

Vergaderjaar 2008–2009

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 94**

### **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 1 juli 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 8 juni 2009 inzake maatregelen medisch specialistische zorg 2010 (Kamerstuk 29 248, nr. 83).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 30 juni 2009. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), Ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), Voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consensmulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

1

*Welk deel van de stijging van de schadelast door ontwikkelingen van de honoraria van specialisten door invoering van het uniforme uurtarief en afschaffing van de lumpsum was voorzien en gewenst?*

De verwachting was dat het afschaffen van de lumpsum en de introductie van het uurtarief voor een aantal specialisaties zou resulteren in een daling van de honorariumomzet en dat er ook specialisaties op vooruit zouden gaan. De exacte effecten op instellingsniveau en per specialisme waren vooraf moeilijk in te schatten omdat er veel factoren zijn die hierop van invloed zijn. Het was niet te voorzien dat als gevolg van het invoeren van het normatief uurtarief en afschaffen van de lumpsum op macroniveau een overschrijding van het BKZ zou plaatsvinden.

2

*In welke mate is er nog sprake van onverklaarbare inkomensverschillen tussen de verschillende medisch specialismen?*

Tot en met 2007 gold voor de (vrijgevestigd) medisch specialisten die werkzaam waren in ziekenhuizen de lumpsum. Onder de lumpsum-systematiek golden voor verschillende specialismen specifieke uurtarieven. Per 1 januari 2008 is voor alle specialismen, met uitzondering van psychiaters die een eigen GGZ DBC-tariefsystematiek kennen, hetzelfde uurtarief ingevoerd. Dit tarief is voor iedereen gelijk. Uit onder meer de rapportage van Vektis wordt ook duidelijk dat er van 2007 op 2008, het invoeringsjaar van het normatieve uurtarief, verschuivingen hebben plaatsgevonden. Dit wil echter niet zeggen dat alle specialismen nu hetzelfde inkomen hebben. Dit is namelijk ook afhankelijk van andere factoren zoals volume en normtijd. Zie hiervoor ook mijn antwoord op vraag 5.

Price Waterhouse Coopers (PWC) gaat een uitgebreid onderzoek uitvoeren naar de honorariumontwikkeling bij de medisch specialisten en mogelijke verklaringen die aan die ontwikkeling ten grondslag liggen. Eén van de vragen daarbij is of de invoering van het normatief onderbouwde uurtarief heeft bijgedragen tot nivellering van de inkomens van medisch specialisten. De resultaten van dit onderzoek worden eind 2009 verwacht.

3

*Voor welke medisch specialismen geldt dat invoering van een vast uurtarief een sterke stijging van hun oorspronkelijke uurtarief betekent?*

Tot en met 2007 gold de lumpsum voor de (vrijgevestigd) medisch specialisten die werkzaam waren in ziekenhuizen. Deze lumpsummen werden gevuld door de opbrengsten uit de declaraties van specialisme specifieke tarieven. Voor sommige specialismen betekent de invoering van het in 2008 vastgesteld normatief uurtarief een stijging ten opzichte van de specifieke tarieven onder de lumpsum in 2007. Een voorbeeld hiervan is de kindergeneeskunde.

4

*Voor welke specialismen geldt dat er sprake is van een omzetzijging en wat is hiervan de oorzaak?*

Zie ook mijn antwoord op vraag 3.

Het invoeren van het normatief uurtarief en afschaffen van de lumpsum heeft voor de verschillende specialismen verschillend uitgedrukt. Sommige specialismen zagen hun omzet stijgen, anderen kregen te maken met een omzetzijging. Op basis van het huidige cijfermateriaal is er echter nog geen totaalbeeld. Om inzichtelijk te krijgen welke specialismen in omzet

zijn gedaald en welke zijn gestegen moet er op specialismenniveau een vergelijking worden gemaakt met de lumpsum. Dit zal verder worden onderzocht in het onderzoek door PWC dat ik eerder heb genoemd en naar verwachting in het najaar van 2009 wordt opgeleverd.

