

# Gezond belonen

Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten

10 oktober 2012

Commissie inkomens medisch specialisten  
prof. dr. P.L. Meurs (voorzitter)  
M. Bontje  
drs. H. Borstlap  
prof. dr. J. Legemaate

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
1. Inleiding.....	8
2. De beloning van medisch specialisten.....	10
2.1 Specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten.....	10
2.2 De specialisteninkomens internationaal gezien.....	12
2.2.1 Samenvatting SEO-analyse .....	12
2.2.2 Bevindingen commissie op basis van de SEO-analyse.....	16
3. Publieke belangen en toetsingscriteria .....	17
3.1 Inkomen en betaalbaarheid .....	17
3.2 Kwaliteit.....	20
3.3 Toegankelijkheid.....	21
3.4 Realiseerbaarheid, fiscale aspecten en goodwill .....	22
4. Beleidsopties getoetst .....	24
4.1 Beleidsopties die aangrijpen op het inkomen.....	24
4.2 Beleidsopties die aangrijpen op de arbeidsverhouding .....	24
4.3 Beleidsopties die aangrijpen op de bekostiging.....	25
4.4 Hoofdpijnen toetsing beleidsopties .....	26
Bijlage 1 Uitgebreide beschrijving toets beleidsopties .....	29
Bijlage 2 Feiten en cijfers .....	40
Bijlage 3 Samenstelling commissie en geraadpleegde gesprekspartners .....	43
Literatuur.....	44

## Samenvatting

### *De wijze waarop de commissie de opdracht heeft ingevuld*

De minister van VWS heeft, voortvloeiend uit het Begrotingsakkoord 2013 van mei 2012, de commissie gevraagd een inventarisatie van beleidsopties te maken om de norminkomens van medisch specialisten meer in lijn te brengen met die van hun collega's in andere landen. Het voorliggend rapport is de weerslag van die inventarisatie. De commissie heeft haar opdracht ruim opgevat. Voor de totale kostenontwikkeling in de curatieve zorg is immers de wijze waarop die inkomens tot stand komen en welke prikkels daar van uitgaan, nog belangrijker dan de absolute hoogte van de inkomens van de medisch specialisten. De commissie constateert ook dat de discussie over de hoogte van de inkomens soms meer op beeldvorming is gebaseerd dan op feiten. Dat is de reden dat de commissie vooral de feiten centraal wil stellen.

Tegelijkertijd heeft de minister het onderzoeksbureau SEO opdracht gegeven onderzoek te doen naar de inkomenspositie van Nederlandse specialisten ten opzichte van die van hun collega's in het buitenland. De resultaten daarvan zijn vevat in een apart rapport, waarvan de hoofdlijnen zijn overgenomen in dit rapport.

### *Nederlandse curatieve zorg scoort internationaal gezien kwalitatief goed*

De commissie wil vooraf gezegd hebben dat, hoewel internationale vergelijkingen over de kwaliteit van zorg niet eenvoudig zijn, er veel aanwijzingen zijn dat de curatieve zorg in Nederland op een kwalitatief hoog peil staat. Ook de gemiddelde productiviteit ligt hoog en het aantal ingrepen relatief laag (SiRM 2012). Dat wil niet zeggen dat alles goed gaat. Zo is opvallend dat er zowel regionaal als tussen medisch specialisten onderling een flinke onverklaarbare praktijkvariatie bestaat (zie onder andere CPB 2012) die zowel kan wijzen op overbehandeling als op onderbehandeling.

### *Specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten*

Nederland kent al geruime tijd een gemengd beeld qua arbeidsverhouding, met zowel specialisten in loondienst als vrijgevestigde specialisten. De laatste jaren neemt het aandeel specialisten in loondienst in de totale specialistenpopulatie gestaag toe. De hoogte en de aard van de beloning van medisch specialisten hangt onder andere af van het feit of zij in loondienst of vrijgevestigd zijn. Bij vrijgevestigd specialisten verschilt het te verlonen inkomen van de omzet omdat onder andere rekening gehouden moet worden met kosten voor pensioenopbouw, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en door de instelling in rekening gebrachte kosten. Vrijgevestigd specialisten zijn bovendien fiscaal gezien - mits zij aan bepaalde voorwaarden voldoen - ondernemer, hetgeen fiscale voordelen met zich mee brengt. Vrijgevestigd specialisten betalen ten slotte doorgaans goodwill om zich in te kopen in een maatschap.

Loondienst gaat traditioneel gepaard met andere financiële prikkels dan vrije vestiging. In dat verband is een opvallende ontwikkeling dat inmiddels een substantieel deel van de specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd werkzaam is. Daarnaast zijn nieuwe organisatievormen in opkomst: zo richten specialisten of ziekenhuizen zelfstandige behandelcentra op, gaan ziekenhuismaatschappen zich instellingsoverstijgend organiseren (de zogenaamde regiomaatschappen) en komen er *joint ventures* of ziekenhuis-BV's tot stand, waarbij specialisten rechtstreeks gaan participeren in een instelling. Ten slotte wordt in een toenemend aantal situaties door ziekenhuizen en de aldaar werkzame specialisten in loondienst inkomensafspraken gemaakt die zowel een vaste als een variabele component bevatten. Deze variabele component hangt dan onder meer samen met geleverde productie, maar bijvoorbeeld ook met kwaliteit en financiële resultaten.

### *De beloning van medisch specialisten internationaal bezien*

Uit verschillende bronnen blijkt dat de totale uitgaven aan medisch specialistische zorg (waaronder ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en honoraria medisch specialisten) in Nederland in internationaal perspectief niet buitensporig zijn te noemen; wel baart de forse groei in de afgelopen jaren zorgen. De uitgaven voor honorering van medisch specialisten bedragen circa 12% van de totale uitgaven aan medisch specialistische zorg. Dat is weliswaar een beperkt aandeel, maar de specialisten zijn de spil in de zorg en hun beslissingen bepalen uiteindelijk voor een belangrijk deel de totale uitgaven in de medisch specialistische zorg. Toch betekent dit niet dat de sleutel tot matiging van de groei van de zorguitgaven uitsluitend in handen van de medisch specialisten ligt.

De resultaten van het SEO-onderzoek naar de relatieve inkomenspositie van Nederlandse specialisten laten zich als volgt samenvatten. Medisch specialisten in loondienst bevinden zich voor wat betreft hun gemiddelde inkomen internationaal gezien in de middenmoot. De gemiddelde inkomens van vrijgevestigde specialisten behoren internationaal gezien tot de hoogste. Deze laatste conclusie houdt volgens het SEO-onderzoek ook

stand na de recente tariefkortingen en onder het in 2012 ingevoerde beheersmodel. Wel is een belangrijke constatering dat het verschil van de Nederlandse vrijgevestigde specialisten met hun buitenlandse collega's minder groot is dan op basis van de onbewerkte OECD-cijfers op het eerste gezicht lijkt. Correctie van de cijfers leidt met name voor buitenlandse gegevens tot significante bijstellingen.

De commissie stelt op basis van de SEO-analyse vast dat met de invoering van het beheersmodel een belangrijke stap is gezet in de richting van matiging van de inkomens van vrijgevestigd specialisten. De commissie stelt niettemin ook vast dat de inkomens van Nederlandse vrijgevestigd specialisten in 2012 hoog zijn, zowel in internationaal perspectief als in vergelijking met hun Nederlandse collega's in loondienst. Dit laatste verschil zou deels verklaard kunnen worden door verschillen in productiviteit.

#### *Publieke belangen, realiseerbaarheid en de toetsingscriteria voor de beleidsopties*

De commissie heeft niet volstaan met een inventarisatie van de theoretisch mogelijke beleidsopties maar heeft gemeend dat haar werk niet compleet zou zijn zonder deze ook te toetsen aan een aantal essentiële criteria. Primair heeft de toetsing betrekking op het effect dat een beleidsoptie zou kunnen hebben op het inkomensniveau van de individuele medisch specialist (de opdracht aan de commissie) en op het effect dat een beleidsoptie zou kunnen hebben op de productieprikkel en langs die weg op de macrobeheersing van de uitgaven aan medisch specialistische zorg. Aanvullend vindt toetsing plaats op het effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, op de realiseerbaarheid van een beleidsoptie en op governance-aspecten. Ten slotte wordt aandacht besteed aan fiscale aspecten en eventuele consequenties voor de goodwill.

#### *Opties voor beleid*

In het rapport formuleert de commissie drie typen aangrijpingspunten voor beleid. Binnen deze drie typen aangrijpingspunten zijn verschillende concrete maatregelen denkbaar. Ten eerste is het mogelijk direct aan te grijpen op het inkomen van de medisch specialist. De commissie onderscheidt drie manieren om dat te doen. Ten eerste zou de overheid via een wettelijke inkomensnormering het maximuminkomen van specialisten kunnen bepalen. Een andere maatregel zou het introduceren van een top belastingtarief kunnen zijn. Een dergelijk belastingtarief kan overigens niet alleen van toepassing zijn op een specifieke groep, zoals in dit geval medisch specialisten. Een derde mogelijkheid is het afspreken van een bezoldigingscode door de beroepsgroep. Een volgend aangrijpingspunt voor beleid is de arbeidsverhouding van medisch specialisten. Hieronder valt bijvoorbeeld het verplichten van de medisch specialisten om in loondienst te gaan. Iets dergelijks zou ook gerealiseerd kunnen worden via indirecte maatregelen (bijvoorbeeld fiscaal) waardoor vrije vestiging minder aantrekkelijk wordt gemaakt.

Een derde onderscheiden aangrijpingspunt betreft de tarieven. De commissie bespreekt hier vier mogelijkheden: een terugkeer naar de bekostiging met tariefregulering uit de periode 2008-2011, de introductie van degressieve tarieven, het continueren van het thans geldende zogenoemde beheersmodel en ten slotte de introductie van integrale tarieven voor de ziekenhuisbekostiging.

#### *Beleidsopties gewogen: ingrijpen in het inkomen*

Dit type beleidsopties overziend constateert de commissie dat de mogelijkheden om van overheidswege direct in te grijpen op het inkomen beperkt zijn of weinig effect sorteren. De realiseerbaarheid van wettelijke inkomensnormering specifiek voor specialisten wordt door de commissie op juridische gronden en op grond van uitvoerbaarheid op nihil ingeschat. Ook het introduceren van een specifiek topbelastingtarief voor inkomens verdiend door medisch specialisten lijkt (juridisch) haalbaar noch uitvoerbaar, noch te verdedigen op grond van het gelijkheidsbeginsel.

