

Vergaderjaar 2009–2010

**29 248**

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

**Nr. 118**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 april 2010

Tijdens de AO's over budgettaire maatregelen van 1 juli 2009 (kamerstuk 31 700 XVI / 29 248, nr. 174) en over governance van 10 september 2009 (kamerstuk 32 012, nr. 5) heb ik u geïnformeerd over mijn voornemen om de overschrijdingen bij de medisch specialisten voor de korte termijn te redresseren door de tarieven met ingang van 2010 te korten.

Om overschrijdingen in de toekomst te voorkomen heb ik aangegeven dat ik zou bezien hoe de bekostiging voor de medisch specialisten op de (middel)lange termijn structureel beter kan worden ingericht. Bij deze afweging, zo heb ik aangegeven, zou ik meewegen de relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis of specifiek: de verschillen tussen dienstverband en vrijgevestigd ondernemerschap.

Over de honorariumontwikkeling van de medisch specialisten en over de relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis zijn onlangs onderzoeken uitgebracht welke ik u bij dezen graag doe toekomen. De onderzoeksrapporten treft u aan in de bijlage.<sup>1</sup>

#### **Honorariumontwikkeling medisch specialisten**

In reactie op uw vragen over de hoogte van de overschrijdingen bij de vrijgevestigde medisch specialisten heb ik aangegeven dat ik voor de vaststelling van de overschrijding afga op de schadelastcijfers van het CVZ. Het CVZ levert als onafhankelijk fondsbeheerder ook de gegevens aan voor de afrekening van andere niet-gebudgetteerde sectoren. De schadelast betreft de door de verzekeraars daadwerkelijk betaalde schade en is daarom ook de schade die het best aansluit bij het schadebegrip van het BKZ.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Om naast de hoogte van de overschrijding ook zicht te krijgen op de oorzaken van de overschrijding heb ik PricewaterhouseCoopers (PwC)

opdracht gegeven om hiernaar onderzoek te doen. Ten behoeve van het onderzoek heeft PwC regelmatig afstemming gezocht met de voor dit onderzoek ingestelde klankbordgroep waarin naast VWS alle relevante branchepartijen waren vertegenwoordigd, waaronder de Orde van Medisch Specialisten. Het onderzoek is gebaseerd op het cijfers afkomstig uit het DBC-informatiesysteem (DIS) en de lumpsumgegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit.

De resultaten van het onderzoek van PwC zijn een bevestiging van de reeds eerder door VWS vastgestelde overschrijding bij de vrijgevestigd medisch specialisten.

#### *Honorariumontwikkeling van 2008 ten opzichte van 2007*

Uit het onderzoek van PwC blijkt dat het honorarium van de medisch specialisten in 2008 ten opzichte van 2007, op basis van de schadelastmethode, met 24% is gestegen. In absolute bedragen is dit een toename van € 605 miljoen euro waarvan de toename in honorarium bij de vrijgevestigde specialisten € 374 miljoen euro bedraagt en de toename bij de specialisten in dienstverband € 231 miljoen. Tussen specialismen en tussen poortspecialismen en ondersteunende specialismen bestaan aanzienlijke verschillen in de honorariumontwikkeling.

In orde en grootte komen de cijfers van PwC overeen met de cijfers van Vektis van juni 2009. Op basis van de schadelastcijfers afkomstig uit de declaraties van zorgverzekeraars uit het IZiZ-informatiesysteem rapporteerde Vektis een stijging van het honorarium van 2008 op 2007 van in totaal € 630 miljoen, waarvan € 385 miljoen een toename betreft bij de vrijgevestigd medisch specialisten en € 245 miljoen een toename bij de specialisten in loondienst.

VWS onderschrijft de conclusies van PwC ten aanzien van de honorariumontwikkeling. PwC heeft voor de honorariumontwikkeling naast de schadelastmethode ook de zogenaamde kasstelselmethode gebruikt. Voor meer informatie over de verschillende benaderingen verwijs ik naar het rapport van PwC. Voor VWS is vooral de schadelastmethode van belang, omdat deze het beste aansluit bij het schadelastbegrip van het BKZ.

#### *Verklaring van de honorariumontwikkeling*

Als uitleg voor de toename in honorarium draagt PwC drie voorname 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.

