

Vergaderjaar 2014–2015

**29 248**

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

**Nr. 285**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2015

Per 1 januari 2015 is in de medisch specialistische zorg integrale bekostiging gerealiseerd, zoals afgesproken in het bestuurlijke akkoord medisch specialistische zorg van 16 juli 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 257). Dit is gelukt dankzij grote inspanningen van alle betrokkenen, zoals de Belastingdienst, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Federatie Medisch Specialisten (Federatie), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ), maar vooral ook van de individuele ziekenhuizen en de medisch specialisten zelf. In het Algemeen Overleg (AO) Integrale Bekostiging van 11 februari 2015 (Kamerstuk 32 620, nr. 152) heb ik met u gesproken over de invoering van integrale bekostiging. Ik gaf bij die gelegenheid aan u voor de zomer opnieuw te zullen informeren over de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging en de nieuwe besturingsmodellen.

Inmiddels zijn we ongeveer vier maanden verder. Harde gegevens liggen er nog niet. De quickscan over de governance binnen het samenwerkingsmodel, die ik in het AO van 11 februari aankondigde, is onlangs gestart. De volgende monitor van de NZa vindt na de zomer plaats. We kunnen dus nog niet echt de balans opmaken. Wel kunnen we voorzichtig constateren dat de invoering van integrale bekostiging een belangrijke mijlpaal was. De nieuwe besturingsmodellen van de ziekenhuizen zijn tot stand gekomen. Daarbij speelde de fiscale positie van de vrijgevestigde medisch specialisten een belangrijke rol. Daarnaast is met het beëindigen van de deelregulering voor medisch specialisten een doelmatiger bedrijfsvoering mogelijk, en is een belangrijke belemmering weggenomen voor onder meer taakherschikking en selectieve inkoop. Zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten zijn nu aan zet om de kansen te grijpen die op die gebieden liggen. De uitdaging voor ziekenhuizen en medisch specialisten is om de onderlinge samenwerking ook in de dagelijkse praktijk zo in te richten dat deze is afgestemd op de behoeften

en wensen van patiënten, en de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg ten goede komt.

Het in de praktijk brengen van de nieuwe besturingsmodellen is nog werk in uitvoering. Daarbij zie ik een aantal aandachtspunten:

- de blijvende behoefte aan het faciliteren van de overgang naar loondienst;
- het effect van het samenwerkingsmodel op de governance van ziekenhuizen en de risico's van dit model;
- de mogelijkheden tot doorontwikkeling naar het participatiemodel; en
- het feitelijk invullen van de voorwaarden voor fiscaal ondernemerschap.

Op deze aandachtspunten kom ik hieronder nog nader terug. Verder ga ik kort in op de inzet van veldpartijen, en op het toezicht.

### **1. Loondienst: subsidieregeling «overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg»**

De invoering van integrale bekostiging heeft de verhouding tussen vrijgevestigde medisch specialisten en het ziekenhuis gewijzigd. Ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten moesten afspraken met elkaar maken over de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis. De specialisten konden daarbij kiezen tussen de opties a) vrijgevestigd medisch specialist die zijn ondernemerschap behoudt, aan de hand van daartoe uitgewerkte fiscale modellen, óf b) in loondienst treden van het ziekenhuis. Daarbij was belangrijk dat de verschillende opties allen een reële keuzemogelijkheid voor de betrokken partijen zouden zijn. Indien een specialist bij de overstap naar loondienst geen tegemoetkoming zou krijgen voor zijn overstap, was de kans groot dat dit als minder aantrekkelijke optie werd gezien. Om die reden heb ik voor 2015 een subsidieregeling ingevoerd. De subsidieregeling beoogde de financiële belemmeringen voor ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten te verminderen om een dienstverband aan te gaan (zie ook TK 2013–2014, 29 248, nr. 272).

Het loket voor de subsidieregeling is inmiddels gesloten. Uit het feit dat er ruim 550 aanvragen zijn binnengekomen, blijkt dat de subsidieregeling in een behoefte voorzorg. De al langer durende trend waarbij specialisten in loondienst gaan, lijkt een duwtje in de rug te hebben gekregen. Veldpartijen bevestigen dat de subsidieregeling, en de uitbreiding daarvan in het najaar van 2014, in sommige gevallen de doorslag heeft gegeven om over te stappen naar het loondienstmodel. Op dit moment is het proces van het completeren van de aanvragen in volle gang. Uiterlijk 30 juni dienen de aanvragen compleet te zijn. Dan kan beoordeeld worden wie daadwerkelijk in aanmerking komen voor de subsidieregeling, en kan de balans opgemaakt worden. Zoals toegezegd in het AO integrale bekostiging zal ik u voor de komende begrotingsbehandeling laten weten hoeveel subsidies er worden toegekend.