5

*Hoeveel van de overschrijding door hogere honoraria is veroorzaakt door dat in de diagnose behandel combinaties (DBC's) meer minuten zijn ingebouwd dan er in werkelijkheid aan worden besteed? Bij welke specialismen is hier sprake van?*

In mijn brief van 8 juni jongstleden aan de Tweede Kamer inzake de voorgenomen maatregelen, geef ik aan dat er aanwijzingen zijn dat de normtijden onbedoeld te hoog zijn vastgesteld. Een reden hiervoor is de aanwezigheid van onderregistratie ten tijde van de vaststelling van de normtijden. Ik ben daarom voornemens een specialisme specifieke herijking van de normtijden te laten uitvoeren. De NZa heeft vanuit haar wettelijke taak samen met VWS Capgemini opdracht gegeven deze hernieuwde rondrekening te verrichten. Aangezien de resultaten van dit onderzoek nog niet bekend zijn, kan ik op dit moment niet aangeven bij welke specialismen een herijking nodig is.

6

*Waarom wordt de ontkoppeling van verrichting en betaling bij de specialisten, waarbij omzet wordt losgekoppeld van honorarium (een aanbeveling die door de commissie Biesheuvel al 15 jaar geleden is gedaan) niet als alternatief aangegeven?*

In 1994 heeft de Commissie Biesheuvel in het advies Modernisering Curatieve Zorg geadviseerd om af te stappen van het tot dan toe geldende verrichtingensysteem voor medisch specialisten. Dit advies is ook gevolgd. In 1995 is hier met de invoering van het toenmalige lumpsum systeem van af gestapt. In de huidige systematiek is deze «ontkoppeling van verrichtingen en betaling bij specialisten» voortgezet. Medisch specialisten worden bekostigd (en in het geval van de vrijgevestigd medisch specialisten ook gefinancierd) op basis van DBC's en niet op basis van de verrichtingen.

Voor de langere termijn wil ik toewerken naar een meer integrale bekostiging van medisch specialisten en ziekenhuizen. Ook in deze discussie speelt de koppeling tussen inkomen en prestatie een rol. Ook verken ik de mogelijkheid om van normtijden af te stappen, teneinde de eventuele arbeidsproductiviteitsstijgingen mede ten goede te laten komen van verzekerden (premiedrukkend effect). Welke vorm dit exact krijgt hangt echter onder meer af van de wijze waarop de relatie Raad van bestuur en medisch specialisten de komende tijd wordt vorm gegeven.

7

*Academische ziekenhuizen en sommige algemene ziekenhuizen zoals het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam werken met specialisten in loondienst. Is bekend of het probleem van de overschrijdingen zich daar ook voor doet? Zo nee, wat is dan de verklaring? Zo ja, verschillen deze overschrijdingen van de overschrijdingen van de vrijgevestigde specialisten? Zo ja, wat is dan de verklaring?*

Het inkomen van vrijgevestigd medisch specialisten wordt bepaald door het honorariumdeel van gedeclareerde DBC's. De declaratie van DBC's door vrijgevestigd medisch specialisten (voor het honorariumgedeelte van de DBC) komt ten laste van het voor hen geldende budgettaire kader zorg.

De kosten voor medisch specialisten in loondienst zijn veelal onderdeel van het budget van ziekenhuizen. De declaratie van het honorariumdeel dient daarbij enkel als vulling van dat budget van het ziekenhuis. Aangezien het budget van het ziekenhuis bepalend is, en er jaarlijks verrekening van overschrijding van het budget plaatsvindt, leidt het declareren van DBC's door specialisten in loondienst (voor het honorariumgedeelte van de DBC) niet tot een overschrijding van het budgettaire kader zorg voor medisch specialisten. Alle personeel werkzaam in loondienst van ziekenhuizen, valt onder het budgettaire kader ziekenhuizen, zo ook de medisch specialisten in loondienst.

