

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij een aantal fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 18 december 2013 inzake Invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 105).

De voorzitter van de commissie,  
Neppéus

De griffier van de commissie,  
Teunissen

## **Inbreng VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van voorliggende brief. Zij zijn voorstander van de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg, met het oog op kansen voor taakherschikking, selectieve zorginkoop en een verbetering van doelmatigheid en kwaliteit binnen instellingen. Genoemde leden hebben nog een aantal vragen.

De Minister geeft aan dat een aanpassing van het Uitvoeringsbesluit WTZi geen oplossing is voor de problematiek voor extramuraal werkende specialisten in solopraktijk. Kan de Minister dit toelichten?

De Minister vraagt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de problematiek voor specialisten in solopraktijk op te lossen via aanpassing van de door de NZa zelf vast te stellen declaratie-bepalingen. Kan de Minister dit toelichten?

Een belangrijk voordeel van de invoering van integrale tarieven is dat het meer mogelijkheden biedt voor taakherschikking. De Minister heeft al eerder aangegeven welke maatregelen zij neemt om taakherschikking vanaf 2015 te bevorderen, onder andere voor de beroepen verpleegkundig specialist en physician assistant. Zitten er nog andere «nieuwe» beroepen in de pijplijn die een bijdrage kunnen leveren aan taakherschikking, die juist vanwege de invoering van integrale tarieven meer kans op doorontwikkeling maken?

De beheersing van de uitgaven binnen het integrale macrokader zal worden vormgegeven door middel van het macrobeheersinstrument. De leden van de VVD-fractie bepleiten een gedifferentieerd macrobeheersinstrument. In een eerdere reactie heeft de Minister aangegeven dit pleidooi te kunnen ondersteunen, maar er zijn nog enkele (praktische) obstakels die in de weg staan van een dergelijk gedifferentieerd instrument. Kan de Minister de huidige stand van zaken ten aanzien van deze obstakels toelichten?

Het macrobeheersinstrument wordt toegepast op de totale uitgaven voor medisch-specialistische zorg. Wel blijft het Ministerie van VWS de ontwikkeling van ziekenhuiskosten en de honoraria van medisch specialisten afzonderlijk monitoren. Op welke manier wordt deze monitor vormgegeven, en hoe wordt de benodigde informatie hiervoor verkregen? Welk doel heeft deze voortdurende aparte monitoring?

Met het oog op behoud van fiscaal ondernemerschap wordt door verschillende partijen een aantal samenwerkings- en participatiemodellen uitgewerkt. Is voor deze modellen op voorhand zeker dat zij leiden tot behoud van fiscaal ondernemerschap?

Ten aanzien van de btw-vrijstelling geeft de Minister aan dat nader overleg met de Minister van Financiën nodig is. Wanneer verwacht zij de Kamer te kunnen informeren over dit onderwerp?

Kan de Minister toelichten of zij bij deze ontwikkelingen rondom integrale tarieven ook een inschatting heeft gemaakt van de toekomstige volumeontwikkeling van Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's)?

De NZa stelt dat integrale tarieven tot vermindering van onnodig gebruik leiden. Deelt de Minister deze opvatting, en kan zij aangeven of en hoeveel uitgaven hiermee vermeden kunnen worden, en dus geld bespaard wordt?

De Minister geeft aan dat de commissie Meurs een sterke voorstander is van een decentrale benadering, die tevens met zich meebrengt dat de zorgverzekeraar een stevige inkooprol op zich neemt. Hoe wordt bewerkstelligd dat de zorginkoop en prominentere rol gaat spelen? Welke invloed heeft dit op de productie? Stopt de productie wanneer het budget verbruikt is?

### **Inbreng PvdA-fractie**

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennis genomen van de brief inzake de invoering van de integrale bekostiging van medisch-specialistische zorg. Zij onderschrijven het doel om te komen tot een integrale financiering zodat de financiële belangen van ziekenhuis en medisch specialist gelijk oplopen en doelmatigheid en kwaliteit beter kunnen worden gerealiseerd.