Het is in ieder geval duidelijk dat het beschikbare budget voor het stimuleren van de transitie door de subsidieregeling niet wordt uitgeput. Ik overweeg om in 2016 de subsidieregeling nogmaals open te stellen, gezien het signaal dat in veel ziekenhuizen de definitieve keuze voor een bepaald besturingsmodel nog niet gemaakt is, en dat er ziekenhuizen en medisch specialisten zijn die overwegen alsnog de overstap te maken naar het loondienstmodel. Immers, de overwegingen die in 2014 golden voor het instellen van de regeling gelden nog steeds: het is van belang dat alle modellen een reële keuzemogelijkheid zijn. Ik zal hierover nog nader overleg voeren met veldpartijen en het Ministerie van Financiën, en u

informerend in de brief over de subsidieregeling die ik u stuur voor de begrotingsbehandeling.

## **2. Samenwerkingsmodel**

Bij veruit de meeste ziekenhuizen is gekozen voor het samenwerkingsmodel. Dat is niet verbazingwekkend, aangezien deze keuze het dichtst bij het oude model ligt, en daarom redelijk makkelijk door te voeren was. De keuze die instellingen en medisch specialisten per 1 januari 2015 hebben gemaakt voor het ene of andere model ligt natuurlijk niet voor eeuwig vast. Ziekenhuizen en medisch specialisten zullen zich de vraag moeten blijven stellen of het gekozen bestuursmodel past bij de (lange termijn) doelen die zij hebben.

In mijn ogen kent het samenwerkingsmodel van de drie modellen de grootste risico's. Het risico van moeilijke bestuurbaarheid (een bedrijf in een bedrijf) is reëel. Praktische invulling van bijvoorbeeld kwaliteitsbeleid en samenwerking vergt bijzondere aandacht en doorontwikkeling van het model. In het AO van 11 februari werden zorgen geuit over de gevolgen van de opkomst van het MSB voor de governance van ziekenhuizen. Ik vind het van belang dat de raad van bestuur in de samenwerking met een medisch specialistisch bedrijf in staat is om zijn verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg waar te maken. De toezichthouders (NZa en IGZ) houden daarop in het bijzonder toezicht. Ook van de NVZ en de Federatie vraagt dit specifieke aandacht. Zoals toegezegd in het AO heb ik de NVZ verzocht om best practices uit te wisselen. Inmiddels heb ik onderzoekers van de TIAS School for Business and Society (TIAS) opdracht gegeven om bij een aantal ziekenhuizen een quickscan uit te voeren naar het samenwerkingsmodel en de governance van ziekenhuizen. Deze quickscan wordt na de zomer opgeleverd, en bestaat uit een rapportage van de wijze waarop binnen het samenwerkingsmodel de governance wordt vormgegeven, en een handreiking voor ziekenhuizen en medisch specialisten. In het najaar start daarnaast de tweede monitor van de NZa, waarin de NZa ook specifiek zal ingaan op de MSB's in al hun verschijningsvormen.

## **3. Participatiemodel**

Hoewel er wel ziekenhuizen zijn die stappen in de richting van een participatiemodel hebben gezet, blijkt het tot nu toe nog nergens gelukt dit model volledig vorm te geven. Verschillende ziekenhuizen hebben op het punt gestaan het in te voeren, maar hebben uiteindelijk toch voor een ander model gekozen. De voornaamste reden daarvoor lijkt te zijn dat het participatiemodel, anders dan het samenwerkingsmodel, een geheel nieuw model is, dat nog helemaal moet worden uitgewerkt. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de aansluiting op de Wtzi en op fiscale wet- en regelgeving. De daarvoor benodigde voorbereidingstijd was eenvoudigweg niet voorhanden. Ook de onzekerheid over de Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg<sup>1</sup> heeft waarschijnlijk een rol gespeeld. Het participatiemodel blijft echter voor veel ziekenhuizen en medisch specialisten een lonkend perspectief. Het wordt als aantrekkelijk gezien vanwege de verwachting dat het participatiemodel, waarbij de medisch specialisten in feite mede-eigenaar zijn van het ziekenhuis, gelijkgerichtheid faciliteert. Een aantal ziekenhuizen wil in de toekomst overgaan naar een participatiemodel. Zij zien de nu gemaakte modelkeuze

---

<sup>1</sup> De plenaire behandeling van dit wetsvoorstel in de Eerste Kamer is op mijn verzoek op 9 december 2014 aangehouden, in afwachting van de door mij aan de Raad van State te vragen voorlichting over de implicaties van het amendement Bruins Slot bij artikel 18 van de Wet toelating zorginstellingen. Dit advies heb ik ontvangen en ik beraad mij op het vervolg.

als tussenstap op weg daar naartoe. Ik vind het positief dat ziekenhuizen en medisch specialisten blijven zoeken naar optimale besturingsmodellen, en ben graag bereid de ontwikkeling van het participatiemodel te faciliteren, voor zover dat binnen mijn rol past. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan het organiseren van feedback door stakeholders op concrete voorstellen voor de inrichting van een participatiemodel.

