

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 2460

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de inkomens van medisch specialisten*. (Ingezonden 20 januari 2009)

1  
Wat is uw reactie op het artikel dat er ondersteunende medisch specialisten zijn die hun omzet zagen stijgen tot 400.000 euro per jaar vanwege een falend diagnose behandeling combinatie-systeem en de afschaffing van de lumpsum financiering?<sup>1</sup>

2  
Is het waar dat door de dbc-financiering het inkomen van de vrij gevestigde perifeer werkende anesthesioloog en andere ondersteunende medisch specialisten per 1 januari 2008 met 30–40% is gestegen? Zo nee, waarom niet?

3  
Is het waar dat door de dbc-financiering het inkomen voor cardio-anesthesiologen met wel 80% is gestegen in 2008? Zo nee, met welk gemiddeld percentage is hun inkomen dan wel gestegen?

4  
Wat is de reden van deze enorme omzet- en inkomensstijgingen?

5  
Wat vindt u van het feit dat hoogleraren anesthesiologie spreken

van een academische braindrain, omdat perifeer werkende anesthesiologen twee tot driemaal zoveel verdienen als in de academie? Vindt u deze verschillen acceptabel?

6  
Hoe beoordeelt u het gegeven dat de afgelopen jaren circa 44% van de nieuwe instroom van anesthesiologen van buitenlandse afkomst is en de laatste benoemde hoogleraren anesthesiologie van buitenlandse afkomst zijn, omdat het voor de academie moeilijk is toptalenten vast te houden vanwege de grote inkomensverschillen?

7  
Waarom heeft u, terwijl u reeds in juni 2008 van deze feiten op de hoogte was, hiertegen niets ondernomen?

8  
Is het niet wenselijk dat de opleidingscapaciteit voor anesthesiologen wordt uitgebreid? Zo nee, waarom niet?

9  
Kan de Kamer de briefwisseling tussen u en de hoogleraren anesthesiologie in 2008 ontvangen? Zo nee, waarom niet?

10  
Kunt u de Kamer op de hoogte stellen van het gemiddelde norminkomen van alle verschillende specialistengroepen in academische en niet academische centra in 2007

en 2008? Zo nee, bent u dan bereid daar accountantsonderzoek naar te laten verrichten? Zo nee, waarom niet?

11  
Wat zou volgens u het gemiddelde norminkomen van een specialist moeten zijn? Onderschrijft u de conclusie van de commissie Korthals Altes dat het norminkomen van een specialist in de orde van het norminkomen van een hogere rechter zou moeten liggen? Zo nee, wat vindt u dan een reëel norminkomen voor een specialist?

12  
Bent u het eens met uw ambtsvoorganger dat specialisten het beste in loondienst kunnen werken?<sup>2</sup> Zo nee, waarom niet?

13  
Hoe beoordeelt u de laatste OESO-publicatie die stelt dat Nederlandse specialisten in internationaal verband grootverdieners zijn en de belangrijkste reden daarvoor het krappe aanbod van medisch specialisten is?<sup>3</sup> Beschouwt u het onderzoek als valide? Welke consequenties trekt u daar dan uit?

<sup>1</sup> Medisch Contact, 8 januari 2009.

<sup>2</sup> [www.groene.nl/2004/0426/mfhs\\_hoogervorst.html](http://www.groene.nl/2004/0426/mfhs_hoogervorst.html)

<sup>3</sup> The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries. OECD, 18 december 2008.

## Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 23 april 2009) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2008–2009, nr.1480

1

Ik heb kennis genomen van het artikel in Medisch Contact van 8 januari 2009. Mijn inziens is er echter geen sprake van een falend DBC-systeem. Wel zijn er signalen dat er enkele onvolkomenheden zitten in de honorariumssystematiek. Daarom zijn er verbeteringen nodig. Hierop wil ik actie ondernemen.

Een van de factoren die verbeterd moet worden is de ondersteunerscompensatie. De ondersteunerscompensatie is een compensatiefactor die bij de ondersteunende specialismen compenseert voor een onderdekking respectievelijk overdekking van de verrichtingen in de zorgprofielen van de DBC's. Omdat deze factor al in 2004 is vastgesteld is deze aan herijking toe. Hiertoe voert DBC-O in afstemming met de Orde, NZa en VWS een onderzoek uit. Dit wordt in april opgeleverd. Ik vertrouw er op dat dit onderzoek tot herijking van de compensatiefactor zal leiden en tot een meer accurate bekostiging en financiering van de ondersteunende specialisten en derhalve tot een verbetering van de honorariumssystematiek voor de ondersteunende specialismen.