### **Integrale bekostiging**

#### *Waarom doen we het?*

De leden van de fractie van de PvdA begrijpen dat door de overgang naar integrale tarieven getracht wordt recht te doen aan de lokale dynamiek van zorginstellingen. Zij vragen of instellingen en medisch specialisten in voldoende mate beseffen wat deze overstap naar integrale tarieven betekent voor hun positie, met name waar het de onderhandelingen over het honorarium van de vrij gevestigde medisch specialist betreft. Hoewel zij het uitgangspunt onderschrijven dat juist tijdens deze onderhandelingen op ziekenhuisniveau gedetailleerde afspraken gemaakt kunnen worden, vragen zij of deze onderhandelingen geen onvoorziene en eventueel ongewenste effecten zullen hebben. Zij denken daarbij aan het tegen elkaar uitspelen van afzonderlijke medische specialisten, of het juist onder druk zetten van de instelling door «samenspannende» medisch specialisten. Hoe wordt bijvoorbeeld voorkomen dat een afdeling met medisch specialisten die aan de weg timmert via internationale publicaties en veel onderzoeksgeld binnenhaalt van de industrie hogere tarieven kan bedingen en dit ten koste gaat van andere zorg in de instelling? De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de overgang naar integrale tarieven zorg draagt voor de in de brief vermelde noodzaak om de belangen van instelling en specialisten op één lijn te brengen. Zij zien ook situaties voor zich waarin, met name op het punt van het honorarium, instelling en medisch specialist tegenover elkaar, in plaats van naast elkaar komen te staan. Eventuele conflicten die voortvloeien uit de onderhandelingen tussen de instelling en de vrijgevestigde medisch specialist achten deze leden zeer onwenselijk. Hoe zouden deze eventuele conflicten op voorhand kunnen worden voorkomen? Ook vragen zij welke rol brancheverenigingen van medisch specialisten zullen spelen bij dit onderhandelingsproces. Hoe kan hun rol op voorhand worden ingeschat? Hoe geven brancheverenigingen zelf aan deze komende onderhandelingen te zien? Daarbij vragen genoemde leden of overwogen is, of overwogen wordt, vanuit de rijksoverheid instellingen en specialisten bij te staan met een overzicht van wenselijke normpraktijken, teneinde eventuele ongewenste constructies op voorhand tegen te gaan, en gewenste praktijken te bevorderen. Deze leden vragen hierbij in het bijzonder aandacht voor het opnemen van kwaliteitscriteria over de te leveren medisch specialistische zorg bij deze onderhandelingen. Zij zien met deze onderhandelingen een «window of opportunity» voor het opnemen van eisen rondom kwaliteit en doelmatigheid in de contractering van vrij gevestigde medisch specialisten. Hoe kan het opnemen van eisen over kwaliteit en doelmatigheid bij deze onderhandelingen verplicht worden gesteld?

### *Wat moet er gebeuren?*

De leden van de fractie van de PvdA vragen in hoeverre deze voorgenomen maatregel kan leiden tot een ongewenste opdrijving van de beloningen van de vrij gevestigde medisch specialisten. Het gegeven dat de beloning van medisch specialisten, zoals is afgesproken in het bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg van 16 juli 2013 niet onder de Wel normering topinkomens (WNT) valt en het tijdelijk beheermodel met invoering van de integrale bekostiging wordt opgegeven, leidt er toe dat er voor het vrij onderhandelbare deel van de medische specialistische zorg de facto geen maximum staat op de beloning van medisch specialisten. In hoeverre klopt deze stelling? Hoe wordt een eventuele ongebreidelde groei van de beloning van medisch specialisten voorkomen, indien er inderdaad geen maximum aan deze beloningen kan worden gesteld? Genoemde leden wijzen er daarbij op dat beheersing van de honorariumkosten van medische specialisten door de eventuele inzet van het macrobeheersinstrument, zoals gesteld in de brief van 18 december jl., naar hun mening wel erg ver afstaat van de oorsprong van de kostenoverschrijding en dat zij de eventuele inzet van het macrobeheersinstrument dus niet zien als een passend beheersinstrument in dezen. Zij vragen of er zicht is op de mate waarin medisch specialisten momenteel een maximale invulling van hun honorariumomzetplafond nastreven door de tarieven in het vrije onderhandelbare segment van de ziekenhuiszorg zodanig te stellen dat zij hier, gegeven hun gebruikelijke jaarlijkse productie, automatisch op uitkomen. Hoe wordt eventuele verdere groei in de beloning van medisch specialisten beteugeld op het moment dat deze maximering van de beloning ook reeds binnen de kaders van het huidige beheermodel plaats heeft?

De leden van de fractie van de PvdA vragen verder of de naar hun mening wenselijke tendens waarin medisch specialisten overgaan naar loondienst niet doorbroken wordt op het moment dat deze onderhandelingen voordelig blijken uit te pakken voor vrij gevestigde medisch specialisten. Kan er op voorhand een inschatting gemaakt worden van de mate waarin de voorgenomen maatregel de huidige tendens naar medisch specialisten in loondienst doorkruist, dan wel bestendigt? Ook vrezen de leden voor situaties waarin vrijgevestigde medisch specialisten, door voor hen positieve onderhandelingen over hun honorarium, een te groot beslag leggen op het budget wat instellingen voor loonkosten hebben gereserveerd. Genoemde leden zouden de eventuele verdrukking van medische specialisten in loondienst, door hoger dan verwachte loonkosten voor vrijgevestigde medische specialisten, zeer onwenselijk vinden. Kunnen er op voorhand uitspraken gedaan worden over deze eventuele verdringing? Kunnen er in de beoogde systematiek maatregelen getroffen worden waarmee op zichzelf excessieve beloningen, dan wel beloningen die door hun omvang een verdringende werking hebben op de medisch specialisten in loondienst, worden tegengegaan? Welke overtuigingskracht heeft de Raad van Bestuur om bijvoorbeeld de tarieven voor een vrij gevestigde medisch specialist gelijk te stellen aan die van een specialist in loondienst?

### *Wat zijn de gevolgen?*

De leden van de fractie van de PvdA wijzen er op dat ook in vergelijking met hun Nederlandse collega's in loondienst vrijgevestigde specialisten een hoog inkomen hebben. De commissie Meurs stelt dat dit verschil deels verklaard zou kunnen worden door verschillen in productiviteit. Dit zou dus ook kunnen wijzen op een prikkel om meer zorg te verlenen. De commissie constateert ook dat er grote praktijkvariatie bestaat. Dat betekent dat er grote verschillen zijn in het aantal behandelingen dat

specialisten verrichten. Dit kan wijzen op onder- of overbehandeling. Hoe wordt binnen de nieuwe tariefstructuur en het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid voorkomen dat er sprake is van onder- of overbehandeling?

#### *Macrobeheersing*

De leden van de fractie van de PvdA wijzen op het grote belang dat de commissie Meurs hecht 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. De commissie wil een actieve inkooprol van verzekeraars, zeker omdat het de vraag is of Raden van Bestuur en specialisten voldoende geëquipeerd zijn voor het voeren van productieve onderhandelingen. Op welke manier aanneemsom voldoende aandacht is voor kwaliteit en doelmatigheid en vooral voor praktijkdifferentiatie bij de verschillende medische specialismen?

#### *Fiscale aspecten*

De leden van de fractie van de PvdA zijn voorstander van het beter vormgeven van fiscaal ondernemerschap voor medisch specialisten. Zij kunnen zich vinden in de regeling dat bij fiscale voordelen van ondernemerschap ook sprake moet zijn wanneer medisch specialisten ook daadwerkelijk ondernemersrisico lopen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een reactie op de volgende constatering van de commissie Meurs: «Met een regiomaatschap neemt het risico op een tegenstelling tussen de belangen van instelling en specialist toe, terwijl voor het bevorderen van regionale samenwerking het oprichten van een regiomaatschap niet nodig is; die samenwerking kan ook op allerlei andere manieren vormgegeven worden. Om deze ontwikkeling een halt toe te roepen zou in toelatingsovereenkomsten moeten worden voorzien in de mogelijkheid voor het bestuur van een instelling om het oprichten van regiomaatschappen door in de instelling werkzame specialisten tegen te gaan.»