#### **4. Fiscaliteit**

Het afgelopen najaar was voor de medisch specialisten die zich wilden (blijven) kwalificeren als fiscaal ondernemer over het algemeen het moment waarop zij zich – bijvoorbeeld binnen de daarvoor ontwikkelde modellen – hebben omgevormd in nieuwe structuren. Uitgangspunt daarbij is dat alleen indien reële en substantiële risico's worden gelopen, sprake kan zijn van ondernemerschap. Voor medisch specialisten geldt immers dezelfde maatstaf als voor andere ondernemers in Nederland. Onlangs verschenen er berichten in de media waarin de suggestie werd gewekt dat dit anders is, of dat de Belastingdienst mogelijk een andere koers vaart. Dit is niet het geval: het standpunt van het Kabinet op dit punt is niet gewijzigd. De Belastingdienst is een uitvoeringsinstantie die de wet uitvoert met inachtneming van (recente) jurisprudentie. Bij de beoordeling van het ondernemerschap worden alle relevante feiten en omstandigheden in de beschouwing betrokken. Daarbij wegen niet alle aspecten even zwaar. Ook als men op één element minder «scoort», kan dat worden gecompenseerd door op een ander element beter te «scoren», zodat het totaalbeeld wat betreft het ondernemerschap per saldo toch positief kan uitvallen. Zie in dat verband onder meer mijn brief aan de Tweede Kamer van 18 december 2013 (Kamerstuk 32 620, nr. 105).

De Belastingdienst heeft alle verzoeken over afstemming van de gevolgen van de structuurwijzigingen afgewikkeld. Daarmee weet ieder nu waar hij aan toe is, zij het dat in veel gevallen de feitelijke invulling van de structuur nog niet is afgerond. Door de Belastingdienst zal worden getoetst of de feitelijke invulling overeenstemt met hetgeen is voorgelegd. Als op basis van die toetsing fiscaal gezien (toch) geen sprake is van ondernemerschap, zal de Belastingdienst de ondernemersfaciliteiten niet toepassen. Bovendien kan in dat geval sprake zijn van een (fictief) dienstverband met het ziekenhuis, hetgeen tot naheffing van loonbelasting bij het ziekenhuis kan leiden.

Bij twijfel of voldaan wordt aan de eerdere afspraken kunnen partijen opnieuw afstemming zoeken met de Belastingdienst. Ook voert de Belastingdienst regelmatig overleg met de betrokken veldpartijen en adviseurs.

#### **5. Inzet van veldpartijen**

De afgelopen maanden heeft met regelmaat contact plaatsgevonden met de NVZ en de Federatie over de invoering van integrale bekostiging, en hun activiteiten in dat kader. Beide organisaties houden de vinger aan de pols, en blijven zich inzetten voor een goede implementatie van de besturingsmodellen. Zo heeft de NVZ in het voorjaar intervisiebijeenkomsten in het land georganiseerd voor bestuurders. Ook heeft zij bij haar achterban gemonitord hoe de invoering is verlopen en aan welke verdere ondersteuning de ziekenhuizen behoefte hebben. Aan de hand daarvan zal de NVZ bepalen welke verdere activiteiten wenselijk zijn. Ook wordt een strategiebijeenkomst met bestuurders georganiseerd, gewijd aan governance en de nieuwe besturingsmodellen.