8

*Is het waar dat de Orde van Medisch Specialisten meerdere malen om onderbouwing van de door Vektis gebruikte cijfers heeft gevraagd, maar die tot nu toe niet heeft gekregen? Is de minister bereid deze cijfers nader te onderbouwen?*

Het onderzoek van Vektis is uitgevoerd in opdracht van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Onder embargo zijn de concept analyses van Vektis aan de Orde verstrekt. Op 8 juni is het eindrapport van Vektis aan de Orde gestuurd. Tijdens een hiervoor belegde informatiebijeenkomst op 12 juni heeft de Orde gelegenheid gehad om vragen te stellen over het onderzoek van Vektis.

9

*Is de minister bereid de numerus fixus af te schaffen? Wat zijn daarbij de overwegingen?*

In het AO arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector van 4 februari jl. heeft de Kamer gevraagd naar de mogelijkheden voor het verruimen, dan wel het loslaten van de numerus fixus. Naar aanleiding daarvan heb ik de RVZ gevraagd hierover advies uit te brengen. Dit verzoek is opgenomen als bijlage bij mijn brief van 19 maart 2009 aan de Kamer. Ik wacht het advies van de RVZ af alvorens een standpunt over deze kwestie in te nemen. Naar verwachting zal de RVZ zijn advies komend najaar uitbrengen.

10

*Erkent de minister dat er een perverse prikkel in kan zitten wanneer een beloningsdeel is gekoppeld aan de DBC?*

Prestatiebepaling koppelt inkomen aan prestaties. Hierdoor is er inderdaad een prikkel om meer te produceren, maar ook op een doelmatigere manier tegen een betere kwaliteit doordat prestatiebepaling innovatie en ondernemerschap bevordert. Ten tijde van de lumpsum lag het inkomen van vrijgevestigd medisch specialisten nagenoeg vast, bestond er nagenoeg geen prikkel tot productie, met als gevolg dat er op sommige plaatsen wachtlijsten ontstonden en er medisch specialisten buiten het ziekenhuis gingen werken om extra inkomen te genereren. Zie voorts het antwoord op vraag 6.

11

*Wat is de reactie van de minister op de becijfering van de overschrijding door de Orde van Medisch Specialisten, die hebben berekend dat de overschrijding slechts € 80 miljoen is?*

Alle onderzoeken maken gebruik van verschillende databronnen. Zo heeft de Orde het onderzoek laten uitvoeren op basis van omzetgegevens. Daarnaast worden in de verschillende onderzoeken verschillende

uitgangspunten gehanteerd en andere aannames gedaan. Ik baseer mij zoals gebruikelijk op cijfers van het CVZ.

In mijn antwoord op uw vragen van bij de Algemeen Politieke Beschouwingen (vraag 133) heb ik u toegezegd dat ik de Tweede Kamer, zodra de resultaten van de verschillende onderzoeken bekend zijn, hier een overzicht van zou sturen. Bij deze kom ik tegemoet aan deze toezegging. In de bijlage bij deze brief treft u de samenvattingen en conclusies<sup>1</sup> aan van

- Het onderzoek van Vektis
- Het onderzoek van de Orde van Medisch Specialisten
- De monitor van de NZa

De volledige rapporten zijn gepubliceerd op de websites van respectievelijk:

- Vektis: <http://www.vektis.nl/index.php/downloads.html?func=startdown&i d=278>
- de Orde van Medisch Specialisten: <http://orde.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsartikel/Gemiddelde-omzet-medisch-specialisten-in-2008-beperkt-gestegen.htm>
- de NZa: [http://www.NZa.nl/7113/10083/Monitor\\_Ziekenhuiszorg.pdf](http://www.NZa.nl/7113/10083/Monitor_Ziekenhuiszorg.pdf).

12

*Bent u niet van mening dat specialisten beter in loondienst zouden kunnen werken?*

Een deel van de medisch specialisten is reeds in loondienst. Het gaat mij te ver om voor te schrijven hoe de arbeidsrechten voor medisch specialisten geregeld moeten zijn. Ik ben van mening dat het uiteindelijk de Raad van Bestuur van een ziekenhuis is die verantwoordelijk is voor de kwaliteit en doelmatigheid van de productie. Het is aan de Raad van Bestuur om uit te maken welke arbeidsrechtelijke relatie hen in de gelegenheid stelt om invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid.

13

*Wat is de verklaring van de sterke stijging van de schadelast van het beloningsdeel bij de kinderartsen (Vektis)?*

De rapportage van Vektis van 9 juni 2009 laat een sterke stijging zien van de honorariumcomponent van de DBC's bij de kinderartsen. De oorzaak van deze stijging is het normatieve uurtarief 2008 dat aanzienlijk hoger is dan het specifieke uurtarief 2007 voor dat specialisme, dat toen relatief laag was.

14

*In hoeverre is voor de afschaffing van de lumpsum en de invoering van een beloningsdeel in de DBC's getest wat de gevolgen daarvan zouden kunnen zijn?*

Er is getoetst op basis van gegevens die toen bekend waren en werden verondersteld reëel te zijn. De verwachting was dat het afschaffen van de lumpsum en de introductie van het uurtarief voor een aantal specialisaties zou resulteren in een daling van de honorariumomzet en dat er ook specialisaties op vooruit zouden gaan, zoals de kinderartsen.

15

*Wanneer was de minister op de hoogte van de overschrijdingen bij de medisch specialistische zorg?*

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

De eerste signalen over mogelijk gestegen honorariumopbrengsten kreeg ik in het voorjaar van 2008. Omdat deze signalen onvoldoende hard waren

heb ik in 2008 naar aanleiding van deze signalen een indicatief onderzoek laten uitvoeren naar de honorariumontwikkeling. Bij dit onderzoek waren veel kanttekeningen te plaatsen. Er kwam geen eenduidig beeld naar voren. Daarom heb ik eerdergenoemd vervolgonderzoek door PWC geïnitieerd. Dit onderzoek wordt dit najaar afgerond.

Naast Vektis hebben ook de NZa en de Orde van Medisch Specialisten onderzoek gedaan naar de honorariumontwikkeling. De NZa heeft in mei 2009 de monitor ziekenhuiszorg uitgebracht en de Orde van Medisch Specialisten heeft in juni 2009 haar onderzoek gepubliceerd. Ook uit de periodieke gegevensaanleveringen van het CVZ (meest recent: juni) blijkt dat er een overschrijding heeft plaatsgevonden.

16

*Per 1 januari 2008 zijn nieuwe honorariumtarieven voor ondersteunende specialismen in werking getreden. Onderdeel van de afspraken was het herijken van de compensatiefactoren voor de ondersteunende diensten. Wanneer en hoe vond die herijking plaats? Was bij die herijking niet duidelijk dat de compensatie uit de pas liep?*

Bij de eerste uitlevering van het DBC-systeem is gebleken dat het aantal verrichtingen van ondersteunende specialismen die gekoppeld zijn aan DBC's van poortspecialismen substantieel afweek van het aantal verrichtingen in de Ziekenhuis-Informatie-Systemen. Besloten werd om de verrichtingenomzet op basis van de zorgprofielen met een compensatiefactor te verhogen/verlagen, zodat werd aangesloten bij het niveau van de gemiddelde honorariumomzet.

DBC-Onderhoud is in het tweede kwartaal van 2008 gestart met de herijking van de compensatiefactor. Het was niet mogelijk om op basis van analyses tot een goed onderbouwde herijking van de compensatiefactor per 2009 te kunnen komen. Derhalve is besloten de toenmalige compensatiefactor te handhaven en het onderzoek in het voorjaar van 2009 opnieuw uit te voeren omdat dan meer en betere data beschikbaar zouden zijn.

Nu het onderzoek herijking ondersteunerscompensatie is afgerond biedt dit voldoende informatie om de maatregelen per 2010 in te laten gaan.