De leden van de fractie van de PvdA vragen of er sprake is van een toename van het aantal regiomaatschappen. Zij vragen een overzicht van het aantal regiomaatschappen in de afgelopen drie jaar. Kan daarbij aangegeven worden in welke regio's deze maatschappen werken, met welke ziekenhuizen zij een overeenkomst hebben, en voor welke specialismen regiomaatschappen zijn gevormd?

De leden van de fractie van de PvdA vragen op welke wijze de invoering van integrale bekostiging zich concreet verhoudt tot het voornemen in het regeerakkoord om regiomaatschappen te ontmoedigen.

#### *Op weg naar 2015*

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoeveel middelen worden beschikbaar gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren, en waar deze middelen precies voor worden gebruikt. Wat is de stand van zaken ten aanzien van de afspraken tussen partijen over de wijze waarop een objectieve en transparante toekenning van deze middelen plaatsvindt?

## **Inbreng SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben de brief van de Minister met belangstelling gelezen. Naar aanleiding daarvan hebben zij nog enkele vragen. Allereerst vragen zij de Minister uitgebreid in te gaan waarom zij integrale bekostiging betitelt als een cruciale stap in de ontwikkeling van de bekostiging van medisch specialistische zorg. Zij schrijft dat het de inkoop door zorgverzekeraars fors bemoeilijkt. Bij de leden van de SP-fractie roept dit de vraag op voor wie zij deze stap neemt. Is dat om de medisch specialisten het leven gemakkelijker te maken of de zorgverzekeraar te faciliteren? Genoemde leden vragen of de patiënt ook beter wordt van de maatregelen die de Minister neemt. Zij vragen dit omdat het er vooral op lijkt dat de Minister de selectieve inkoop door zorgverzekeraars wil vergemakkelijken. In dat verband vragen de leden van de SP-fractie of de Minister kennis heeft genomen van berichten in Trouw van 29 januari 2014 dat verzekerden helemaal geen behoefte hebben aan selectieve inkoop door zorgverzekeraars. Hoe beoordeelt de Minister deze berichten? Kan zij reageren op het gegeven dat selectieve polissen, waarin zeer selectief wordt gecontracteerd, helemaal niet populair zijn bij verzekerden. Concludeert zij op basis daarvan, net als genoemde leden, dat er beter gestopt kan worden met selectief contracteren? De leden van de SP-fractie vinden het op zichzelf een goed idee om medisch specialisten onder verantwoordelijkheid van een ziekenhuis te laten werken. Zij ondersteunen ook de doelstelling om het zelfstandig declaratierecht te laten vervallen, waarmee ook het zelfstandig fiscaal ondernemerschap stopt. Genoemde leden zouden daar dan echter ook direct aan willen koppelen dat medisch specialisten in loondienst werken in een ziekenhuis. Daarmee is naar het oordeel van de SP-fractie veel geld te besparen. Deze leden constateren echter teleurgesteld dat de Minister daar niet voor kiest. Kan de Minister ook heel concreet aangeven wat volgens haar een specialist maximaal zou mogen verdienen? Dienen de inkomens van alle specialisten niet te worden gemaximeerd, en hoe kan dit worden gerealiseerd? Het gegeven dat verpleegkundig specialisten en physician assistants vanaf 2015 een DBC mogen openen baart de leden van de SP-fractie zorgen. Zij zijn van mening dat medisch specialistische zorg altijd moet worden gegeven door iemand die daartoe ten volle is opgeleid. Zij vragen waarom de Minister van mening is dat de kwaliteit van de zorg zal toenemen door anders te kiezen. Waarom onderkent zij de risico's niet die dit met zich meebrengt?

## **Inbreng PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de Minister over de invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg. Deze leden zijn voorstander van integrale bekostiging, en verwachten dat ook taakherschikking hiermee een impuls krijgt. Zij hebben naar aanleiding van de brief nog wel een paar vragen.