#### *Overschrijding*

Het rapport van PwC doet uitspraken over de honorariumontwikkeling *tussen* 2007 en 2008 (een zogenaamde horizontale vergelijking). Voor het bepalen van de overschrijding in enig jaar moeten de kosten *in* het betreffende jaar worden geconfronteerd met de beschikbare middelen in het BKZ voor dat jaar (een zogenaamde verticale vergelijking). In de tweede supplettoire wet 2009 is gemeld dat de schadelastcijfers van het CVZ over 2008, indien geconfronteerd met het BKZ voor de vrijgevestigd medisch specialisten, destijds wezen op een overschrijding van circa € 512 miljoen. Een confrontatie van het cijfermateriaal dat ten grondslag ligt aan het onderzoek van PwC met het BKZ voor de vrijgevestigd medisch specialisten, wijst op een overschrijding van circa € 560 miljoen.

Dat PwC en CVZ niet op exact dezelfde overschrijding uitkomen is onder meer te verklaren doordat PwC en CVZ verschillende bronbestanden gebruiken (PwC gebruikt DIS-data en de CVZ gebruikt schadelastgegevens van verzekeraars) en door verschillen in benadering (bijvoorbeeld het verschil tussen de horizontale en de verticale vergelijking).

Voor de vaststelling van de hoogte van de overschrijding sluit ik aan bij de 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. De resultaten van het onderzoek van PwC zie ik als een bevestiging.

### **Relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis**

Tijdens het AO budgettaire maatregelen en het AO Governance heb ik uw Kamer toegezegd dat ik onderzoek zou laten doen naar de verschillen in prikkels voor medisch specialisten in loondienst en vrije vestiging op het gebied van arbeidsproductiviteit, doelmatigheid, kwaliteit (en veiligheid) en naar de sturingsmogelijkheden van de Raden van Bestuur richting de medisch specialisten in beide situaties. Hierbij zou ik ook naar de ervaringen uit het buitenland kijken.

SEO Economisch Onderzoek (SEO) heeft deze opdracht uitgevoerd. Hiertoe heeft SEO in de eerste fase van het onderzoek interviews gehouden met betrokkenen en literatuuronderzoek gedaan in (inter)nationale literatuur. Op basis van deze interviews en literatuurstudie zijn beleidsopties geformuleerd die in rondetafelbijeenkomst met betrokken partijen zijn getoetst.

Uit het onderzoek blijkt dat de wijze van beloning van specialisten verschillende financiële prikkels geeft. In de praktijk leiden deze verschillende financiële prikkels ertoe dat specialisten die per verrichting betaald krijgen, een hoger zorgvolume produceren dan specialisten in loondienst. Er zijn aanwijzingen dat de arbeidsproductiviteit bij specialisten in loondienst lager ligt dan bij specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Verschillen in kwaliteit van zorg en doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten heeft SEO niet kunnen aantonen.

Wat betreft de sturingsmogelijkheden van de Raad van Bestuur in relatie tot de medisch specialist heeft SEO een aantal beleidsopties onderzocht, namelijk: alle specialisten in loondienst zijn, een joint venture van specialisten en ziekenhuis, een maximumomzet voor alle specialisten, prestatiebeloning voor vakgroepen medisch specialisten in loondienst, integrale tarieven en resultaat verantwoordelijke eenheden. Van alle opties zijn voor- en nadelen in kaart gebracht. Het verplicht in loondienst nemen van specialisten kan op korte termijn tot volumebeperking leiden en daardoor tot wachtlijsten en mogelijk onderbehandeling. Betreffende de keuze tussen loondienst en vrije vestiging geven specialisten en ziekenhuizen aan keuzevrijheid te prefereren.

Gezien de demissionaire status van het huidige kabinet acht ik het niet opportuun naar aanleiding van het onderzoek van SEO een standpunt in te nemen over het al dan niet instellen van een verplichting tot het in dienst nemen van medisch specialisten. Voor dit moment zal mijn beleid er op dit punt op gericht zijn de status quo te handhaven en zal ik

ondernemerschap en loondienst als gelijkwaardige opties blijven benaderen. Ik laat het aan het nieuwe kabinet om het onderzoek van SEO te betrekken in haar nieuwe beleidsvorming.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink