert nieuwe overschrijdingen. Kan de minister nader aangeven hoe deze overschrijdingen tot stand zijn gekomen? Bij welke specialismen doen de overschrijdingen zich voor? Wat is de rol van de zelfstandige behandelcentra in deze? Zijn deze vooral de veroorzakers van de verdere kostenstijgingen?

Kan de minister garanderen dat de door hem voorgestelde maatregelen niet zullen leiden tot een toename van wachtlijsten, omdat ziekenhuizen en specialisten minder zorg gaan leveren? Zo nee, hoe gaat de minister voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of toenemen door zijn maatregelen? Kan de minister tot slot precies aangeven tot welke brutotoeslagen (omzet minus praktijkkosten) de door hem voorgestelde maatregelen leiden per specialisme?

Inbreng D66-fractie

De leden van de fractie van D66 hebben kennis genomen van de aanwijzing medisch specialistische zorg voor 2011. Het proces van besluitvorming omtrent deze aanwijzing roept bij deze leden enige vragen op. Zo vragen deze leden hoe de besluitvorming over deze aanwijzing zich verhoudt tot de nog in te dienen inbreng over de uitvoeringstoets van de NZa. Kan het besluit over de invoering van het beheersmodel los worden gezien van deze aanwijzing om een extra tariefkorting door te voeren? Wat vindt de minister van het voorbeeld van het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag en het Deventer Ziekenhuis, waar alle vrijgevestigde medisch specialisten deel uitmaken van ziekenhuisbrede stafmaatschappen? Maakt dit model deel uit van de onderhandelingen tussen de minister en de medisch specialisten? Zo nee, waarom niet? Klopt het dat de minister in gesprek is met de medisch specialisten over de tariefkorting en zo ja, welke alternatieven voor deze aanwijzing zijn dan besproken?

De leden van de fractie van D66 constateren dat de Orde van Medisch Specialisten en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van mening verschillen over de hoogte van de overschrijdingen. Is de minister bereid een onderbouwing van deze verschillen te geven?

Kan de minister aangeven in welke richting hij verwacht dat de overschrijdingen zich als gevolg van de nog te verwachten CVZ-cijfers zullen ontwikkelen?

De leden van de fractie van D66 vragen de minister hoe dreigende demotivatie van medisch specialisten van invloed kan zijn op zijn kwaliteitsagenda. Aangezien medisch specialisten een belangrijke rol spelen in toekomstige kostenbeheersing door kwaliteitsverbetering en voorkoming van onnodige behandelingen vragen deze leden welke invloed de onenigheid tussen medisch specialisten en de minister op deze doelstelling kan hebben. Op welke wijze houdt de minister hier rekening mee?

De leden van de fractie van D66 willen graag weten of de NZa in staat is de differentiëring naar specialisme te realiseren. Zo ja, kan de minister dan aangeven hoe deze differentiëring eruit zal zien, en welke specia-

lismen meer of minder van de consequenties zullen dragen? Zo nee, vindt de minister dit redelijk?

De leden van de fractie van D66 vragen tenslotte welk deel van de eerder opgelegde kortingen is gerealiseerd. Hoe reëel is het te verwachten dat nieuwe kortingen volledig worden gerealiseerd?

II Antwoord

Inleiding

Ik heb u in mijn brief van 29 juni 2010 (TK 2009–2010, 29 248, nr. 125) geïnformeerd over de overschrijdingen bij de medisch specialisten en heb ik het voornemen geuit om na het verloop van de wettelijke voorhangtermijn de NZa een aanwijzing te geven om passende maatregelen te treffen in 2011. De voorgenomen inhoud van de aanwijzing is het opleggen van een structurele korting van in totaal € 648 miljoen op de tarieven van de als vrijgevestigd bekostigde medisch specialisten, voor zover deze overschrijding niet al door de aanwijzing van 7 mei 2010 wordt geredresseerd.