17

*Erkent de minister dat het doel van het normatieve uurtarief om de inkomensharmonisatie te verbeteren niet is gelukt, sterker nog dat de inkomensverschillen tussen specialismen eerder groter is geworden?*

Het invoeren van het normatief uurtarief en afschaffen van de lumpsum heeft voor de verschillende specialismen verschillend uitgepakt. Sommige specialismen zagen hun omzet stijgen, anderen kregen te maken met een omzetsdaling. Op basis van het huidige cijfermateriaal kan de vraag of er wel of geen inkomensnivellering heeft plaatsgehad tussen specialismen niet afdoende worden beantwoord.

Zie ook mijn antwoord op vraag 10.

18

*Zal volgens de minister slechts door verlaging van het uurtarief de inkomensharmonisatie verbeterd worden? Waarop is dat gebaseerd?*

Aangezien de hoogte van het uurtarief voor elke medisch specialist gelijk is, zal een verlaging van het uurtarief naar verwachting niet tot inkomensharmonisatie leiden tussen specialismen. Een aanpassing van de normtijden en de compensatiefactoren voor de ondersteunende specialismen kan wel tot meer inkomensharmonisatie leiden.

Zoals ik in mijn brief aan de Tweede Kamer van 8 juni heb aangegeven, ben ik voornemens de normtijden en de compensatiefactor te laten herijken.

19

*Wat wordt precies verstaan onder «kwaliteitsbeleid medisch specialisten dat niet reeds op andere wijze wordt gefinancierd»? Wat zijn de concrete resultaten van dit kwaliteitsbeleid?*

Met de zinsnede «kwaliteitsbeleid medisch specialisten dat niet reeds op andere wijze wordt gefinancierd» wordt bedoeld op eventuele dubbele financiering van activiteiten. De € 0,50 is additioneel op reeds lopend kwaliteitsbeleid dat reeds uit andere bron wordt gefinancierd.

De Orde heeft, in overleg met ZN, een voorstel ingediend voor het project «geïntegreerd kwaliteitsbeleid medisch specialisten 2008–2009». Vanuit de subsidie worden onder andere opstartactiviteiten en coördinerende activiteiten ten behoeve van dit project bekostigd. Per wetenschappelijke vereniging is er budget uitgetrokken, zodat elke wetenschappelijke vereniging op basis van haar eigen prioriteiten activiteiten met betrekking tot kwaliteit kan ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn richtlijnontwikkeling, omvorming van buitenlandse richtlijnen, implementatie van complicatieregistratie etc.

Tenslotte worden activiteiten bekostigd binnen het centrale programma, die van belang zijn voor alle medisch specialisten, zoals complicatieregistratie, EPD-ontwikkeling, multidisciplinaire richtlijnen en het veiligheidsprogramma. Voorwaarde bij de subsidieverlening was dat deze activiteiten aansluiten bij de lopende activiteiten op het gebied van kwaliteit, zoals «Zichtbare Zorg», het veiligheidsprogramma «Voorkom schade, werk veilig», het programma Kennis Kwaliteit Curatieve Zorg en de Basisset Prestatie-indicatoren.

20

*Waarom werd aangenomen dat er een besparing zou optreden ten gevolge van de invoering van het normatief uurtarief voor medisch specialisten?*

Het macro neutrale uurtarief in het B-segment was tot 2008 € 147,50. Op basis van de onderhandelingen met de Orde is een lager normatief uurtarief van € 132,50 afgesproken, met ingang van 2008. Uitgaande van een gelijkblijvend productievolume rechtvaardigde dit lager tarief een besparing.

21

*Kan worden toegelicht wat per specialisme het verschil is tussen het reële inkomen per jaar en het inkomen van € 129 500, waarvan is uitgegaan bij de berekening van het uurtarief? Kan worden toegelicht bij welke specialismen sprake is van hogere honoraria dan verwacht?*

Ik beschik nog niet over de benodigde gegevens om dit verschil aan te geven.