De Minister heeft het over de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De leden van de PVV-fractie delen dit standpunt. Maar gaat integrale bekostiging daar wel voor zorgen, nu beide partijen over het budget moeten gaan onderhandelen? Zijn de belangen van instelling en specialist niet eenvoudiger op één lijn te brengen door alle specialisten in loondienst te nemen?

De leden van de PVV-fractie vragen of er geen problemen verwacht worden tussen kleine en grote maatschappen? Is er ook rekening gehouden met de mogelijkheid dat specialisten of maatschappen teveel budget naar zich toe weten te trekken, wat mogelijk ten koste gaat van andere zorgproducten, bijvoorbeeld onderhoud aan apparatuur?

De leden van de PVV-fractie zien de invoering van integrale tarieven in feite als een stelselwijziging. Verwacht de Minister dat patiënten hier hinder van zullen ondervinden? Is het patiënten duidelijk waar ze met vragen over een declaratie terecht kunnen, nu ze de specialist daar niet meer op kunnen aanspreken?

De leden van de PVV-fractie vragen ook of de invoering van de integrale tarieven de contro-lemogelijkheden van de zorgverzekeraar op de declaraties niet beperkt. Gaan ziekenhuizen hun integrale tarieven kenbaar maken aan patiënten en zorgverzekeraars? Zo ja, per wanneer? Zo nee, waarom niet? Tot slot willen genoemde leden graag weten of de invoering van de integrale tarieven op schema ligt, en de datum van 1 januari 2015 gehaald gaat worden.

### **Inbreng CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie kunnen de gekozen richting van integrale bekostiging van medisch-specialistische zorg als gewenste ontwikkeling volgen, maar vragen wel of de Minister de integrale tarieven nu onder de juiste voorwaarden invoert. Er blijven aanzienlijke onzekerheden bestaan over de fiscale gevolgen en of een zorgvuldige invoering per 1 januari 2015 wel haalbaar is. Zij maken zich grote zorgen of een invoering per 1 januari 2015 wel verantwoord is, gezien het feit dat ziekenhuizen ook nog op dit moment hun jaarrekening niet sluitend krijgen.

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister of een invoering per 1 januari 2015 wel verantwoord is. De NZa geeft namelijk in haar advies zelf aan dat voor een zorgvuldige invoering de Minister in oktober 2013 de besluitvorming moet hebben afgerond, en een aanwijzing aan de NZa heeft gegeven. De regelgeving had voor 1 januari 2014 moeten worden opgesteld. Graag ontvangen zij een reactie op dit punt. Daarnaast hebben ziekenhuizen op dit moment grote moeite om hun jaarrekening sluitend te krijgen. De leden van de CDA-fractie willen graag weten of dit een belemmering opwerpt voor een zorgvuldige invoering van de integrale bekostiging van medisch-specialistische zorg per 1 januari 2015.

De afschaffing van het huidige beheersmodel impliceert ook het afschaffen van het bijbehorende honorariumomzetsplafond. Deze leden zijn voorstander van een bezoldigingsmaximum voor vrijgevestigde medisch specialisten en specialisten in loondienst. Zij verzoeken de Minister met de invoering van de integrale bekostiging ook een wettelijk maximum op te nemen voor de bezoldiging van alle medisch specialisten. Zij zouden graag zien dat de beloning van medisch specialisten gelijk gesteld wordt met het huidige bezoldigingsmaximum van de Wet normering topinkomens (130% van een ministersalaris). De Minister zal de ontwikkeling van de ziekenhuiskosten en de ontwikkeling van de honoraria van medisch specialisten afzonderlijk monitoren. De leden van de CDA-fractie willen graag vooraf inzicht hebben hoe de monitor eruit gaat zien, wie de monitor gaat uitvoeren en welk aggregatieniveau de gegevens hebben.

Deze leden willen graag weten wat de Minister vindt van de gekozen constructie in het ziekenhuis Bernhoven te Uden om met alle medisch specialisten één grote stafmaatschap te vormen, die een in- en uitverdienregeling voor de goodwill heeft.