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bij de bovenstaande brief een aantal vragen gesteld. Voor de beantwoording van de vragen ga ik allereerst in op de vragen die betrekking hebben op de onderbouwing van de overschrijding. Daarna zal ik ingaan op de maatregelen die worden genomen om de overschrijding te redresseren en met name de mogelijkheid tot het differentiëren naar specialisme. Tot slot ga ik kort in op de relatie tussen de tariefkortingen en het beheersmodel medisch specialisten.

Naast de vragen over de tariefkortingen hebben enkelen van u ook vragen gesteld die samenhangen met het beheersmodel medisch specialisten dat ik voornemens ben in te voeren en waarover ik u heb bericht (TK 2009–2010, 29 248, nr. 127). Deze vragen zal ik beantwoorden in mijn reactie op uw vragen uit het VSO inzake de uitvoeringstoets beheersmodel medisch specialisten.

De onderbouwing van de overschrijding

Het doet mij goed om te horen dat de maatregelen die ik voornemens ben op te leggen op de steun van de fracties kan rekenen. De SP-fractie vraagt mij of de gemiddelde omzet van de vrijgevestigd medisch specialist in 2009 gemiddeld € 300 000 is geweest. De gemiddelde omzet per vrijgevestigd medisch specialist in 2009 bedroeg circa € 350 000. Het betreft een overschrijding van bijna 40% op de totale in de VWS-begroting beschikbare middelen voor de als vrijgevestigd bekostigde specialisten. Hierdoor ben ik genoodzaakt maatregelen te nemen.

Diverse fracties hebben mij gevraagd naar de onderbouwing van de geconstateerde overschrijdingen. Mede naar aanleiding van de uitspraak van de rechter heeft VWS samen met de NZa extra aandacht besteed aan de onderbouwing van de gepresenteerde cijfers. Er ligt een uitgebreidere schiftelijke onderbouwing aan de geconstateerde overschrijdingen ten grondslag. Kern hiervan staat hieronder weergegeven.

Het CVZ levert elk kwartaal cijfers uit aan het ministerie van VWS over de honorariumkosten van vrijgevestigde medisch specialisten. Daarnaast heeft VWS beschikking over gegevens van Vektis en de NZa. VWS heeft de gegevens van het CVZ, Vektis en de NZa gebruikt om de kosten van vrijgevestigde medisch specialisten te vergelijken met het daarvoor beschikbare macrobudget.

De cijfers die zijn weergegeven in de tabel zijn de meest recente gegevens, CVZ cijfers juni 2010, over de overschrijding bij de medisch specialisten in 2009.

Tabel 1 geeft de kern van de berekening weer.

Tabel 1. Onderbouwing overschrijding 2009 (x € 1 miljoen)

	bedrag
<i>Kosten (CVZ, Vektis cijfers)</i>	
A: honoraria A-DBC's algemene en categorale ziekenhuizen	1 952
B: honoraria B-DBC's algemene en categorale ziekenhuizen	761
C: overige trajecten en verrichtingen Algemene en categorale ziekenhuizen	174
D: honoraria specialisten algemene en categorale ziekenhuizen niet opgenomen in budgettair kader medisch specialisten	- 414
Totale kosten 2009	2 473
Beschikbare middelen VWS 2009	1 825
Overschrijding 2009	648

Toelichting op tabel

De posten A en B betreffen de gedeclareerde honoraria in 2009 van alle medisch specialisten in algemene ziekenhuizen. Dit zijn schadelastgegevens van verzekeraars. De bron van deze cijfers is de CVZ rapportage van juni 2010. Het CVZ rapporteert periodiek aan VWS over de ontwikkeling van de zorguitgaven. De honoraria van medisch specialisten werkzaam in academische ziekenhuizen wordt in de berekening van de overschrijding niet meegenomen, omdat in academische ziekenhuizen enkel specialisten in loondienst werken. Specialist in loondienst bij academische ziekenhuizen maken onderdeel uit van het budgettair kader ziekenhuizen.

Post C betreft de honoraria van overige trajecten en overige producten in algemene ziekenhuizen. Voor dit cijfer is gebruik gemaakt van de gegevens van Vektis. Dit zijn wederom schadelastgegevens van verzekeraars.

De posten A, B en C tezamen is het totaal aan honoraria binnen algemene ziekenhuizen voor alle medisch specialisten. Aangezien het een overschrijding op het kader vrijgevestigd medisch specialisten betreft, dient er vervolgens nog een correctie plaats te vinden voor de honoraria van specialisten in loondienst in algemene ziekenhuizen. In de tabel is dit te zien als post D.

De som van deze posten wordt vervolgens afgezet tegen het budgettair kader voor vrijgevestigde specialisten. Hieruit resulteert de overschrijding.

Deze cijfers zijn ook met de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gedeeld. Wellicht ten overvloede: de zelfstandige behandelcentra spelen bij de genoemde overschrijdingen van de honoraria medisch specialisten geen rol. De overschrijding die met de voorliggende maatregel wordt geredresseerd betreft enkel een overschrijding van de beschikbare middelen voor als vrijgevestigd bekostigde medisch specialisten die in een ziekenhuis werken.

Om zicht te krijgen op de oorzaken van de overschrijding heb ik PricewaterhouseCoopers (PwC) opdracht gegeven om hiernaar onderzoek te doen. Het rapport van PwC heb ik u in april toegezonden (TK

2009–2010, 29 248, nr. 118). Als uitleg voor de toename in honoraria draagt PwC drie verklaringen aan:

- de invoering van het normatief uurtarief en de afschaffing van de lumpsum
 - een toename van de productie en
 - een verbeterde aanlevering aan DIS en registratie in de ziekenhuizen.
- Daarnaast waren compensatiefactoren in 2008 en 2009 voor de ondersteunende specialisten onjuist vastgesteld en lijken de normtijden behorende bij de DBC's niet in overeenstemming te zijn met de te rechtvaardigen tijd voor een declaratie.

De leden van de D66 fractie constateren dat de Orde van Medisch Specialisten en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van mening verschillen over de hoogte van de overschrijdingen. De D66-fractie vraagt mij of ik bereid ben een onderbouwing van deze verschillen te geven.

Dat VWS en de Orde niet op dezelfde overschrijding uitkomen is onder meer te verklaren door verschillen in de gehanteerde gegevensbronnen, verschillen in de gehanteerde definitie van het schadebegrip (bijvoorbeeld schade in kastermen of schadelast) en verschillen in berekeningsmethode. De schadelast betreft de door de verzekeraars daadwerkelijk betaalde schade en te verwachte schade en is daarom ook de schade die het best aansluit bij het schadebegrip van het BKZ. In het onderzoek van de Orde wordt de kasstelselmethode gehanteerd, waarbij er gekeken wordt naar alle DBC's met een sluitdatum in het betreffende jaar. De methode zoals Mazars (in een opdracht van de Orde) die heeft gehanteerd met betrekking tot de berekening van de overschrijding laat zich moeilijk vergelijken met de berekening zoals VWS die heeft gemaakt.

Voor de vaststelling van de hoogte van de overschrijding sluit VWS aan bij de meest recente schadelastcijfers van het CVZ. Reden voor VWS om de CVZ rapportage als uitgangspunt te nemen is tweeledig. De gegevens van het CVZ zijn schadelastgegevens van verzekeraars. Dat wil zeggen: gegevens van daadwerkelijk gedeclareerde en uitbetaalde DBC's. Ik vind het belangrijk om van deze gegevens uit te gaan omdat deze het beste aansluiten bij het schadelastbegrip in de definitie van het BKZ. Daarnaast is het CVZ de onafhankelijk fondsbeheerder. Het CVZ levert als onafhankelijk fondsbeheerder ook de gegevens aan voor de afrekening van andere niet-gebudgetteerde sectoren zoals bijvoorbeeld de huisartsen. Om een compleet beeld te kunnen geven van de omzetontwikkelingen worden de CVZ-gegevens aangevuld door VWS met aanvullende gegevens van Vektis en de NZa.

Bij de berekening van de overschrijding heeft VWS de CVZ cijfers afgezet tegen het budgettaire kader van VWS in 2009. Zie tabel 1.