2

In de brief die de anesthesiologen in het UMC St. Radboud mij hebben gestuurd wordt gesteld dat de honoraria van de perifeer werkende anesthesiologen per 1 januari 2008 met 30–40% is gestegen. Of dit klopt kan ik niet bevestigen. Er zijn op lokaal niveau in verschillende ziekenhuizen berekeningen uitgevoerd, maar bij de data die hiervoor zijn gebruikt en de berekeningen die hier aan ten grondslag liggen zijn veel kanttekeningen te plaatsen. Deze bieden mij onvoldoende informatie om hierover generaliseerbare uitspraken te doen. Uiteraard vind ik het wel van groot belang dat er spoedig inzicht komt in hoe de honoraria van medisch specialisten zich ontwikkeld hebben. Daarom zet ik hiervoor een uitgebreid onderzoek uit. Dit onderzoek moet eind 2009 worden opgeleverd. Over

dit onderzoek vindt afstemming plaats met veldpartijen NVZ-vereniging van ziekenhuizen, NFU, ZN, Orde, ZKN en onderhoudspartijen NZa en DBC-O. Dit onderzoek moet onder meer inzicht bieden in de ontwikkeling van de honoraria van medisch specialisten op macroniveau en op specialisme niveau. Daarnaast moet het onderzoek ook inzicht geven in de verklaringen voor de honorariumontwikkelingen. Daarnaast verdiep ik me in samenwerking met verschillende partijen in de ontwikkelingen met als doel om ook op de korte termijn al zo veel mogelijk zicht te krijgen op de honorariaontwikkeling en zonodig reparaties uit te voeren.

3

Zie mijn antwoord op vraag 2.

4

Zie mijn antwoord op vraag 2.

5

Zoals ik in mijn brief van 30 september 2008 aan de anesthesiologen in het UMC Nijmegen reeds heb geschreven bestonden grote inkomensverschillen onder de oude budgetsystematiek. Deze verschillen openbaarden zich op ziekenhuis-, specialisme- en specialistniveau. Door de invoering van het onderbouwde uurtarief moesten historisch gegroeide verschillen in honorarium tussen specialismen worden verminderd. Door het onderbouwde uurtarief mede te baseren op de AMS (arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten in dienstverband bij algemene ziekenhuizen) moest het uurtarief daarnaast de verschillen tussen de honoraria van specialisten in dienstverband en de specialisten in vrije vestiging verminderen. Dit geldt ook voor de specialisten in loondienst van een UMC.

Of deze beoogde effecten in de praktijk gerealiseerd zijn, moet worden gezien. Het onderzoek naar de ontwikkeling van de honoraria moet hier duidelijkheid in verschaffen.

Wellicht ten overvloed wil ik nog wel opmerken het honorarium niet het enige middel is dat ziekenhuizen hebben om specialisten aan zich te binden. Met name UMC's hebben specialisten veel te bieden op het gebied van opleiding, wetenschappelijk onderzoek,

innovatie en topreferentiezorg. UMC's kunnen zich hiermee positioneren als interessante werkgevers. Het beleid dat instellingen voeren om nieuw talent aan te trekken en personeel voor de organisatie te behouden is in eerste instantie een interne aangelegenheid.

6

Voorop staat dat Nederland als lidstaat van de Europese Unie vrij verkeer van personen nastreeft, zo ook van medisch specialisten en hoogleraren. De oorzaak van de buitenlandse instroom van de anesthesisten is volgens mijn gegevens nooit onderzocht. Het zou gelegen kunnen zijn in het wetenschappelijk klimaat of de arbeidsvoorwaarden in vergelijking tot het buitenland. En hoewel de instroom van buitenlandse anesthesisten een bekend gegeven is, staat daar tegenover dat we niet weten hoeveel Nederlandse anesthesisten naar het buitenland vertrekken. Het percentage is substantieel, maar over de conclusies dient enige voorzichtigheid in acht te worden genomen. Zie tevens mijn antwoord op vraag 5.

7

Zoals uit bovenstaande vragen kan worden afgeleid wordt er onderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de honoraria. De voorbereidingen hiervoor zijn in de zomer van 2008 al gestart, echter voordat het onderzoek uitgevoerd kan worden is wel voldoende data over 2008 nodig. In juni 2008 waren er nog niet genoeg DBC's gedeclareerd en verwerkt in de informatiesystemen om al betrouwbaar onderzoek te kunnen doen. De komende maanden is deze informatie er wel en onderneem ik hierop actie.

8

Het Capaciteitsorgaan houdt in de ramingen rekening met het aantal werkzame anesthesisten in Nederland en maakt daarbij geen onderscheid naar het land van herkomst. Zij kijken naar het aanbod van anesthesisten om aan de Nederlandse zorgvraag te voldoen. Bij de analyse van de benodigde nieuwe aanwas van anesthesisten gaat het Capaciteitsorgaan er niet automatisch van uit dat de instroom van buitenlandse medisch specialisten zich voortzet. Omdat er in het advies de buitenlandse instroom slechts gedeeltelijk wordt meegeteld, acht ik

het advies adequaat en derhalve de instroom in de opleiding toereikend.