De introductie van een bezoldigingscode heeft in het algemeen pas op langere termijn effect (geldt alleen voor de nieuwe 'gevallen'). Niettemin kan er wel enig matigend effect van uitgaan en kunnen excessen transparant worden. Het is zeer wel denkbaar dat de beroepsgroep het initiatief neemt tot zo'n bezoldigingscode. Als zelfstandige maatregel verwacht de commissie er slechts een bescheiden effect van.

Direct ingrijpen in de inkomens zal volgens de commissie hoe dan ook niet bijdragen aan het bredere beheersingsvraagstuk waar de curatieve zorg zich voor gesteld ziet. Behalve de juridische onhaalbaarheid, de moeilijke uitvoerbaarheid en het geringe te verwachten effect plaatst de commissie bovenal vraagtekens bij de wenselijkheid van zo'n rigide aanpak. Maatwerk en innovatief handelen op decentraal niveau worden in feite op voorhand sterk ingeperkt, terwijl dergelijk gedrag juist nodig zal zijn om gepast gebruik, transparantie en verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg te bevorderen.

#### *Beleidsopties gewogen: ingrijpen in de arbeidsverhouding*

De tweede categorie maatregelen grijpt aan bij de arbeidsverhouding. Het gaat om het medisch

specialisten verplichten in loondienst te werken dan wel het langs indirecte (bijvoorbeeld fiscale) weg stimuleren dat specialisten in loondienst gaan werken. Behalve dat een verplichting om in loondienst te gaan werken juridisch niet haalbaar is, is de commissie ook hier van mening dat een dergelijke rigide maatregel onvoldoende recht doet aan de dynamiek van de praktijk van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd. Er kunnen diverse inhoudelijk legitieme redenen zijn om te kiezen voor loondienst dan wel vrije vestiging; het past de overheid niet om daar centraal voor alle specialisten eenmalig een definitieve keuze in te maken. Wel acht de commissie het wenselijk dat financiële overwegingen minder bepalend zijn bij de keuze tussen vrije vestiging en loondienst dan nu soms het geval is. Wat dat betreft zijn indirecte maatregelen de moeite van het overwegen waard, zoals een beperking van de fiscale voordelen van vrije vestiging. Afschaffen of versoberen van de zelfstandigenaftrek is in dit verband een denkbare maatregel, hoewel er geen groot effect van mag worden verwacht. Dergelijke fiscale maatregelen kunnen niet uitsluitend voor medisch specialisten worden genomen.

Naar de mening van de commissie is het cruciaal dat de belangen van instelling en specialisten zoveel mogelijk gelijk gericht worden. Dat zou onder meer bewerkstelligd kunnen worden door participatie van specialisten in juridische en financiële zin in een instelling. De commissie stelt op basis van gevoerde interviews vast dat voor het stimuleren van dergelijke verbanden nieuwe wetgeving die winstuitkering mogelijk zou maken niet noodzakelijk is. Ook vast-variabele afspraken tussen instelling en specialisten over het inkomen zullen een positief effect hebben op de gelijkgerichtheid van belangen.

De commissie merkt hier op dat de recente ontwikkeling naar regionaal georganiseerde, instellingsoverstijgende maatschappen er toe kan leiden dat belangen van instelling en specialisten juist gaan divergeren. Dat acht de commissie zeer onwenselijk, gezien ook langere termijn trends rondom concentratie van de ziekenhuiszorg en verplaatsing van zorg naar de eerste lijn. Het komt de commissie voor dat, hoewel regionale samenwerking tussen specialisten op zichzelf valt toe te juichen, de figuur van de regiomaatschap vooral wordt gedreven door financiële overwegingen. 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.

#### *Beleidsopties gewogen: ingrijpen in de bekostiging*

De derde categorie maatregelen grijpt aan bij de tarieven. Het terugkeren naar prestatiebekostiging met tariefregulering, zoals in de jaren 2008 tot en met 2011 gehanteerd, wijst de commissie af. Het belangrijkste nadeel van dit systeem is dat het altijd voor specialisten de prikkel in zich zal dragen om meer te produceren. De belangen van de instelling (die een prijs afspreekt met verzekeraars voor het ziekenhuisdeel) en de specialist (die op basis van een min of meer vast honorariumtarief per behandeling werkt) liggen daarbij niet altijd parallel, hetgeen de totstandkoming van evenwichtige tarieven niet bevordert. De effectiviteit in termen van het beheersen van het individuele inkomen van de specialist en in termen van de beheersing van de macrozorguitgaven is daarmee gering tot afwezig.

De introductie van degressieve tarieven door de overheid zou naar het oordeel van de commissie weinig opleveren in termen van inkomensmatiging en kostenbeheersing. De uitvoerbaarheid van deze maatregel is qua regulering uitermate complex en de registratielast zal fors verzwaren.

Diverse partijen hebben de commissie gemeld dat met de diverse tariefmaatregelen sinds 2010 en vervolgens onder het huidige beheersmodel de inkomens van medisch specialisten al stevig neerwaarts zijn bijgesteld en dat inkomensexcessen inmiddels ten minste flink zijn verminderd. Het beheersmodel lijkt in dit opzicht een effectief instrument, al werkt het nog te kort om een eindoordeel te kunnen vellen. Tegelijkertijd kent het beheersmodel ook een aantal evidente nadelen. Het is niet erg flexibel, het beperkt de dynamiek en het is zeer complex in de uitvoering. Alles afwegend kan de commissie zich wel voorstellen dat het beheersmodel met een aantal aanpassingen gebruikt kan blijven worden in de aanloop naar een meer structurele maatregel.

De commissie verwacht op lange termijn het meest van de invoering van (vrije) integrale tarieven. Er is ook al afgesproken tussen de Orde van Medisch Specialisten (Orde), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de minister van VWS dat dit per 2015 zijn beslag krijgt. Deze maatregel scoort goed op met name de toetsingscriteria macrobeheersing en kwaliteit. Daarnaast doet deze maatregel recht aan de lokale dynamiek

en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De commissie acht het van groot belang 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.

#### *Alles afwegend...*

Vanwege de positieve impact die invoering van het beheersmodel inmiddels heeft gehad en met het oog op een gedegen voorbereiding op de invoering van integrale tarieven acht de commissie het wenselijk het beheersmodel te blijven hanteren in aanloop naar de invoering van integrale tarieven. Gezien de ruimte voor inkomensmatiging die nog resteert na invoering van het beheersmodel met ingang van 2012 zou de commissie zich kunnen voorstellen dat er verdere aanpassingen worden gedaan aan de cijfermatige veronderstellingen die aan het beheersmodel ten grondslag hebben gelegen, zoals bijvoorbeeld het aanpassen van de normomzet cq. het geldende macrokader.

De commissie ziet invoering van integrale tarieven als een beloftevol perspectief met het oog op macrobeheersing en kwaliteit. Eventuele risico's met betrekking tot de governance (zijn Raden van Bestuur en specialisten voldoende geëquipeerd voor het voeren van productieve onderhandelingen?) kunnen onder meer worden ondervangen door een actieve inkooprol en tegenkracht van de verzekeraar. Bovendien kunnen partijen in dat verband ervaring opdoen onder het huidige beheersmodel, waarin instelling en specialisten geacht worden afspraken te maken over de honorering onder een plafond. Door de inkomens onder het beheersmodel in aanloop naar invoering van integrale tarieven verder te matigen wordt tevens een solide fundament gelegd voor een beheerste inkomensvorming in deze nieuwe constellatie.

Een ander belangrijk aandachtspunt bij de invoering van integrale tarieven zijn de gevolgen voor de goodwill. Hoewel er geen sprake is van een één-op-één relatie zal een grote groep vrijgevestigde specialisten onder integrale tarieven er voor kiezen om over te stappen naar loondienst. Deze beweging, die kan worden geplaatst binnen de reeds bestaande trend richting loondienst, zal op zijn minst gepaard gaan met een flinke waardedaling van de goodwill waar vrijgevestigd specialisten doorgaans een lening voor hebben afgesloten teneinde zich in te kopen in een maatschap.

Naar de mening van de commissie is dit een transitievraagstuk dat oplossing behoeft. Bij het aanpakken van dat vraagstuk zal bovendien maatwerk geboden zijn; specifieke groepen binnen de specialistenpopulatie zullen op verschillende wijze worden geraakt door een waardedaling van de goodwill: een jonge specialist die net een lening ter hoogte van een jaaromzet heeft afgesloten waarvan de onderliggende waarde daalt heeft hier nu eenmaal meer last van dan een specialist die 20 jaar aan het werk is, inmiddels zijn lening heeft afgelost, en zich heeft kunnen voorbereiden op een eventuele toekomstige waardedaling van de goodwill.

Om die reden is de commissie van mening dat dit transitievraagstuk primair in individueel overleg tussen verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten opgelost zou moeten worden. Er zijn ook al diverse voorbeelden van instellingen waar inmiddels maatwerkafspraken zijn gemaakt over de afwikkeling van de goodwill.

Het succesvol aanpakken van het goodwillvraagstuk richting 2015 heeft als bijkomend voordeel dat in de toekomst ruimte voor medisch specialisten zou kunnen worden geboden om meer differentiatie in beloning aan te brengen dan nu het geval is, onder meer langs lijnen van senioriteit en ervaring. Een beloning die ook meer dan nu geschoeid zal kunnen worden op vast-variabele afspraken rondom productie, kwaliteit en transparantie.

#### *Ten slotte*

De commissie onderstreept het belang van de matiging van de groei in de uitgaven voor de curatieve zorg. De sleutel voor de oplossing van dit vraagstuk kan niet alleen worden gevonden bij ongenueanceerde ingrepen in de inkomens van medisch specialisten of in hun arbeidsverhouding. Het is noodzakelijk dat de belangen -het leveren van effectieve en efficiënte zorg waarbij er geen sprake is van over- of onderbehandeling- van de instelling en van de medisch specialist en uiteindelijk ook van de samenleving als geheel meer parallel lopen. Dat kan langs de weg van het verder verbeteren van het beheersmodel in aanloop naar de invoering van integrale tarieven. Maar er is meer nodig. De commissie denkt in dit verband aan zaken als het stimuleren van substitutie en taakherschikking, aan het belang van zorg in de buurt en het leveren van zorg waar dat kan, op een adequate opleiding(-capaciteit) et cetera.