De € 80 mln overschrijding die Mazars in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten rapporteert is niet gebaseerd op schadelast gegevens. Dit zijn omzetgegevens volgens de kasstelsel definitie die via een enquête onder de algemene ziekenhuizen door collectieven zijn aangeleverd. Op de gegevens heeft geen accountantscontrole plaatsgevonden.

De geënquêteerde omzetgegevens 2008 heeft Mazars afgezet tegen de omzetgegevens 2007. Het is niet afgezet tegen de beschikbare middelen in het BKZ in een bepaald jaar, waardoor langs deze weg geen overschrijding kan worden berekend.

Daarnaast verschillen VWS en de Orde van mening over de neerwaartse bijstelling van het kader medisch specialisten vanaf 2008. In de begroting 2008 is het kader medisch specialisten meerjarig met € 175 mln neerwaarts bijgesteld in verband met de invoering van het normatief uurtarief voor medisch specialisten.

Het macrokader geeft weer welke kosten de minister voor de gezondheidszorg als geheel en voor de verschillende deelsectoren aanvaardbaar acht. Ten tijde van het inboeken van de korting op het kader met € 175 mln (voorjaar 2007) was er zowel in het BKZ in brede zin als specifiek bij de medisch specialisten sprake van budgettaire problematiek. Hierbij hanteert VWS het uitgangspunt dat overschrijdingen zo veel mogelijk zouden moeten worden opgevangen in de sector waar die veroorzaakt is. De maatregel had als doel de uitgaven te verlagen. De kern van de berekening die hieraan ten grondslag lag was een korting op het uurtarief van € 15. In plaats van € 147,50 (het berekende uurtarief voor 2008) werd € 132,50 overeengekomen met de Orde van Medisch Specialisten. De leden van de D66-fractie vragen mij in welke richting ik verwacht dat de overschrijdingen zich als gevolg van nog te verwachten CVZ-cijfers zullen ontwikkelen. Het is niet mogelijk hierover een onderbouwde verwachting uit te spreken. Op basis van de huidige inzichten constateer ik een overschrijding van € 648 mln.

Kortingsmaatregelen

Verscheidene fracties hebben gevraagd naar de mogelijkheden om de overschrijding naar specialisme te differentiëren en vragen naar de stand van zaken van het onderzoek dat de NZa hiernaar uitvoert en de betrouwbaarheid van de data.

In mijn aanwijzing aan de NZa voor de korting 2010 van € 512 miljoen heb ik de NZa verzocht om indien mogelijk de korting gedifferentieerd toe te passen zodat de korting daar terecht komt waar deze het meest gerechtvaardigd is. Ik ben voornemens om dit ook in deze aanwijzing aan de NZa op te dragen.

Naar aanleiding van de uitspraak van de voorzieningenrechter van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) is de NZa conform de uitspraak van de rechter een onderzoek gestart naar a) de hoogte van de overschrijdingen en b) de mogelijkheden om een differentiatie naar specialisme toe te passen. Dit onderzoek heeft de NZa onlangs afgerond.

De NZa heeft een differentiatie-model ontwikkeld om de korting van € 512 miljoen, voor zover mogelijk, te differentiëren naar medisch specialismen. Voor de totstandkoming van de differentiatie zijn alle wetenschappelijke verenigingen en de Orde meerdere malen geconsulteerd. De NZa heeft op 12 augustus 2010 een bijgesteld DBC pakket 2010 uitgeleverd aan het veld met naar specialisme gedifferentieerde tarieven.

Het gaat voor deze brief te ver om een beschrijving te geven van de differentiatiemethodiek. Hiervoor wil ik verwijzen naar de documenten die de NZa op 12 augustus 2010 heeft publiceerd op haar website (www.nza.nl).