De invoering van de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg zal naar de verwachting van de leden van de CDA-fractie tot andere verhoudingen tussen de medisch specialisten en de bestuurders van het

ziekenhuis leiden. De Minister en de NZa zien dit als een intern organisatievraagstuk binnen de muren van het ziekenhuis. Er zijn ook situaties denkbaar dat deze benadering niet opgaat, en dat onderlinge machtsverhoudingen tot risico's voor de publieke belangen kunnen leiden. Deze leden vragen de Minister om enkele concrete situaties te schetsen, waarbij de onderlinge machtsverhoudingen tot risico's voor publieke belangen kunnen leiden.

Daarbij concludeert de NZa ook dat de gelijkgerichte belangen van instellingsbestuur en medisch specialisten de productieprikkel van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf versterken. De NZa geeft aan dat met het afschaffen van de deelregulering er geen countervailing power tussen ziekenhuis en specialisten meer bestaat. Wat is de opvatting van de Minister hierover? Welke rol kan de Raad van Toezicht spelen om deze perverse prikkel tegen te gaan?

De NZa geeft aan dat zij in dergelijke gevallen het instrument van aanmerkelijke marktmacht (AMM) kan inzetten. Daarvoor heeft zij wel een aanscherping van het instrumentarium nodig. Hoe gaat de aanscherping van het instrumentarium van de AMM er uit zien? Onder welke voorwaarden wil de Minister dat dit instrumentarium wordt ingezet?

Daarbij is de regiomaatschap een nieuwe speler in de zorg. De NZa geeft aan dat een regiomaatschap een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg zou moeten aanvragen. De leden van de CDA-fractie willen graag van de Minister weten hoe straks de onderlinge verhouding tussen het ziekenhuis en de regiomaatschap is, als het gaat om het bepalen van de tarieven voor zorg en de onderhandeling met de zorgverzekeraar.

De NZa ziet het risico dat de wijziging van het declaratierecht ertoe leidt dat er een toename van ZBC's met monodisciplinaire vakken. De leden van de CDA-fractie willen graag van de Minister weten hoe zij tegen een dergelijke ontwikkeling aankijkt, en welke gevolgen dit heeft voor de integraliteit van zorg voor bijvoorbeeld mensen die meerdere chronische ziekten hebben.

Het is de leden van de CDA-fractie niet duidelijk wat de Minister nu voorstelt met betrekking tot het declaratierecht van vrijgevestigde medisch specialisten in solopraktijk. De Minister schrijft dat zij de NZa zal opdragen dit punt via aanpassing van de door de NZa zelf vast te stellen declaratiebepalingen op te lossen. In welke regelgeving gebeurt dit? Welke vorm krijgt dit? Welke fiscale gevolgen heeft dit voor een solopraktijk? Hoe verhoudt het declaratierecht van ziekenhuizen zich tot solopraktijk van medisch-specialisten?

De Minister geeft aan dat zij op het gebied van taakherschikking van plan is 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. Zij noemt ook een tweetal voorbeelden. De leden van de CDA-fractie ontvangen graag een uitputtende lijst welke bestaande regels nog meer in het kader van taakherschikking zullen worden aangepast. Zij vragen ook hoe het met de taakherschikking van de verloskundige zorg staat, en of de NZa dit ook in de definitieve aanwijzing regelt. Verder is het lastig in de praktijk waar te nemen dat taakherschikking ook plaatsvindt. Hoe gaat de Minister monitoren dat taakherschikking daadwerkelijk gebeurt?

#### *Fiscale aspecten*

De Minister merkt over de fiscale aspecten 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 naar de mening van de Minister dus pas beoordeeld worden of de onderlinge dienstverlening tot 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. De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat het invoeren van de regeling alleen kan plaatsvinden als ook voldoende duidelijkheid is over de eventuele toepassing van de btw-vrijstelling. De NZa stelt terecht dat de wens tot behoud van de fiscale vrijstelling als gevolg van ondernemerschap strijdig is met de gelijk gerichtheid tussen ziekenhuisorganisatie en vrijgevestigd medisch-specialisten, die de Minister wil bereiken met het opheffen van de deelregulering.

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister duidelijkheid te bieden over de fiscale aspecten: wat heeft het overleg met het ministerie van Financiën opgeleverd, en in welke gevallen is sprake van een btw-vrijstelling? Graag ontvangen zij een concrete uitwerking in de volgende situaties: de positie van de vrijgevestigde medisch specialist als het ziekenhuis gecontracteerd is, als de verzekeraar een collectief (rechtspersoon) van de specialisten contracteert die faciliteiten van een ziekenhuis huurt, een solopraktijk van een medisch specialist en een zzp-er medisch specialisten die een ziekenhuis inhuurt, en welke gevolgen dit heeft voor de ontwikkeling van de zorgkosten. Indien de btw-vrijstelling in een groot aantal gevallen vervalt kan dit tot een stijging van de zorgkosten leiden. Hoe groot zou een dergelijke stijging zijn? De Minister geeft ook aan dat vrijgevestigde specialisten, die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten onder integrale bekostiging, in de regel niet langer aangemerkt worden als fiscaal ondernemer, en daarom de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten zullen verliezen. Welke fiscale faciliteiten zullen zij verliezen? Welke gevolgen heeft dit voor de inkomens van de vrijgevestigd medisch specialisten? Welke gevolgen heeft dit voor de kosten van de zorg?

De NZa gaat in haar advies uit van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB). Heeft deze aanname ook gevolgen voor de vraag of er wel of niet sprake is van fiscale vrijstellingen?

### **Inbreng D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennis genomen van de brief over de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Deze leden beschouwen dit als de volgende stap in de ontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg om belemmeringen voor taakherschikking weg te nemen, de selectieve zorginkoop te bevorderen en de belangen van de instellingen en specialisten meer op één lijn te brengen.

De leden van de D66-fractie constateren dat de NZa benadrukt dat betrokken partijen voldoende tijd moeten krijgen om zich voor te bereiden op de invoering van integrale tarieven. De NZa heeft de Minister daarom verzocht de besluitvorming in oktober 2013 af te ronden. Het is onderzussen bijna februari 2014, en de wijze waarop de middelen zouden moeten worden verdeeld is nog steeds niet bekend. Deze leden vragen wanneer de Minister verwacht dit proces af te ronden, en of er genoeg tijd is voor de betrokken partijen om zich afdoende voor te bereiden.

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister voornemens is de macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten samen te voegen. Deze leden stellen ook vast dat de beheersing van de uitgaven binnen het integrale macrokader zal worden vormgegeven door middel van het macrobeheersinstrument. Zij vernemen graag of daarbij wordt ingezet op een gedifferentieerd model.

Zij vragen de Minister daarbij aan te geven wanneer zij zo'n model gerealiseerd wil hebben.

De leden van de D66-fractie hebben vernomen dat, wanneer het declaratierecht bij de instellingen zal komen te liggen, extramuraal werkende specialisten in solopraktijk niet meer rechtstreeks bij de zorgverzekeraar of patiënt kunnen declareren. De Minister schrijft dat de NZa dit probleem door het aanpassen van de declaratiebepalingen zal moeten oplossen. Deze leden vragen wat de Minister hier exact mee bedoelt. Bedoelt de Minister dat deze specialisten ook declaratierecht krijgen? De NZa ziet deze oplossing namelijk als onwenselijk.

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de afspraak in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord van 16 juli 2013, waarin staat dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in vrij beroep. Door het vervallen van het zelfstandig declaratierecht is geen sprake meer van fiscaal ondernemerschap. Deze leden vernemen graag van de Minister het aantal vrijgevestigde specialisten dat naar verwachting niet meer aangemerkt zal worden als fiscaal ondernemer, ondanks de mogelijkheid tot gebruik van de samenwerkings- en participatiemodellen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de uitwerking van de fiscale aspecten in de praktijk nog onduidelijk is. Dit geldt ook voor de vraag of de btw-kosten zullen toenemen. Deze leden verzoeken de Minister daarom uitwerking van deze hervorming goed te monitoren en binnen twee jaar te evalueren.