Alles overziende constateert de commissie dat de medisch specialistische zorg is gebaat - en dat is een heel veel gehoord signaal door de commissie - bij een zekere rust op het front van systeemwijzigingen. Er is de afgelopen jaren immers al heel veel veranderd. Bovenstaande ideeën passen daarin. De maatregelen die de afgelopen jaren zijn getroffen beginnen effect te sorteren. Het is belangrijk ook voor het onderling vertrouwen tussen overheid, specialisten, Raden van Bestuur van instellingen en zorgverzekeraars om op de ingeslagen weg voort te gaan. Tegelijk is er ook de roep om als lonkend perspectief het meer belonen van (en daarmee sturen op) gezondheidswinst voor ogen te houden. De commissie beveelt aan op dit terrein meer onderzoek te doen en experimenten te stimuleren. Een oude wijsheid in de zorg luidt immers: waar je voor betaalt, daar krijg je veel van.

# 1. Inleiding

## *Opdracht*

De commissie kreeg uit hoofde van het begrotingsakkoord 2013 van mei 2012 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opdracht een inventarisatie op te stellen van beleidsopties om de norminkomens van Nederlandse medisch specialisten meer in lijn te brengen met die van hun collega's in andere landen<sup>1</sup>. De commissie is ingesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die tevens SEO Economisch Onderzoek (SEO) opdracht heeft gegeven om parallel een internationale vergelijkende analyse uit te voeren van de relatieve inkomenspositie van Nederlandse medisch specialisten<sup>2</sup>.

## *Invulling opdracht*

De commissie heeft gemeend de aan haar gegeven opdracht ruim te moeten interpreteren. Dit vanuit de vaststelling dat beleidsopties die aangrijpen op de regulering en bekostiging van medisch specialisten wezenlijke gevolgen hebben die verder strekken dan het inkomen van de specialist alleen. De commissie constateert dat het feitelijke loon en omzet van medisch specialisten (in totaal ca. 2,7 miljard euro) een relatief beperkt deel uitmaakt van de totale uitgaven aan de medisch specialistische zorg (23,6 miljard euro). Neerwaarts bijstellen van specialisteninkomens heeft daarmee op zichzelf besparingspotentieel, maar daarin zit naar de mening van de commissie niet de grootst mogelijke winst in financiële zin. Die zit potentieel veel meer in het gegeven dat de medisch specialist de absolute spil is in de feitelijke levering van zorg. Hij is daarmee zeer bepalend voor de omvang en kwaliteit van geleverde zorg.

Omdat het inkomen van met name vrijgevestigd specialisten onder het huidige bekostigingssysteem sterk samenhangt met de hoeveelheid geleverde zorg hebben beleidsopties die raken aan de bekostiging in potentie een grote impact op de beheersing van de totale kosten van de geleverde medisch specialistische zorg. Weliswaar is het uitgavenniveau in de medisch specialistische zorg in internationaal perspectief minder hoog dan dikwijls wordt verondersteld, maar feit is dat de uitgavengroei zoals deze zich de afgelopen jaren heeft gemanifesteerd op de langere termijn niet houdbaar is. In verschillende recente rapporten (onder andere het rapport van de 14<sup>e</sup> Studiegroep Begrotingsruimte en de Taskforce Beheersing Zorguitgaven) wordt dan ook gewezen op de steeds urgentere noodzaak tot uitgavenbeheersing in de verschillende deelsectoren van de curatieve zorg, zoals de geestelijke gezondheidszorg en de medisch specialistische zorg.

De commissie heeft zich laten leiden door een feitenonderzoek naar de relatieve hoogte van de inkomens van medisch specialisten en heeft vervolgens bezien op welke wijze eventuele aanpassingen van die inkomens zouden kunnen worden vormgegeven. Met deze aanpak heeft de commissie geen eigen standpunt ingenomen over de 'juiste' hoogte van een specialisteninkomen. De commissie is zich terdege bewust van de lopende discussie over (semi-)publieke topinkomens en daarbinnen de discussie over specialisteninkomens. De commissie stelt vast dat medisch specialisten in hun functie een grote verantwoordelijkheid dragen en dat de maatschappij (terecht) veel verwacht van deze bijzondere beroepsgroep. Welke honorering in die context passend wordt geacht, in loondienstverband dan wel in vrije vestiging, is evenwel niet ter beoordeling aan deze commissie. De commissie schetst beleidsopties die desgewenst toegepast kunnen worden.

De commissie heeft geconstateerd dat er over het onderwerp de laatste jaren al veel gezegd en geschreven is en dat er inmiddels allerlei beelden bestaan rondom de inkomens van medisch specialisten die niet in alle gevallen stroken met de werkelijkheid. De commissie hoopt een bijdrage te leveren aan de discussie door een zoveel mogelijk feitelijke beschrijving van de situatie anno 2012 te geven.

Een discussie over specialisteninkomens kan bovendien niet los gezien worden van de geleverde kwaliteit van zorg. In hoeverre slagen specialisten op dit moment in het leveren van goede zorg? Goede internationale vergelijkingen van kwaliteit van zorg zijn slechts beperkt beschikbaar; het direct vergelijken van zorginhoudelijke kwaliteit is lastig omdat er weinig betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsindicatoren zijn die internationaal worden gemeten. In elk geval beoordeelde in 2009 91% van de Nederlandse consumenten de kwaliteit van ziekenhuizen als 'goed'; alleen in België en Oostenrijk ligt het percentage hoger en in Frankrijk is het gelijk (Eurobarometer, 2010). Er is bovendien een aantal internationale onderzoeken dat concludeert dat

<sup>1</sup> Zie bijlage 2 (begrotingsakkoord 2013) bij de Voorjaarsnota 2012 (TK 2011-2012, 33280, nr. 1)

<sup>2</sup> Zie het instellingsbesluit van de commissie (12 juli 2012, CZ-3120160) en de brieven aan Eerste en Tweede Kamer over instelling van de commissie (13 juli 2012, CZ-3122607 en CZ-3122608).



de Nederlandse curatieve zorg van hoge kwaliteit is (EHCI, 2012; Commonwealth Fund, 2010). Kan in deze bevindingen de rol van de specialist afgezonderd worden? Ook dat is ingewikkeld. Ander onderzoek (SIRM, 2012) lijkt uit te wijzen dat het aantal chirurgische verrichtingen in Nederland relatief laag is (staar en amandelen uitgezonderd). Ook worden in Nederland relatief weinig mensen klinisch opgenomen en is de duur van de opname relatief kort. Finale conclusies trekken is al met al lastig, maar in internationaal perspectief lijkt de Nederlandse curatieve zorg (en daarbinnen de beroepsgroep van medisch specialisten) heel behoorlijke resultaten te leveren.

Dit rapport gaat na deze inleiding in hoofdstuk 2 verder met een beschrijving van een aantal feiten rond de positie van medisch specialisten, de verschillen tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst en presenteert ook een samenvatting van het SEO-onderzoek naar de inkomenspositie van Nederlandse medisch specialisten ten opzichte van die van hun collega's in het buitenland.

De commissie heeft niet willen volstaan met een inventarisatie van mogelijke beleidsopties om de inkomens te beheersen, maar vindt dat deze beleidsopties ook getoetst moeten worden. In hoofdstuk 3 wordt toegelicht op welke aspecten de beleidsopties zullen worden getoetst. Allereerst natuurlijk aan de kern van de opdracht van de commissie: het effect op de individuele inkomens van specialisten en op de macro betaalbaarheid van de curatieve zorg. Daarnaast kunnen de beleidsinterventies gevolgen hebben voor andere publieke belangen, zoals de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ook dat zijn dus toetsingscriteria, evenals de realiseerbaarheid van de beleidsoptie, fiscale aspecten en eventuele gevolgen voor de goodwill.

Hoofdstuk 4 bespreekt drie categorieën van beleidsopties die ieder een aantal concrete maatregelen bevatten. Ook vindt in dit hoofdstuk de toetsing plaats van de beleidsopties aan de criteria.

De bijlagen bevatten een uitgebreide beschrijving van de toets van de beleidsopties, aanvullende feiten en cijfers over de medisch specialisten in Nederland en de samenstelling van de commissie en een lijst met de door de commissie geraadpleegde deskundigen. Het feit dat deze deskundigen zijn geraadpleegd in verschillende stadia van het werk van de commissie betekent niet dat zij enige verantwoordelijkheid dragen voor de inhoud van dit rapport. Die verantwoordelijkheid komt geheel de commissie toe.

## 2. De beloning van medisch specialisten

In dit hoofdstuk wordt stil gestaan bij het fundament van de opdracht: wat zijn de feiten rondom de beloning van medisch specialisten? In paragraaf 2.1. wordt eerst ingegaan op de belangrijkste institutionele verschillen tussen medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigde medisch specialisten. Vanwege de relevantie besteedt de commissie apart aandacht aan goodwill en de fiscale status van specialisten. Daarna volgt in paragraaf 2.2. de integrale samenvatting van de internationale inkomensvergelijking die SEO heeft uitgevoerd, en de conclusies die de commissie op basis van die analyse trekt.

### 2.1 Specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten

Nederland kent al geruime tijd arbeidsverhoudingen met zowel specialisten in loondienst als vrijgevestigde specialisten<sup>3</sup>. Medisch specialisten in loondienst, in totaal ongeveer 5.900 fte (NZa, augustus 2012) hebben een arbeidsovereenkomst met de instelling waarvoor zij werkzaam zijn. Voor specialisten werkzaam bij algemene ziekenhuizen geldt de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in algemene ziekenhuizen (AMS); deze AMS maakt deel uit van de Cao Ziekenhuizen. Medisch specialisten in dienst bij universitair medische centra vallen onder de Cao UMC. Vrijgevestigde specialisten, in totaal bijna 6.800 fte, worden door de fiscus als fiscaal ondernemer aangemerkt. Fiscaal ondernemers kunnen in hun fiscale aangifte - onder voorwaarden - een aantal aftrekken toepassen, waarvan de belangrijkste de zelfstandigen- en startersaftrek en de MKB-winstvrijstelling zijn.