De NZa heeft voorgerekend dat, indien een gedifferentieerde korting wordt ingevoerd, de macro korting in 2010 circa € 478 mln. , in 2011 circa € 545 mln. en vanaf 2012 circa 512 mln. bedraagt. Hierover heeft de fractie van D66 vragen gesteld. Een deel van de korting van 2010 (circa € 33 mln) is doorgeschoven naar 2011. De korting in 2011 is dus met circa 33 mln. verhoogd. De verschuiving van dit deel van de korting is nodig om fluctuaties in de tarieven over de verschillende jaren zoveel mogelijk te voorkomen. Achterliggend idee is dat zodoende voorkomen wordt dat het moment waarop de patiëntenzorg wordt geleverd, wordt beïnvloed door

financiële prikkels. In totaal bedraagt de opgelegde korting over de jaren de aangekondigde € 512 mln. euro.

Wellicht ten overvloede: Het voorgaande heeft betrekking op de verwerking van de korting voor 2010 (en het deels verschuiven van 2011). In mijn brief van 29 juni (voorhang aanwijzing medisch specialisten, TK 2009–2010, 29 248, nr. 125) heb ik het voornemen geuit de NZa na het verloop van de wettelijke voorhangtermijn een aanwijzing te geven om aanvullend op de reeds aangekondigde maatregelen ter hoogte van € 512 mln. met ingang van 2011 additioneel passende maatregelen te treffen als doel een structurele taakstelling voor vrijgevestigd medisch specialisten van in totaal € 648 mln.

De PVV-fractie signaleert dat de dialoog met de medisch specialisten stopt door onduidelijkheden over de cijfers en wil erop wijzen dat de medewerking van de beroepsgroep noodzakelijk is, niet alleen vanwege de kostenontwikkeling maar ook vanwege de kwaliteitsontwikkeling. Ook de D66-fractie vraagt hoe dreigende demotivatatie van medisch specialisten van invloed kan zijn op mijn kwaliteitsagenda. De D66-fractie vraagt mij hoe ik hiermee rekening hou. De PVV-fractie vraagt of ik de noodzaak tot goede afspraken te komen met de medisch specialisten onderschrijf. Ik kan u verzekeren dat de kwaliteit van de medisch specialistische zorg bij mij voorop staat. Ik heb nog geen enkel signaal ontvangen dat medisch specialisten zich niet inzetten voor kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg. Ik ga ervan uit dat de medisch specialisten ondanks de opgelegde kortingen zich vol in blijven zetten om de zorg te leveren en medewerking verlenen aan projecten ter bevordering van de kwaliteit. Wellicht ten overvloede: Ik ben met de medisch specialisten nog in gesprek over het invoeren van het beheersmodel.

Relatie tussen de tariefskortingen en het beheersmodel medisch specialisten

De leden van de CDA-fractie vragen wat de gevolgen zijn voor de aanwijzing indien het beheersmodel wordt ingevoerd. De CDA-fractie vraagt mij of de structurele korting van € 648 miljoen wijzigt wanneer het beheersmodel van kracht is. Zoals gemeld in mijn brief van 30 juni 2010 (TK 2009–2010, 29 248, nr. 127) zal het beheersmodel niet per 1 januari 2011 worden ingevoerd. Indien het beheersmodel wel was ingevoerd, waren de kortingen ook in het beheersmodel verwerkt. Daarnaast is het evenwel van belang om deze kortingen ook in de tarieven te verwerken omdat deze van belang zijn in het declaratieverkeer tussen het ziekenhuis en de verzekeraar. De hoogte van de geconstateerde overschrijdingen voor 2009 (€ 648 miljoen) veranderen niet met de invoering van het beheersmodel. De fractie van de D66 vraagt of het besluit over de invoering van het beheersmodel los kan worden gezien van deze aanwijzing om een extra tariefkorting door te voeren. Het redresseren van de geconstateerde overschrijdingen staat deels los van mijn besluit rondom het beheersmodel. De tariefkorting zal worden opgelegd ongeacht het wel of niet doorvoeren van het beheersmodel. Ik ben evenwel van mening dat het opnieuw moeten constateren van opgelopen overschrijdingen extra aanleiding geeft om zo snel als mogelijk een beheersmodel in te voeren, omdat door middel van de tariefkorting de overschrijding alleen achteraf kan worden geredresseerd. Met het beheersmodel kan ik overschrijdingen vooraf voorkomen.