Er zijn aanwijzingen dat de specialisme specifieke normtijden onbedoeld te hoog zijn vastgesteld. Ik ben daarom voornemens een specialisme specifieke herijking van de normtijden te laten uitvoeren. De NZa heeft samen met VWS Capgemini opdracht gegeven deze hernieuwde rondrekening te verrichten. Aangezien de resultaten van dit onderzoek nog niet bekend zijn, kan ik op dit moment niet aangeven bij welke specialismen de normtijd te hoog is vastgesteld.

Daarnaast zijn er sterke aanwijzingen dat de compensatiefactor voor ondersteunende specialismen te hoog zijn vastgesteld. DBC-Onderhoud heeft hiernaar onderzoek laten doen. De compensatiefactoren worden per 1 januari 2010 aangepast.

22

*Zijn er DBC's die een relatief groter deel van de patiëntgebonden minuten hebben toegedeeld gekregen? Kan per specialisme worden toegelicht of er binnen dat specialisme DBC's zijn aan te wijzen die relatief een groter aandeel patiëntgebonden minuten hebben?*

Aan elke DBC ligt een zorgprofiel ten grondslag. Voor de zorgprofielen worden normtijden vastgesteld. Dit is de gemiddelde werklust voor de specialist. Sommige DBC's zullen een relatief groter aandeel patiëntgebonden minuten hebben en andere DBC's minder.

Binnen elk specialisme zijn er dus DBC's met relatief meer patiëntgebonden minuten en DBC's met relatief een minder patiëntgebonden minuten.

23

*De minister gaat uit van een maximale overschrijding van € 461 miljoen in 2008. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) becijfert een bedrag van € 630 miljoen. Kan de minister toelichten op welke gegevens hij zijn schatting baseert?*

Ten eerste dient te worden opgemerkt dat de genoemde € 630 miljoen niet vergeleken kan worden met de € 461 miljoen. De € 630 miljoen is namelijk het verschil in de totale schadelast als gevolg van honoraria medisch specialisten tussen 2007 en 2008 dat bij verzekeraars is gedeclareerd. Dit betreft zowel specialisten in loondienst als vrijgevestigden. De genoemde € 461 miljoen in mijn brief aan de Tweede Kamer van 8 juni 2009 bedroeg het verschil tussen de schadelast als gevolg van honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten en het beschikbare bedrag voor alleen de vrijgevestigd medisch specialisten binnen het Budgettair Kader Zorg.

Ten tweede dient te worden opgemerkt dat ik in mijn brief van 8 juni aan de Tweede Kamer heb opgenomen dat ik vooralsnog uit ga van een maximale overschrijding van € 461 miljoen in 2008. Na overleg met veldpartijen en meer recente gegevens van het CVZ is de overschrijding neerwaarts bijgesteld naar € 380 miljoen.

Voor de vaststelling van de hoogte van de overschrijding sluit VWS aan bij de meest recente cijfers van het CVZ. De gegevens van het CVZ zijn schadelastgegevens van verzekeraars. Dat wil zeggen: gegevens van daadwerkelijk gedeclareerde DBC's. Ik vind het belangrijk om van deze gegevens uit te gaan. Het CVZ is als onafhankelijk fondsbeheerder de leverancier van deze gegevens. Ook voor de afrekening van andere niet-budgetteerde sectoren wordt het CVZ ook als bron gebruikt.

Om de hoogte van de overschrijding vast te stellen heb ik de schadelastgegevens van het CVZ afgezet tegen het kader medisch specialisten zoals deze in de begroting van VWS is opgenomen. Omdat de loonkosten van de specialisten in loondienst volledig ter dekking komen van de budgetten van de ziekenhuizen heb ik op de cijfers van het CVZ een correctie toegepast voor specialisten in loondienst. Het bedrag dat hierna resteert, becijfert de overschrijding bij de vrijgevestigd medische specialisten. Deze bedraagt € 380 mln.

24

*Kan de minister toelichten waar precies de overschrijdingen plaatsvinden, bij welk specialisme en hoeveel?*

DBC-Onderhoud heeft een onderzoek gedaan naar de ondersteunerscompensatie. Op basis van dit onderzoek kan een deel van de overschrijding aan verschillende ondersteunende specialismen worden toegeschreven.