9

Ja. U treft de briefwisseling aan als bijlage.

10

Voor het inkomen van specialisten in loondienst geldt de CAO. Voor de specialisten in loondienst van een algemeen ziekenhuis is dit de AMS en voor de specialisten in UMC's is dit de CAO UMC's.

De basisinkomens per jaar inclusief vakantietoeslag variëren in de algemene en categorale ziekenhuizen van € 68 000 tot € 119 000 per fte.

Na zes jaar verdient een medisch specialist in een algemeen ziekenhuis het maximum. De inkomens in de academische ziekenhuizen variëren van € 62 000 voor een universitair medisch specialist tot € 144 000 per fte voor een

hoogleraar/afdelingshoofd. In beide genoemde CAO's zijn toeslagen op het basisinkomen mogelijk voor onregelmatigheidsdiensten en voor bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten (maximaal 20%). Wanneer de maximale toeslag voor diensten bij de basisinkomens wordt opgeteld, dan variëren de inkomens tussen € 82 000 en € 143 000 voor de algemene en categorale ziekenhuizen en € 74 000 en € 170 000 voor de academische ziekenhuizen. Hierbij is geen rekening gehouden met overige toelagen, zoals managementtoelagen, arbeidsmarkttoelagen, bijzondere beloning, eindejaarsuitkering et cetera. In de AMS bedraagt de specifieke beloning voor managementtaken maximaal 20%, in de CAO academische ziekenhuizen is deze niet nader gespecificeerd.

Voor de vrijgevestigd specialisten heb ik geen informatie over het inkomen. Wel kan ik iets melden over de wijze waarop het honorarium is opgebouwd. Dit is gebaseerd op de DBC-productie en wordt bepaald door de normtijd per DBC te vermenigvuldigen met het normatief vastgesteld uurtarief (pxq). Het normatief onderbouwde uurtarief is bepaald op € 132,- (prijsspeil 2006). Het uurtarief is gebaseerd op een normatieve praktijkomvang van € 205 260,- (prijsspeil 2006). De praktijkomvang betreft omzet en is daarmee dus niet gelijk aan inkomen. Om het inkomen te bepalen moet van deze praktijkomzet de kosten worden

afgetrokken. Gemiddeld zou dit moeten leiden tot een inkomen van €129 500,- (prijsspeil 2006).

Het onderzoek dat ik uitzet om de honorariumontwikkeling inzichtelijk te maken is vooralsnog afdoende. Naast het dit onderzoek voert ook het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) een onderzoek uit naar de winsten van vrijgevestigden in de zorg.

11

In 2006 heeft de commissie Korthals Altes zijn advies uitgebracht over het normatief onderbouwde uurtarief. Korthals Altes maakt in zijn onderbouwing een vergelijking tussen de beroepsuitoefening van de medisch specialist en de die van een raadsheer in een gerechtshof. Op basis van het advies van de commissie Korthals Altes is in 2007 overeenstemming bereikt met het Bestuur van de Orde over een onderbouwd uurtarief.

12

In het artikel waaraan u refereert, heeft mijn ambtsvoorganger Hoogervorst de Duitse Röhklinieken aangewezen als voorbeeld van een privaat bedrijf met talloze ziekenhuizen waar alle specialisten in loondienst zijn. Hij zegt niet dat alle specialisten het beste in loondienst kunnen werken. Ook ik heb die mening niet. Het is aan ziekenhuizen en specialisten zelf om te beslissen op welke wijze zij zich aan elkaar verbinden.

13

Ik merk op dat bij het trekken van conclusies op basis van het OESO rapport evenals bij andere internationale vergelijkingen, de nodige voorzichtigheid betracht dient te worden. Reden is onder meer dat de data die voor de verschillende landen zijn gebruikt niet per definitie één op één te vergelijken zijn. Desalniettemin heb ik uiteraard kennisgenomen van de OESO-publicatie en neem ik het signaal dat hier vanuit gaat serieus. De resultaten van de OESO-publicatie geven aan dat er een relatie is tussen het aantal medisch specialisten en het inkomen van de specialist, maar het is niet uitsluitend het aanbod dat het inkomen bepaald. Er zijn ook andere factoren. Het hiervoor genoemde onderzoek naar de honoraria ontwikkeling van medisch specialisten gaat hier in meer detail

op in. De resultaten van deze onderzoeken zal ik bezien in het licht van de het OESO rapport. Verder zal ik de RVZ vragen mij te adviseren over het verruimen dan wel het loslaten van de numerus fixus en hierbij specifiek aandacht te besteden aan het effect van deze maatregel op de salarissen van medisch specialisten.