Ook de Federatie heeft haar achterban in de afgelopen periode actief terzijde gestaan, ondermeer door bijeenkomsten te organiseren waarvoor alle voorzitters van MSB's en medische staven zijn uitgenodigd. Daarnaast besteedt de Federatie de komende tijd extra aandacht aan het thema Kwaliteit en Veiligheid. Daarbij legt de Federatie de relatie met de verantwoordelijkheidsverdeling binnen ziekenhuizen, en de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Onderdeel daarvan is een groot project Kwaliteit en Veiligheid. Dit niet alleen naar aanleiding van de invoering van integrale bekostiging en de vorming van MSB's, maar ook de vorming van de Verenigingen van Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) en de nieuwe Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten. De Federatie wil daarmee een nieuwe impuls geven aan de optimalisatie van kwaliteit en veiligheid in relatie tot verantwoordelijkheidsverdeling en bestuurbaarheid. De Federatie doet bijvoorbeeld een uitvraag op het gebied van governance onder medisch specialisten. De uitvraag wordt gedaan bij MSB's, VMS's (verenigde medische staffen) en VMSD's (verenigingen van medisch specialisten in dienstverband). De geaggregeerde uitkomsten worden met de IGZ gedeeld. Specifiek voor de MSB's zet de Federatie het vorig jaar gestarte project Modellen 2015 ook dit jaar voort. De Federatie ondersteunt de besturen en directies van MSB's bij het inrichten van hun onderneming en organiseert daartoe bijeenkomsten en masterclasses. Ook worden informatieproducten ontwikkeld (bijvoorbeeld een «factsheet kwaliteit en veiligheid») en vinden overleggen plaats met stakeholders, zoals banken en de Belastingdienst. In het project Modellen 2015 speelt de inrichting van structuren en afspraken rondom kwaliteit en veiligheid een grote rol. Daartoe wordt vanuit het project Modellen 2015 nauw samengewerkt met het project Kwaliteit en veiligheid.

Kortom, beide organisaties blijven een vinger aan de pols houden bij de achterban, en staan de achterban waar nodig actief ter zijde. Het is goed om te zien dat de brancheorganisaties hier de handschoen hebben opgepakt.

## **6. Toezicht**

Bij de toezichthouders staat de invoering van integrale bekostiging goed op het vizier. De IGZ heeft bestuurlijke verantwoordelijkheid dit jaar tot speerpunt in haar toezicht benoemd. Uiteraard gaat speciale aandacht naar de risico's die de nieuwe vorm van de MSB's met zich meebrengt. In zijn algemeenheid geldt dat, als de IGZ constateert dat niet wordt voldaan aan de wettelijke eisen en veldnormen voor goed bestuur, zij ingrijpt door het opleggen van verbetermaatregelen. De IGZ heeft geen signalen ontvangen dat ten gevolge van de invoering van de integrale bekostiging de kwaliteit van zorg in het geding is gekomen.

Ook de NZa heeft oog voor de invoering van integrale bekostiging. Ten eerste vanuit het intensieve toezicht op correct declareren in de medisch specialistische zorg. Een aandachtspunt daarbij is de verantwoordelijkheidsverdeling voor correct registreren en declareren tussen ziekenhuizen en MSB's. Zo vindt de toezichthouder het bijvoorbeeld belangrijk dat correcties die het gevolg zijn van foute registraties en declaraties voor rekening komen van degene die ze veroorzaakt heeft. Dat betekent dat hierover goede afspraken moeten worden gemaakt tussen het MSB en het ziekenhuis, zodat er een prikkel is bij zowel ziekenhuis als medisch specialist om foute declaraties te voorkomen. Ten tweede monitort de NZa op mijn verzoek de invoering van integrale bekostiging. Eind 2014 verscheen de eerste monitor. De tweede monitor volgt in het najaar van 2015. Ik heb de NZa gevraagd daarin aandacht te besteden aan de volgende vragen:

1. Welke keuzes maken specialisten tussen de verschillende modellen (loondienst, samenwerking- en participatiemodel)?
2. Hoe ontwikkelen de uitgaven aan medisch specialisten zich?
3. Wat betekent de invoering van integrale tarieven voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg? Welke invloed hebben de veranderde verhoudingen in de ziekenhuizen hierop?
4. Welk effect heeft de beleidswijziging op de contractering door verzekeraars?

De NZa zal in de monitor ook specifiek ingaan op regiomaatschappen en op de MSB's in al hun verschijningsvormen.

## **7. Resumerend**

Het is nog te vroeg om definitief de balans op te maken van de invoering van integrale bekostiging. Het is duidelijk dat de ingezette transformatie de komende periode nog ieders blijvende aandacht zal vragen. De toekomst zal uitwijzen waar de invoering van integrale bekostiging een succes zal blijken te zijn, en waar nog de uitdagingen liggen. Ik zal u de komende tijd op de hoogte houden. Vóór de begrotingsbehandeling kunt u, zoals toegezegd in het AO van 11 februari, nadere informatie verwachten over de realisatie van de subsidieregeling medisch specialisten. Bij die gelegenheid zal ik u ook nader informeren over het mogelijk in 2016 weer openzetten van de subsidieregeling «overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg.» Eind 2015, na de oplevering van de quickscan «integrale bekostiging en governance» en de tweede monitor van de NZa, zal ik u opnieuw informeren over de stand van zaken integrale bekostiging.

Ik hoop u hiermee voor het moment voldoende geïnformeerd te hebben.

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