Een ander deel van de overschrijding wordt vermoedelijk verklaard door te hoog vastgestelde normtijden. Ik laat hier momenteel onderzoek naar doen door Capgemini. Capgemini voert een nieuwe rondrekening uit op basis van DBC's 2007 die moet leiden tot nieuwe normtijden. De uitkomsten van dit onderzoek zijn nog niet bekend, maar zullen naar verwachting inzicht geven bij welke specialismen zich ongewenste ontwikkelingen hebben voorgedaan.

Naar verwachting levert het onderzoek naar de honoraria dat PWC gaat uitvoeren in opdracht van VWS meer inzicht. Dit onderzoek wordt in het najaar van 2009 opgeleverd.

25

*Waaraan zijn de overschrijdingen te wijten: aan de afgesproken systematiek volgens de dbc, zoals in de brief beschreven of aan een grote volumegroei?*

Verschillende bronnen, zoals de NZa en Vektis, laten zien dat volumegroei niet de veroorzaker is van de overschrijdingen. Naar verwachting zijn het vooral de te hoog vastgestelde normtijden en ondersteunerscompensatie die tot de overschrijding hebben geleid.

26

*Is het mogelijk de aanpassing van ondersteunerscompensatie zo aan te passen dat er sprake is van een realistische situatie?*

Ja. DBC-Onderhoud heeft een onderzoek uitgevoerd, met als doel de ondersteunerscompensatie te herijken naar een niveau dat recht doet aan de verrichtingen zoals die worden uitgevoerd door ondersteunende specialismen.

27

*Op basis van welke gegevens wordt de ondersteunerscompensatie vastgesteld?*

Zie mijn antwoord op vraag 16.

28

*Kan worden toegelicht hoe de raming van de kosten voor medisch specialistische zorg in 2008 tot stand is gekomen?*

De raming van de kosten medisch specialistische zorg in 2008 is in 2007 gemaakt, op basis van de op dat moment bekende informatie. Voor (vrijgevestigd) medisch specialisten betekent dit dat de raming 2008 tot stand komt op basis van:

- gegevens van de NZa inzake de hoogte van de lumpsum
- nominale bijstelling loon- en prijsontwikkeling
- toekennen groeiruinimte
- andere bijstellingen, zoals budgettaire effecten van beleidsmaatregelen

29

*Kan worden toegelicht op welke momenten in een jaar er gegevens beschikbaar komen die (naar verwachting) bijstelling van de raming betekenen? Wanneer was er voor het eerst een signaal dat er sprake zou kunnen zijn van een overschrijding? Waarom hebben verzekeraars de (dreigende) overschrijding niet eerder opgemerkt?*

Voor het ramen van de kosten van de (vrijgevestigd) medisch specialisten, is een aantal reguliere bronnen voor VWS relevant:

- Het CVZ brengt elke drie maanden een rapportage uit;
- De NZa presenteert jaarlijks omstreeks mei/juni in haar monitor ziekenhuiszorg de kostenontwikkeling in de medisch specialistische zorg.

Daarnaast hebben verschillende partijen onderzoek laten doen naar de ontwikkelingen. Zo hebben ZN en VWS dit jaar door Vektis een onderzoek laten uitvoeren naar de honorariumontwikkeling van medisch specialisten (afgerond op 9 juni 2009). Ook de Orde heeft een onderzoek laten uitvoeren (afgerond op 12 juni 2009). Tenslotte laat ook ik additioneel een uitgebreid onderzoek verrichten naar de honorariumontwikkeling.

Het eerste signaal dat VWS kreeg over eventueel stijgende honoraria was maart 2008. Naar aanleiding van dat signaal heb ik een oriënterend onderzoek laten uitvoeren en zijn de voorbereidingen gestart voor een uitgebreider vervolgonderzoek naar de omvang en oorzaken van de honorariumontwikkeling. De resultaten hiervan worden dit najaar verwacht.

De reden waarom verzekeraars de (dreigende) overschrijding niet eerder hebben opgemerkt is dat de gezamenlijke verzekeraars, via Vektis, uitgaande van schadelastgegevens, pas een ontwikkeling kunnen waarnemen wanneer zij over voldoende declaratiegegevens beschikken van de gezamenlijke verzekeraars. De eerste resultaten van Vektis over de honorariumontwikkeling werden pas in januari 2009 bekend.

30

*Is het mogelijk de normtijden voor de vrijgevestigde medisch specialisten zo aan te passen dat er sprake is van een realistische situatie? Zo ja, op welke wijze?*

Ja, dit kan aan de hand van een zogenaamde rondrekening. Bij een dergelijke rondrekening wordt de productie van een specialisme (op basis van de bestaande normtijd) gezien in samenhang met de beschikbare capaciteit van dat specialisme. Zodoende wordt bepaald of de bestaande normtijd aanpassing behoeft (bijvoorbeeld als de geproduceerde tijd volgens de in rekening gebrachte DBC's in uren groter is dan de veronderstelde beschikbare capaciteit in uren).

Aandachtspunt blijft dat voor de rondrekening voldoende, betrouwbare data nodig zijn.

Voor de rondrekening die Capgemini op dit moment uitvoert, wordt gebruik gemaakt van DBC-productie data over 2007. Afhankelijk van de resultaten van deze rondrekening en het onderzoek naar de honorariumontwikkeling door PWC, ben ik voornemens om in 2010 of 2011 opnieuw een rondrekening te laten uitvoeren met de dan meest recente data (2008 of 2009).

31

*Op basis welke gegevens worden de normtijden vastgesteld?*

Zie mijn antwoord op vraag 22.

32

*Hoeveel van de overschrijding door hogere honoraria is veroorzaakt doordat de medisch specialist werk uitbesteedt aan goedkopere krachten terwijl dat werk wel aan hem/haar wordt toegerekend? Bij welke specialismen is hier sprake van?*

Hierin heb ik geen inzicht.

33

*Is onderzocht in hoeverre de normtijden aansluiten bij de werkelijke duur van behandelingen? Zo nee, is de minister bereid dit nader te onderzoeken?*

De normtijden zijn door de wetenschappelijke verenigingen vastgesteld op basis van de resultaten van een tijdsbestedingsonderzoek en op basis van expert-opinion. Deze zijn gevalideerd in de rondrekening 2006/2007.

Ik ben voornemens om, afhankelijk van de resultaten van deze rondrekening die Capgemini op dit moment uitvoert en het onderzoek naar de honorariumontwikkeling door PWC in 2010 of 2011 opnieuw een rondrekening te laten uitvoeren met de dan meest recente data (2008 of 2009). Naar alle waarschijnlijkheid zal ik dan ook een nieuw capaciteitsonderzoek en tijdsbestedingsonderzoek laten uitvoeren.

34

*Zijn de zorgprofielen van 2007 de meest recente en dus de best passende gegevens die er zijn?*

Op dit moment zijn de zorgprofielen van 2007 de meest recente en dus de best passende gegevens die er zijn.

35

*Wanneer deze aanpassingen niet voldoende besparingen opleveren, dan overweegt de minister verlaging van de macro beschikbare middelen voor medisch specialistische zorg. Op welk moment neemt de minister deze beslissing?*

Zoals aangegeven in mijn brief van 8 juni, zal ik besluiten tot een algemene (tarief) maatregel indien de herijking van de normtijden en ondersteunerscompensatie niet voldoende zijn om de overschrijding te redresseren. Deze beslissing verwacht ik begin juli te nemen, zodra het effect bekend is van het (versneld) regulier onderhoud (herijking ondersteunerscompensatie en herberekening normtijden). Ik neem dit op in een aanwijzing aan de NZa, die ik voornemens ben op 3 juli 2009, na het verloop van de wettelijk vastgelegde voorhangperiode, te verzenden.