De arbeidsverhoudingen variëren sterk tussen én binnen instellingen. Alle specialisten werkzaam voor universitair medische centra zijn in loondienst. Bij algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra is het beeld daarentegen gemengd: bij sommige specialismen, zoals kindergeneeskunde en radiotherapie, zijn bijna alle specialisten (traditioneel) in loondienst, terwijl bij bijvoorbeeld orthopedie en cardiologie het overgrote deel van de specialisten vrijgevestigd is. De laatste jaren neemt het aandeel specialisten in loondienst in de totale specialistenpopulatie gestaag toe. Een andere opvallende en waarschijnlijk hiermee samenhangende ontwikkeling is de sterke toename van het aandeel (jonge) vrouwen in de specialistenpopulatie. Per saldo constateert de commissie dat, voor zover vrije vestiging van specialisten in het algemeen als probleem wordt ervaren, dit probleem gezien deze trends mettertijd steeds kleiner zal worden: de verschuiving naar loondienst is onmiskenbaar en bestendig.

Een andere opvallende ontwikkeling is de opkomst van arbeidsverhoudingen die zich niet eenvoudig onder de traditionele noemers loondienst of vrije vestiging laten vangen. Zo is inmiddels bijna 20% van de specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd werkzaam. Daarnaast zijn nieuwe organisatievormen in opkomst: zo richten specialisten of ziekenhuizen zelfstandige behandelcentra op, gaan ziekenhuismaatschappen zich instellingsoverstijgend organiseren (de zogenaamde regiomaatschappen) en komen er *joint ventures* of ziekenhuis-BV's tot stand, waarbij specialisten rechtstreeks gaan participeren in een instelling. Anders gezegd: er zijn steeds meer verschillende manieren waarop specialisten vorm (kunnen) geven aan de eigen rechtspositie en de wijze waarop men inkomen verkrijgt. Het is van belang op te merken dat de aantrekkingskracht van deze nieuwe organisatievormen voor betrokken partijen voor een belangrijk deel zit in het meer gelijk richten van de belangen en risico's van instelling en specialisten.

Een belangrijke uitzondering hierop vormt de regiomaatschap. Deze samenwerkingsvorm draagt het risico in zich dat belangen van individuele instellingen en specialisten juist meer gaan divergeren. Voor regionale samenwerking kunnen legitieme inhoudelijke redenen zijn. Toch lijken aan de instelling van een regiomaatschap vooral financiële overwegingen ten grondslag te liggen. Voor bijvoorbeeld regionale afspraken over kwaliteit lijkt het opzetten van een regiomaatschap niet nodig. In hoofdstuk 3 en 4 gaat de commissie hier nader op in.

Anders dan vaak gedacht wordt heeft het type arbeidsverhouding niet direct een oorzakelijk verband met de formele relatie tussen Raad van Bestuur en specialist, maar zijn verschillen veeleer te vinden in elementen als de duur van de werkweek, behoefte aan ondernemerschap of juist een focus op onderzoek of een opleidingsfunctie. In elk geval worden zowel bij vrijgevestigde specialisten als specialisten in loondienst door Raad van Bestuur en betrokken specialisten (al dan niet georganiseerd in een maatschap) in het zogenaamde

<sup>3</sup> De formele term die voor deze groep gehanteerd wordt is 'medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren'. In dit rapport wordt kortheidshalve volstaan met 'vrijgevestigde (medisch) specialisten'.

Document Medische Staf (DMS) afspraken gemaakt over onder andere de nadere invulling van de functie-uitoefening door de specialisten in de instelling.

Een vrijgevestigd medisch specialist is aan een ziekenhuis verbonden door middel van een toelatingsovereenkomst. Essentie van de toelatingsovereenkomst is dat het ziekenhuis de medisch specialist toestaat om binnen het ziekenhuis, al dan niet samen met enkele beroepsgenoten, een praktijk uit te oefenen. In vrijwel alle gevallen wordt hiertoe de door de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) overeengekomen Model Toelatingsovereenkomst (MTO) gehanteerd. Bij brief van 1 november 2011 is door het Ministerie van Financiën aan de Orde bevestigd dat specialisten die een overeenkomst met het ziekenhuis sluiten die overeenkomt met de recent aangepaste Model Toelatingsovereenkomst, en die ook daadwerkelijk hiernaar handelen, in fiscale zin als ondernemer kunnen worden aangemerkt. Daarmee kunnen (in elk geval in de periode tot 2015) vrijgevestigd medisch specialisten fiscaal als ondernemer worden aangemerkt. Aan deze goedkeuring ligt in de kern het zogenaamde 'VIA-declaratiemodel' ten grondslag. In dat model wordt de specialist geacht een zelfstandig declaratierecht te hebben ten opzichte van (meer dan drie) zorgverzekeraars cq. patiënten, ook al vindt het declaratieproces feitelijk plaats via het ziekenhuis.

In mei 2011 hebben overheid, ziekenhuizen en medisch specialisten een convenant afgesloten waarin onder meer is afgesproken dat per 2015 integrale tarieven zullen worden ingevoerd. Daarmee komt de bestaande deelregulering van het specialistenhonorarium te vervallen en wordt het honorarium vrij onderhandelbaar als integraal onderdeel van een DOT-zorgproduct<sup>4</sup>. Aan de hand van dergelijke integrale tarieven kan door verzekeraars en zorgaanbieders worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Onder integrale tarieven zullen de mogelijkheden voor continuering van het fiscaal ondernemerschap door vrijgevestigd specialisten beperkt zijn. Verwacht mag worden dat een grote groep specialisten over zal stappen op een loondienstverband. Deze ontwikkelingen zullen hun weerslag hebben op de huidige praktijk van het overnemen van goodwill door specialisten onderling.

#### **Wat is goodwill?**

In het algemene zin komt bij de verkoop van een onderneming een verkoopprijs tot stand door onderhandeling tussen koper en verkoper. De basis daarbij is de waarde van de bezittingen verminderd met de schulden van de onderneming. Alles wat meer wordt betaald dan het saldo van bezittingen en schulden valt onder de noemer 'goodwill'. Het is met andere woorden de meerwaarde van de onderneming boven de 'tastbare' bezittingen. Bij medisch specialisten zal de onderneming over het algemeen uitsluitend uit deze immateriële post – de goodwill – bestaan. De goodwill drukt de toekomstige winstpotentie van de onderneming uit in euro's. Omdat goodwill niet tastbaar is, is de hoogte van de goodwill in beginsel een onderhandelingspunt bij de overname. Factoren die onder meer een rol spelen zijn: verwachte bestendigheid van het winstniveau, schaarste en de beschikbaarheid van berekeningsmodellen specifiek voor de betreffende branche.

Voor de financiering van de inkoop in de maatschap van een vrijgevestigd specialist (i.e. de goodwill) wordt doorgaans een lening afgesloten die binnen een aantal jaren wordt afgelost. De hoogte van deze goodwill is onder meer afhankelijk van de huidige en in de toekomst verwachte omzet van de maatschap. Wie toetreedt tot een maatschap, wordt geacht circa één keer de gecorrigeerde jaaromzet van de op te volgen maat in te brengen. De goodwill mag in minimaal 10 jaar worden afgeschreven ten laste van het fiscale resultaat van de specialist. Daarnaast is de rente op een goodwillfinanciering fiscaal aftrekbaar.

De commissie heeft geconstateerd dat de bestaande praktijk van het moeten overnemen van goodwill door intredende vrijgevestigd medisch specialisten een belemmerende factor is voor het doorvoeren van veranderingen en het aanbrengen van meer flexibiliteit in inkomen en rechtspositie van die medisch specialisten

Daarnaast stelt de commissie vast dat veranderingen in de waarde van de goodwill die samenhangen met veranderingen in de bekostiging zeer verschillend uit kunnen pakken voor deelgroepen binnen de specialistenpopulatie: zo zal een jonge specialist die zich in 2008 voor een verwachte jaaromzet heeft ingekocht veel sterker geraakt worden door een waardedaling van de goodwill dan een specialist die al vele jaren werkzaam is en zijn lening inmiddels heeft afgelost. In de toetsing van beleidsopties zal separaat stil worden gestaan bij de gevolgen van de beleidsopties voor de (waarde van de) goodwill.

Een in het oog springend verschil tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigd specialisten is de wijze van beloning. Vrijgevestigd specialisten genereren zelfstandig omzet, terwijl specialisten in loondienst hun inkomen van de instelling verkrijgen. Omzet en inkomen zijn ongelijksoortige begrippen, maar ze worden nogal eens door elkaar gehaald. De begrippen laten zich pas goed vergelijken door een aantal posten bij de omzet te betrekken; pas dan kan uit de omzet een te verlonen inkomen afgeleid worden.

<sup>4</sup> Een DOT-zorgproduct beschrijft, evenals zijn voorganger de DBC (DiagnoseBehandelCombinatie), een samenhangend geheel van medische verrichtingen behorend bij een bepaalde diagnose.

Onder de huidige bekostiging van vrijgevestigd specialisten, het beheersmodel, wordt een normomzet gehanteerd voor alle specialismen van ongeveer 270.000 euro. Afhankelijk van geleverde productie en specifieke afspraken binnen de maatschap en met de Raad van Bestuur kan de omzet van de individuele vrijgevestigd specialist hoger of lager uitpakken dan deze normomzet. Uit interviews blijkt dat ziekenhuizen doorgaans een bandbreedte rondom genoemde normomzet hanteren als basis voor de interne verdeling van het honorariumbudget. Van de omzet dient vervolgens een aantal kostenposten afgetrokken te worden. De belangrijkste daarvan zijn: pensioenopbouw, individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering en zogenaamde praktijkkosten (zowel collectief als individueel). Bij dat laatste gaat het individueel bijvoorbeeld om kosten voor congressen en cursussen, administratiekosten, kosten van vakliteratuur, et cetera. Ook zijn er vaak collectieve afspraken tussen instelling en maatschap over het in rekening brengen van bepaalde door de instelling gemaakte kosten bij de maatschap.

Zowel de kosten van het pensioen als die voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering wijken bij vrijgevestigd specialisten af ten opzichte van die voor specialisten in loondienst. Bij arbeidsongeschiktheid volgt dat uit het gegeven dat vrijgevestigde specialisten zich privaats dienen te verzekeren. Pensioenpremies verschillen onder meer door een andersoortige pensioenopbouw. Specialist in loondienst zijn deelnemer bij het ABP of het Pensioenfonds Zorg en Welzijn. Zowel werkgever als werknemer nemen een deel van de pensioenlasten en bij de pensioenopbouw wordt rekening gehouden met het salaris van de specialist (middelloon). Vrijgevestigd medisch specialisten zijn deelnemer bij de Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten (SPMS). De hoogte van de verschuldigde premie (waarbij geen sprake is van een werkgeversbijdrage) is gerelateerd aan het aandeel van de specialist in de praktijkomzet van de maatschap. De pensioenopbouw van de SPMS is niet salarisgerelateerd. Het SPMS-pensioen vormt dan ook het basispensioen van de vrijgevestigd medisch specialist; de goodwill wordt doorgaans beschouwd als aanvullend onderdeel van de pensioenvoorziening. Praktijkkosten komen bij specialisten in loondienst voor een groot deel voor rekening van de instelling.

Per saldo is er weinig verschil in het bruto-netto traject tussen vrijgevestigden en specialisten in loondienst: vrijgevestigde specialisten betalen meer premies maar minder belasting (voortvloeiend uit het fiscaal ondernemerschap) dan specialisten in loondienst. Voor een nader inzicht in deze vergelijking is hieronder tabel 3.2 uit het SEO-rapport overgenomen. In deze tabel wordt, uitgaande van een netto-inkomen van 73.800 euro (het nettobedrag dat hoort bij de hoogste inkomensschaal uit de AMS), berekend welk bruto-inkomen daarbij hoort voor zowel een specialist in loondienst als een vrijgevestigd specialist.

Tabel 1. Vergelijking van belastingen en premies voor een specialist in loondienst en een vrijgevestigd specialist (2012, in euro's; overgenomen uit SEO 2012)

	Loondienst	Vrijgevestigd
<b>Bruto omzet</b>		<b>193.400</b>
Praktijkkosten (collectief)		-15.500
Praktijkkosten (individueel)		-12.000
<b>Bruto inkomen</b>	<b>158.000</b>	<b>165.900</b>
Pensioen	-18.074	-34.300
Arbeidsongeschiktheid		-10.500
Renteverlies goodwill		-2.625
Belasting en premies	-66.125	-44.669
<b>Netto-inkomen</b>	<b>73.801</b>	<b>73.806</b>

## 2.2 De specialisteninkomens internationaal bezien

Deze paragraaf bevat de integrale samenvatting van het in opdracht van VWS uitgevoerde SEO-rapport (SEO, 2012), vergezeld van enkele conclusies die de commissie trekt op basis van de door SEO uitgevoerde analyse.

### 2.2.1 Samenvatting SEO-analyse

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in Nederland wil weten hoe de inkomens van Nederlandse medisch specialisten zich verhouden tot die van hun collega's in andere Europese landen. Om

hierin inzicht te krijgen heeft SEO Economisch Onderzoek de inkomens van Nederlandse medisch specialisten vergeleken met die van hun collega's in vijf buurlanden waarvoor recente OESO cijfers beschikbaar waren: België, Denemarken, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

Volgens de OESO behoren de inkomens van Nederlandse vrijgevestigde medisch specialisten tot de hoogste ter wereld. De vergelijking op basis van de OESO-cijfers is echter niet betrouwbaar omdat de manier waarop het bruto-inkomen wordt gemeten in deze landen verschilt. Dit onderzoek neemt de OESO-cijfers als uitgangspunt en corrigeert vervolgens voor verschillen in de definities. De correcties zijn gemaakt op basis van informatie en aanvullende data geleverd door experts van gerenommeerde onderzoeksinstituten in de onderzochte landen.

Voor Nederland was 2009 een bijzonder jaar. Daarom is voor Nederland ook een schatting gemaakt van het inkomen van medisch specialisten in 2012.

### Verschillen tussen landen

#### **Bekostigingssystemen**

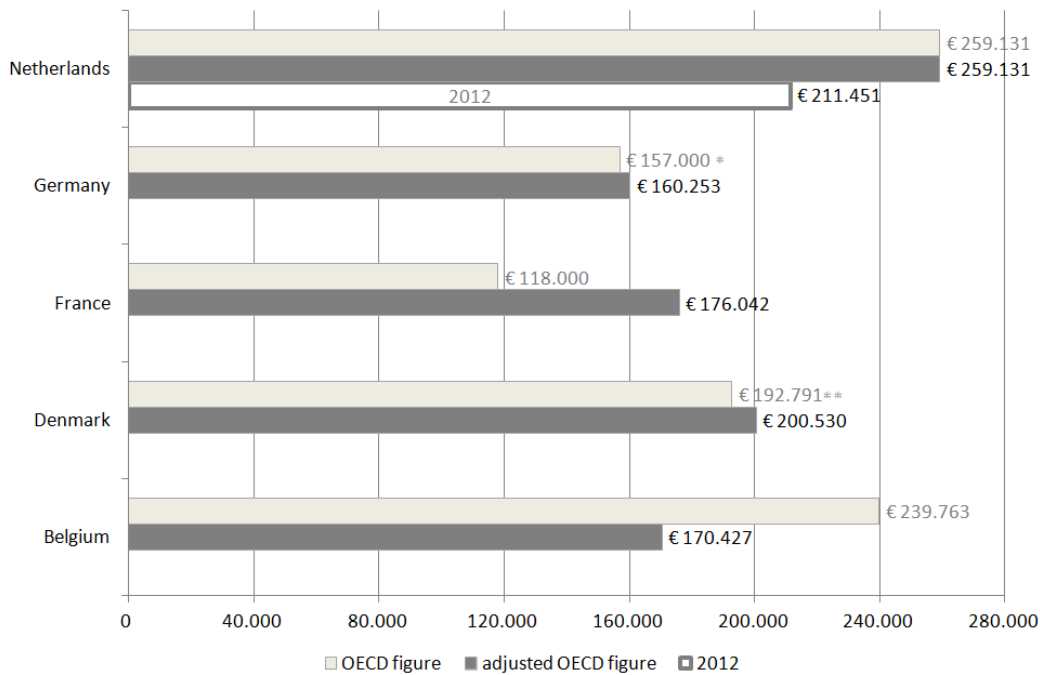
In vier van de zes landen (Denemarken, Engeland, Frankrijk en Duitsland) zijn alle specialisten die in een ziekenhuis werken in loondienst. In Denemarken en Engeland is slechts een klein deel van de medisch specialisten vrijgevestigd (respectievelijk 6% en 4%). Zij hebben een eigen praktijk buiten het ziekenhuis. In Duitsland en Frankrijk heeft een groot deel van de medisch specialisten een eigen praktijk buiten het ziekenhuis (respectievelijk 41% en 51%). Ook in Nederland en België is een groot deel van de medisch specialisten vrijgevestigd, maar, in tegenstelling tot de andere landen, werken zij vaak in het ziekenhuis. In België is het gebruikelijk om als vrijgevestigd medisch specialist in het ziekenhuis te werken. Nederland kent een mix van vrijgevestigden en artsen in loondienst in het ziekenhuis. In beide landen zijn de medisch specialisten in academische ziekenhuizen in loondienst. In totaal is 74% van de Belgische en 43% van de Nederlandse artsen vrijgevestigd.

Er is vaak overlap tussen loondienst en vrije vestiging. Zo heeft in Engeland ongeveer 50% van de artsen in loondienst ook een eigen praktijk. In België is 7% van de medisch specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd en in Nederland gaat het hier om 19% van de medisch specialisten. De inkomens van deze artsen zijn meegeteld bij de cijfers voor specialisten in loondienst. In Frankrijk werken vrijgevestigde artsen ook vaak één dag per week (in loondienst) in het ziekenhuis.

#### **Medisch specialisten in vrije vestiging**

De cijfers voor vrijgevestigde specialisten wijken op verschillende manieren af van de OESO-definitie. Het Franse inkomen betreft netto- in plaats van bruto-inkomen en in België en Frankrijk zijn de extra opbrengsten uit declaraties met tarieven boven de gereguleerde tarieven niet meegenomen. Daarnaast is in Frankrijk een aantal vrijgevestigde specialisten ook in loondienst. Deze salarissen zijn niet meegeteld in de inkomenscijfers van de OESO. Aan de andere kant zitten de praktijkkosten nog in het OESO-cijfer voor België, terwijl deze in de andere landen niet zijn meegenomen. Figuur 1 geeft de bruto-inkomens van vrijgevestigde specialisten zowel op basis van de oorspronkelijke OESO-cijfers als de cijfers gecorrigeerd voor bovenstaande afwijkingen. Voor Engeland zijn er geen cijfers over de inkomsten van het kleine aantal artsen dat alleen in private ziekenhuizen werkt.

Figuur 1 Bruto inkomen vrijgevestigde specialisten, per persoon per jaar, in 2009 euro's



\*2007 \*\*2008

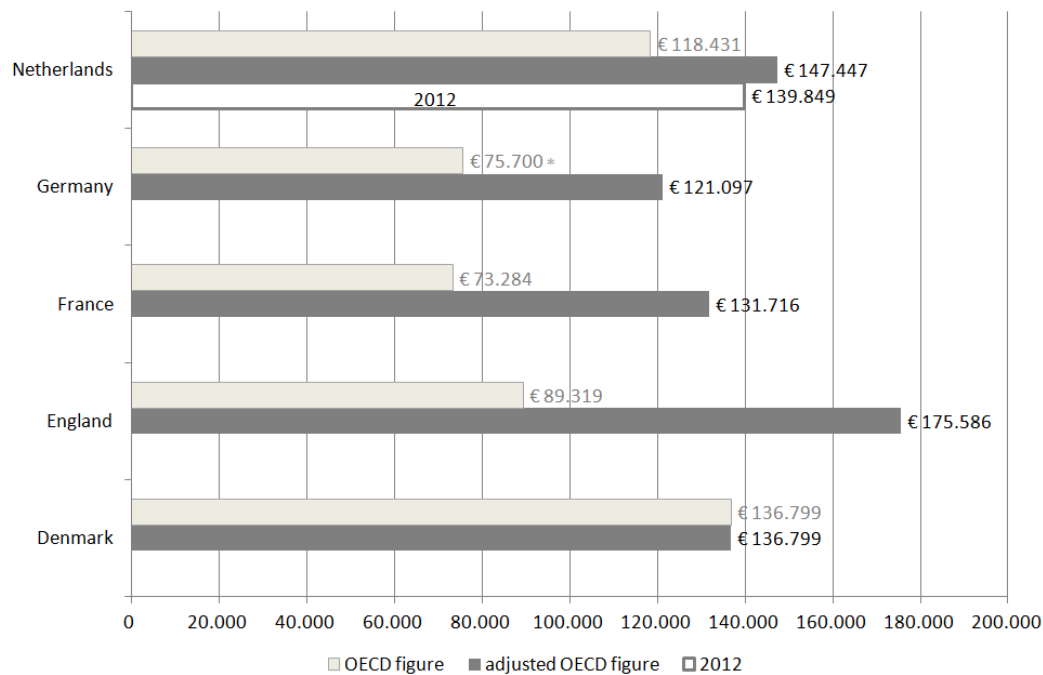
Figuur 1 laat zien dat, zowel voor als na correctie voor afwijkingen van de OESO-definitie, de Nederlandse artsen in 2009 meer verdienen dan hun collega's in Duitsland, Frankrijk, Denemarken en België. De inkomsten van de Franse artsen zijn naar boven bijgesteld, van netto- naar bruto-inkomen, inclusief aanvullende declaraties en extra inkomsten uit arbeid in loondienst. Het inkomen van Belgische specialisten is naar beneden bijgesteld door aftrek van de praktijkkosten en naar boven vanwege de aanvullende declaraties. Hun uiteindelijke aangepaste inkomen is lager dan het OESO-cijfer.

Voor Nederlandse artsen was 2009 een bijzonder jaar. Hun inkomen steeg in de jaren 2008 en 2009 sterk als gevolg van een verandering in het bekostigingssysteem. In 2010 en 2011 zijn de DBC-tarieven verlaagd en in 2012 is een omzetplafond ingesteld om de kosten te beheersen. Het inkomen van medisch specialisten in 2012 is naar schatting ongeveer € 211.000. Omdat de inkomens in de andere landen vanaf 2009 waarschijnlijk zijn gestegen, zullen de inkomensverschillen tussen Nederlandse en buitenlandse specialisten kleiner zijn geworden.

### Medisch specialisten in loondienst

De OESO-cijfers voor Engelse en Duitse artsen in loondienst bevatten ook artsen in opleiding. De inkomens van medisch specialisten in deze landen worden daarom onderschat. De cijfers voor Frankrijk en Duitsland bevatten ook de inkomens van huisartsen, die vaak minder verdienen dan medisch specialisten. De inkomens voor Franse specialisten zijn bovendien netto- in plaats van bruto-inkomen, wat ook een onderschatting geeft. Daarnaast zijn de inkomens uit private werkzaamheden in Engeland, Duitsland en Nederland niet meegenomen. Figuur 2 toont de oorspronkelijke OESO-cijfers en de cijfers gecorrigeerd voor bovenstaande afwijkingen van de OESO-definitie. Voor België zijn er geen cijfers over het bruto-inkomen van medisch specialisten in loondienst.

Figuur 2 Bruto inkomen specialisten in loondienst, per fte per jaar, in 2009



\*2006

Figuur 2 laat zien dat op basis van de oorspronkelijke OESO-cijfers Deense en Nederlandse specialisten in loondienst veel meer verdienen dan specialisten in Duitsland, Frankrijk en Engeland. Als specialisten in opleiding (Engeland en Duitsland) en huisartsen (Duitsland) niet meegenomen worden en belastingen (Frankrijk) en extra inkomsten uit de eigen praktijk (Engeland, Duitsland en Nederland) wel, dan blijkt dat Engelse specialisten het hoogste inkomen hebben. Dit komt omdat zij hun salarissen aanvullen met werk in de particuliere sector.

De Nederlandse specialisten in loondienst die deels als vrijgevestigde werken zijn in 2012 ook geconfronteerd met het omzetplafond voor vrijgevestigde specialisten. Hun inkomen zal als gevolg van deze maatregel zijn gedaald tot naar schatting € 140.000 .

### Sterke samenhang tussen bruto-inkomen en het aantal artsen

Er is een sterke samenhang tussen de bruto-inkomsten (gemiddeld over vrijgevestigden en artsen in loondienst) en het aantal artsen: hoe meer artsen, hoe lager het inkomen. De Engelse en Nederlandse artsen verdienen meer dan de artsen in de andere onderzochte landen. In Engeland zijn er 0,91 medisch specialisten per 1.000 inwoners, en in Nederland 0,98. In Duitsland en Denemarken, de landen met de laagste inkomens, zijn er respectievelijk 2,4 en 2,3 medisch specialisten per 1.000 inwoners. Een hogere productiviteit verklaart een deel van deze samenhang. Artsen in Nederland werken meer uren dan hun collega's in Denemarken en zijn waarschijnlijk ook productiever per uur omdat ze vaker vrijgevestigd zijn. De Duitse artsen werken echter net zoveel uren en zijn vermoedelijk net zo productief per uur als de Nederlandse artsen, maar verdienen veel minder. Een andere verklaring kan zijn dat artsen meer onderhandelingsmacht hebben in landen waar relatief weinig artsen zijn. Dit leidt tot hogere tarieven en hogere inkomens.

Andere factoren zoals de verdeling naar leeftijd en geslacht van specialisten, de poortwachterrol van de huisarts en verschillen in de opleiding lijken weinig invloed te hebben op het inkomen van medisch specialisten.

### Verschillen binnen landen

Er zijn grote verschillen in inkomen tussen artsen binnen landen.

- Vrijgevestigde artsen verdienen meer dan artsen in loondienst. In Nederland was het bruto inkomen van vrijgevestigden in 2009 gemiddeld 1,8 keer meer dan het bruto inkomen van een arts die (voornamelijk) in loondienst was. Als vrijgevestigde specialisten meer belasting en premies betalen dan specialisten in loondienst dan zijn de verschillen in netto inkomens kleiner dan de verschillen in bruto inkomens. In

Nederland is er weinig verschil in het bruto-netto traject tussen vrijgevestigden en specialisten in loondienst: vrijgevestigde artsen betalen meer premies maar minder belasting dan specialisten in loondienst.

- Binnen de groep vrijgevestigden verschilt het inkomen sterk tussen verschillende specialismen. Radiologen en anesthesisten zijn in de meeste landen degenen met het hoogste inkomen, terwijl kinderartsen en psychiaters juist het minst verdienen. In Frankrijk verdient een radioloog gemiddeld 3,5 keer zoveel als een psychiater.
- Binnen de groep van artsen in loondienst verschilt het inkomen met het hiërarchische niveau. In Duitsland verdienen artsen op het hoogste niveau gemiddeld 3,1 keer zoveel als artsen op het laagste niveau. Daarnaast zijn er ook grote verschillen tussen artsen die alleen in loondienst werken en artsen die ook deels als vrijgevestigde werken. In Engeland verdient een medisch specialist die ook in een eigen praktijk werkt 1,9 keer zoveel als een arts die alleen in loondienst werkt.

### **2.2.2 Bevindingen commissie op basis van de SEO-analyse**

De commissie is van de mening dat de door SEO uitgevoerde analyse nuttige feitelijke ingrediënten bevat voor de nadere formulering en weging van beleidsopties. De commissie benoemt hier een aantal hoofdlijnen die zij heeft opgemaakt uit de analyse.

De commissie stelt met de onderzoekers vast dat Nederlandse specialisten in loondienst een in internationaal perspectief gemiddeld inkomen verdienen en dat Nederlandse specialisten in vrije vestiging in vergelijking met andere landen een relatief hoge honorering genieten. Dit verschil is minder groot dan eerder op basis van de onbewerkte OESO-cijfers geconcludeerd is. Invoering van het beheersmodel in 2012 lijkt tot een substantiële neerwaartse bijstelling van de inkomens van vrijgevestigd specialisten te hebben geleid. Tegelijk moet worden vastgesteld dat ook in 2012 Nederlandse vrijgevestigde specialisten nog een relatief hoge honorering in internationaal perspectief kennen.

De commissie merkt in dat verband op dat ook het verschil in gemiddeld netto inkomen tussen Nederlandse specialisten in loondienst en hun vrijgevestigde collega's substantieel is, ook in 2012. Dit verschil zou deels verklaard kunnen worden door verschillen in productiviteit.



### 3. Publieke belangen en toetsingscriteria

De commissie heeft niet volstaan met een inventarisatie van de theoretisch mogelijke beleidsopties maar heeft gemeend dat haar werk niet compleet zou zijn zonder deze ook te toetsen aan een aantal essentiële criteria. Deze criteria worden ontwikkeld in dit hoofdstuk. In paragraaf 3.1 wordt uitgewerkt dat primair de toetsing plaats vindt aan de hand van twee vragen: welk effect de beleidsoptie wordt verwacht te hebben op het inkomensniveau van de individuele medisch specialist (de opdracht aan de commissie) en welk effect verwacht wordt op de productieprikkel en langs die weg op de macrobeheersing van de uitgaven aan medisch specialistische zorg. Aanvullend vindt toetsing van beleidsopties plaats op het te verwachten effect op de publieke belangen kwaliteit (paragraaf 3.2) en toegankelijkheid (paragraaf 3.3) van zorg. In paragraaf 3.4 wordt ten slotte ingegaan op het toetscriterium van de realiseerbaarheid van beleidsopties, waarbij speciale aandacht wordt ingeruimd voor fiscale aspecten en eventuele consequenties voor de goodwill.

#### 3.1 Inkomen en betaalbaarheid

Zoals in de inleiding opgemerkt, is de opdracht aan de commissie beleidsopties te inventariseren die de inkomens van de specialisten meer in lijn brengen met die van hun collega's in het buitenland. Dit vooral tegen de achtergrond van de betaalbaarheid van zorg. Verlaging van de specialisteninkomen leidt op zichzelf tot enige besparing, maar grotere financiële winst zit in het feit dat de specialist de spil in de zorg is en dat zijn handelen van grote invloed is op de omvang, de kwaliteit en de kosten van de geleverde zorg. Om die reden worden de beleidsopties allereerst tegen dit licht gehouden: wat betekent de desbetreffende beleidsoptie voor het individuele inkomen van de specialist en wat betekent het voor de (macro-)betaalbaarheid van zorg? Omdat de bekostiging van de medisch specialistische zorg relatief ingewikkeld in elkaar zit schetst de commissie eerst de hoofdlijnen daarvan.

##### *Bekostiging van de medisch specialistische zorg*

Het bestaande systeem gaat uit van het basisprincipe dat iedereen in Nederland zich verplicht moet verzekeren voor het basispakket. Op deze zorgverzekeringsmarkt worden zorgverzekeraars geacht te dingen naar de gunsten van verzekerden en hen te verleiden een zorgverzekeringspolis af te sluiten. Verzekeraars kunnen zich van elkaar onderscheiden door de prijs van de polis, de service die ze bieden en in inhoud van de polis waarbij het door de overheid bepaalde basispakket een fundamentele randvoorwaarde is. Zorgaanbieders – zoals ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra – dingen op hun beurt met een zo aantrekkelijk mogelijke prijs/kwaliteit-verhouding van hun zorg naar de gunst van de verzekeraar om contracten binnen te halen voor de levering van zorg die zorgverzekeraars moeten inkopen voor hun verzekerden. De specialist, al dan niet georganiseerd in een maatschap, neemt een bijzondere positie in in dit krachtenveld. Enerzijds 'loopt hij mee' in de onderhandelingen tussen verzekeraar en instelling, anderzijds heeft hij een doorslaggevende rol bij de uiteindelijke totstandkoming van kwaliteit en volume van de geleverde zorg.

Met ingang van 2012 heeft de overheid een aantal maatregelen getroffen om het in 2005 gestarte systeem van prestatiebekostiging in de medisch specialistische zorg een stap verder te brengen. De invoering van DOT als opvolger van de bestaande DBC-systematiek is daar één van, evenals de uitbreiding van het vrije B-segment naar 70% van de ziekenhuisomzet, toename van de risicodragendheid van verzekeraars en introductie van een zogenaamd macrobeheersinstrument. Deze maatregelen zijn vergezeld door twee akkoorden die de overheid met respectievelijk ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en verzekeraars en met medisch specialisten en ziekenhuizen gesloten heeft die voornamelijk gericht zijn op het beheersen van de uitgavengroei de komende jaren. Voor zowel de ziekenhuizen als de medisch specialisten wordt tot 2015 uitgegaan van een uitgavengroei van 2,5% per jaar (exclusief loon- en prijsbijstelling).

De bekostiging van medisch specialisten binnen dit geheel is de afgelopen jaren verschillende malen aangepast (zie bijlage 2 voor een beknopte geschiedenis). Vanaf 2008 was er sprake van een directe koppeling tussen het specialisteninkomen en de hoeveelheid geleverde zorg, door een vast uurtarief binnen de DBC te vermenigvuldigen met een vaste normtijd (via tijdsbestedingsonderzoek vastgesteld). Met deze wijziging werd een versterking van de koppeling tussen prestaties en inkomen van de medisch specialist beoogd, evenals een grotere prikkel tot doelmatigheid, innovatie en ondernemerschap. Al snel werden er echter forse overschrijdingen vastgesteld (en in het verlengde daarvan een flinke stijging van de specialisteninkomens) die het gevolg bleken van achteraf gezien onjuist vastgestelde tarieven en onvoorziene meerproductie.

Kern van het huidige bekostigingssysteem van vrijgevestigde medisch specialisten, het zogenaamde beheersmodel dat per 2012 van kracht is, is dat de minister jaarlijks een vast macrobudget voor honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten vaststelt, passend binnen de macro beschikbare middelen van het door de overheid gehanteerde budgettaire kader zorg (BKZ). Op basis van dit macrobudget stelt de NZa op haar beurt per instelling vast welk omzetplafond (grens) er in een betreffend jaar voor alle bij die instelling werkzame vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk geldt. Deze omzetplafonds kunnen niet worden overschreden. Input voor de omzetplafonds is een zogenaamde normomzet van ongeveer 270.000 euro voor alle specialismen, uitgaande van een gelijke werklast en een gelijke productie.

De Raad van Bestuur van de instelling en het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten worden geacht verdeelafspraken te maken over de betalingen ten behoeve van de door de vrijgevestigd medisch specialisten verrichte diensten; deze verdeelafspraken moeten uit een vast en een variabel deel bestaan en ze zijn een voorwaarde voor het door de specialisten mogen declareren via de instelling aan de verzekeraar of patiënt. Afspraken hierover worden per instelling door het bestuur van de instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten vastgelegd in de toelatingsovereenkomsten. Medisch specialisten zijn verzekerd van hun fiscaal ondernemerschap als zij deelnemen aan een lokaal collectief.

De commissie heeft uit diverse gesprekken met betrokkenen opgetekend dat introductie van dit beheersmodel in belangrijke mate heeft bijgedragen aan een recente verlaging en harmonisatie van de specialisteninkomens met als spil de eerder gememoreerde normomzet. De excessieve inkomensontwikkeling die met name in de jaren 2008-2011 heeft plaatsgevonden, inclusief fors oplopende inkomensverschillen tussen specialismen, is naar de mening van veel betrokkenen inmiddels voor een belangrijk deel teruggedraaid.

Een opvallend gegeven daarbij is dat de verdeling van de honorariumbudgetten ‘achter de voordeur’ van het ziekenhuis vooralsnog niet lijkt te worden gebaseerd op de te verwachten honorariumomzet uit DOT-productie (in principe het voorziene vehikel om premiegeld van verzekeraar bij de zorgaanbieder te krijgen), omdat de nieuwe DOT-systematiek naar de mening van betrokkenen nog te veel problemen bevat om te kunnen dienen als grondslag voor een als eerlijk ervaren onderlinge verdeling van het honorariumbudget tussen individuele specialisten en specialismen.

Bij de contractering van ziekenhuizen door verzekeraars ziet de commissie een vergelijkbare ontwikkeling. In de contractering voor het jaar 2012 opteren veel verzekeraars en instellingen er voor om, in plaats van contracten te sluiten over prijzen van producten en te leveren aantallen, contracten te sluiten met als leidend principe zogenaamde aanneemsommen. Een aanneemsom is voor zowel verzekeraar als instelling aantrekkelijk, want het biedt op voorhand zekerheid over de te realiseren omzet cq. schadelast, terwijl er tegelijkertijd specifieke afspraken gemaakt kunnen worden over inhoudelijke aandachtsgebieden binnen de aanneemsom. Aanneemsommen bieden ten slotte, veel meer dan de gebruikelijke afspraken over prijzen en aantallen producten, mogelijkheden om meerjarige verbintenissen aan te gaan.

De in 2012 ingezette veranderingen in de bekostiging, in combinatie met de gesloten sectorakkoorden brengen (beoogde) veranderingen in de ordening van de medisch specialistische zorg met zich mee. De in het stelsel voorziene selectieve inkoop door verzekeraars krijgt langzamerhand steeds meer inhoud, waardoor concentratie en specialisatie van instellingen en specialismen (bijvoorbeeld door middel van het hanteren van minimum volumennormen) daadwerkelijk van de grond beginnen te komen. Een ander actueel thema in dit verband is de beweging om ‘zorg op de juiste plek’ te leveren. Dit streven heeft enerzijds een geografische component (meer zorg in de wijk), maar raakt ook aan de taakverdeling binnen de zorgketen. De gedachte is dat via zelfmanagement en het leveren van meer zorg in de eerste lijn, relatief dure tweedelijns zorg kan worden verplaatst en worden voorkomen. Op dit moment wordt bezien in hoeverre in de bekostiging van de ziekenhuiszorg samenwerking tussen eerste en tweede lijn verder gefaciliteerd zou kunnen worden. De commissie heeft in dat verband uit interviews vernomen dat de beperkte flexibiliteit van het huidige beheersmodel (afhankelijk van productieafspraken met verzekeraars kunnen de omzetplafonds voor maximaal 3,2% bijgesteld worden) een rem zou kunnen zetten op deze beweging.

#### ***Toets: effect op inkomensniveau van de specialist***

Dit criterium is de kern van de opdracht aan de commissie. Elke beleids optie zal worden getoetst op de mate waarin deze zal kunnen leiden tot een (neerwaartse) bijstelling van de specialisteninkomens. Vooraf kan worden vastgesteld dat zo'n bijstelling in feite twee vormen kan aannemen. Ten eerste zou, vergelijkbaar met

de methodiek in het huidige beheersmodel waarin een normomzet gehanteerd wordt, een landelijk gemiddeld (norm)inkomen van specialisten bepaald kunnen worden. Bij zo'n aanpak tendeert een groot deel van de individuele specialisteninkomens naar het gemiddelde, maar zijn individuele afwijkingen naar boven en naar beneden mogelijk, al dan niet binnen een vooraf vastgestelde bandbreedte. Ten tweede zouden individuele inkomens genormeerd kunnen worden, waarbij variatie (althans naar boven) niet meer mogelijk is. In dat geval kan vooraf met zekerheid worden gezegd dat alle inkomens onder de gestelde norm zullen blijven.

*De door de commissie geïnventariseerde beleidsopties zullen worden getoetst op het effect op het individuele inkomen van de medisch specialist.*

#### **Toets: effect op macrobeheersing van de uitgaven**

De achterliggende gedachte bij de opdracht aan de commissie is de noodzaak tot uitgavenbeheersing in de curatieve zorg. Immers, de wijze waarop het inkomen van de specialist tot stand komt is van grote invloed op de totale uitgaven aan curatieve zorg. Dit verband loopt via prikkels in termen van productie en inkomen die de regulering en bekostiging met zich mee brengen, zoals onder meer geschetst in een eerder door SEO uitgevoerde analyse (SEO, 2010).

Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat de wijze van beloning van specialisten verschillende financiële prikkels geeft. Zo hadden vrijgevestigde specialisten in de bekostiging gedurende de jaren 2008-2011 een maximaal financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit per uur en een zorgvolume waarbij zij voldoende inkomen genereren en ook voldoende vrije tijd overhouden. Vanuit dat perspectief gezien was het niet verwonderlijk dat er in die periode sprake is geweest van een sterke toename van de specialisteninkomens en het volume van geleverde zorg, hoewel naast dit effect fouten in de tariefstelling ook een rol hebben gespeeld. Onder het huidige beheersmodel is deze financiële prikkel in feite afgetopt tot het 'bereiken' van het omzetplafond van de instelling. Specialisten in loondienst hebben op hun beurt in principe geen financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit en een hoog zorgvolume, waardoor het risico van wachtlijsten en/of onderbehandeling op de loer ligt.

Vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst ervaren daarnaast allebei prikkels voor zowel doelmatig als ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten. Voor vrijgevestigde specialisten zijn de prikkels voor doelmatig én de prikkels voor ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten sterker dan voor specialisten in loondienst. Doelmatigheidsprikkels komen voort uit een belang bij een financieel gezond ziekenhuis en bij vrijgevestigden ook uit een belang om binnen de bestaande capaciteit zoveel mogelijk zorg te kunnen leveren en de DBC-prijs laag te houden. Ondoelmatigheidsprikkels komen voort uit een belang bij verlaging van de werkdruk door het verschuiven van werk naar ander ziekenhuispersoneel en bij vrijgevestigden ook uit een belang bij extra investeringen door het ziekenhuis waardoor zij extra inkomen kunnen genereren.

Wel dient opgemerkt te worden dat deze beschouwing van financiële prikkels een theoretisch zuiver onderscheid veronderstelt tussen volledig vast inkomsten (loondienst) en volledig productieafhankelijke inkomsten (vrije vestiging). Eerder heeft de commissie opgemerkt dat er een substantieel aantal specialisten zowel in loondienst als vrijgevestigd (bijvoorbeeld in een zelfstandig behandelcentrum) werkzaam is. Daarnaast is de commissie in interviews geweest op een toenemend aantal situaties waarin ziekenhuizen en de aldaar werkzame specialisten in loondienst inkomensafspraken maken die zowel een vaste als een variabele component bevatten. Deze variabele component hangt dan onder meer samen met geleverde productie, maar bijvoorbeeld ook met kwaliteit en financiële resultaten. Aan de hand van dergelijke vast-variabele afspraken tracht men in de praktijk een balans te vinden in de prikkelwerking rondom productiviteit, kwaliteit en beheersing.

De huidige bekostiging, het beheersmodel, is in termen van macrobeheersing eveneens als een gemengd systeem te beschouwen: enerzijds worden vrijgevestigde specialisten (en overigens ook ziekenhuizen) geprikkeld om hun omzet te maximeren, terwijl als veiligheidsklep met het oog op macrobeheersing de honorariumomzet van specialisten begrensd is door middel van een instellingsplafond.

Hoe dan ook, de wijze van bekostiging brengt financiële prikkels met zich mee die op hun beurt consequenties kunnen hebben voor de macrobeheersing van het systeem als zodanig. Het is daarom van belang beleidsopties vanuit deze invalshoek tegen het licht te houden.

*De commissie zal de beleidsopties toetsen op het effect op de macrobeheersing van de uitgaven.*

**Toets: effect op de gelijkgerichtheid van belangen van de specialist en het ziekenhuis.**

De traditionele opvatting is dat de Raad van Bestuur van het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering van de instelling en de medisch specialisten voor het verlenen van patiëntenzorg. In de huidige, complexe ziekenhuisomgeving volstaat deze zwart-wit benadering al lang niet meer. Er is veeleer sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid van beide partijen voor het reilen en zeilen van de instelling als geheel. In de praktijk ontstaan op het snijvlak van deze verantwoordelijkheden spanningen, en daarmee complexe vragen over de governance van een ziekenhuis. Voorbeelden van dergelijke vragen zijn: wie bepaalt uiteindelijk welke geneesmiddelen in de instelling gebruikt mogen worden, wie gaat er over de aanschaf van een nieuwe operatie-robot? Deze vragen zijn niet voorbehouden aan instellingen waar alle specialisten in vrije vestiging werkzaam zijn.

Bij dit soort vraagstukken is de achterliggende vraag volgens de commissie: zijn de belangen van Raad van Bestuur en medisch specialisten in voldoende mate gelijk gericht? Dat is een vraag die niet altijd eenvoudig te beantwoorden is. Hij is in elk geval complexer dan de suggestie die wordt gewekt door de oplossing 'alle specialisten moeten verplicht in loondienst'. Er zijn immers allerlei manieren waarop de paralleliteit van belangen van Raad van Bestuur en medisch specialisten gestimuleerd en gewaarborgd kunnen worden, ongeacht de juridische relatie tussen instelling en (collectief van) specialisten. Een aantal van de eerder genoemde nieuwe organisatievormen zijn te beschouwen als een manier waarop die paralleliteit van belangen (én risico's) vormgegeven kunnen worden.

De figuur van de regiomaatschap, een tamelijk recente ontwikkeling, lijkt een samenwerkingsvorm te zijn die maakt dat belangen van individuele instellingen en specialisten juist meer gaan divergeren. Voor regionale samenwerking kunnen legitieme inhoudelijke redenen zijn, zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling naar subspecialisatie en het steeds meer hanteren van minimum-volumenormen voor bepaalde verrichtingen. Toch lijken aan de instelling van een regiomaatschap vooral financiële overwegingen ten grondslag te liggen. Het maken van integrale contractafspraken tussen verzekeraar en instelling wordt erg complex als er een regiomaatschap een rol speelt binnen die instelling. Ook leidt het bestaan van een regiomaatschap tot onduidelijkheid over de vraag wie van deze partijen de feitelijke leiding heeft bij het maken van portfoliokeuzes (i.e. specialisatie en concentratie). Dergelijke onduidelijkheid is onwenselijk. Gelijkgerichtheid van belangen betekent naar de mening van de commissie dat het de Raad van Bestuur van de instelling is die in onderhandeling met de verzekeraar(s) en in nauwe samenwerking met de betrokken medisch specialisten hiervoor eindverantwoordelijk is.

*De commissie zal de beleidsopties toetsen op het effect op de gelijkgerichtheid van de belangen van Raad van Bestuur en medisch specialisten.*

### **3.2 Kwaliteit**

Eerst en vooral wordt de specialist geacht goede zorg te bieden. De specialist is verantwoordelijk voor de door hem te verlenen zorg aan de individuele patiënt en is medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg in de instelling waarin hij werkt. Kwaliteit kent verschillende aspecten. Het begint er mee dat de specialist zich dient te richten op de binnen zijn beroepsgroep geldende professionele standaard. Hieronder wordt verstaan het geheel van overwegingen (richtlijnen, uitkomsten van onderzoek, gedragsregels, wetgeving en dergelijke) dat een specialist geacht wordt bij zijn beoordeling van de gezondheidssituatie van een patiënt te betrekken. De professionele standaard van de specialist bepaalt de inhoud en de grenzen van zijn professionele 'domein', en beïnvloedt daardoor ook zijn relatie met de patiënt. De patiënt mag van de specialist geen interventies verlangen die buiten de professionele standaard vallen. Het is de verantwoordelijkheid van de specialist om op dat punt binnen zijn relatie met de patiënt zo nodig grenzen te stellen.

Gepast gebruik is een ander element van kwaliteit. Het bestaan van ongewenste en onverklaarbare praktijkvariatie, het verschijnsel dat specialisten bij eenzelfde diagnose voor een andere behandeling kiezen, kan een signaal zijn dat sprake is van ongepast gebruik van zorg. Belangrijk is ook dat wordt vermeden dat financiële prikkels overbodige zorg 'uitlokken'. Gepast gebruik kan gestimuleerd worden door het opstellen van

kwaliteitsindicatoren en richtlijnen die niet alleen leidraad vormen voor het handelen van de arts maar ook voor de contractering door verzekeraars<sup>5</sup>.

Kortom, de door de specialist te verlenen zorg moet doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht zijn: effectieve en (ethisch) verantwoorde patiëntenzorg – tegenwoordig ook wel samengevat onder de noemer ‘zinnige en zuinige zorg’. Deze verantwoordelijkheid rust op alle specialisten, ongeacht de aard van hun juridische relatie met het ziekenhuis. Dit alles stelt hoge eisen aan de kennis en vaardigheden die ten grondslag liggen aan het daadwerkelijk medisch handelen door de specialist, die hij in samenwerking levert met collega’s en ondersteunend personeel binnen het verband van een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Zonder volledig te kunnen zijn, vermeldt de commissie een aantal ontwikkelingen die consequenties zullen hebben voor de wijze waarop de specialist goede zorg zal kunnen blijven bieden (zie hiervoor onder andere Projectgroep Medisch Specialist 2015, oktober 2012). Zo vraagt de vergrijzing en de toename van comorbiditeit om onder andere meer coördinatie in de samenwerking tussen specialismen; mensen met een chronische ziekte gebruiken veel en langdurig zorg. Ze bezoeken regelmatig de huisarts of medisch specialist, ze gebruiken veel geneesmiddelen en maken geregeld gebruik van bijvoorbeeld paramedische zorg, thuiszorg of hulpmiddelen. De zorg voor mensen met een chronische ziekte vraagt om een systematische aanpak en een goede organisatie van de zorg. Tegelijkertijd worden bijvoorbeeld pregnante vragen ten aanzien van behandelbeslissingen rondom het levenseinde steeds nadrukkelijker voor het voetlicht gebracht. Ook de toenemende mondigheid van de patiënt en de opkomst van sociale media en ICT leiden tot veranderingen in de maatschappelijke positie van de specialist, maar beïnvloeden evenzeer de individuele dokter-patiënt relatie.

Ten slotte is er onmiskenbaar een steeds grotere behoefte richting meer transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Vanuit verschillende hoeken wordt bepleit om veel meer te sturen op gezondheidsuitkomsten. Noodzakelijke voorwaarde daarvoor is de beschikbaarheid van goede uitkomstindicatoren. Specialist hebben een cruciale rol in de totstandkoming van dergelijke indicatoren, hetgeen ook geldt voor algemene kwaliteitsnormen en zorgstandaarden die nodig zijn om een dergelijke aanpak inhoud te geven. Het proces om daar toe te komen is evenwel lang en zal zich de komende jaren moeten voltrekken.

#### ***Toets: effect op kwaliteit***

Om de zware verantwoordelijkheid voor de kwaliteit te kunnen realiseren is belangrijk dat de specialist de vrijheid heeft om naar eigen inzicht beslissingen te nemen in het medisch belang van zijn patiënt. Dit is wat van oudsher de professionele autonomie van de specialist wordt genoemd: bij het nemen van behandelbeslissingen moet de specialist zich kunnen laten leiden door het medisch belang van de betreffende patiënt. Andere partijen mogen de specialist daarin niet belemmeren. De professionele autonomie is aan de orde op het niveau van de arts-patiënt relatie en kan worden gezien als een element van het bredere begrip professionele verantwoordelijkheid. Dat laatste begrip incorporeert de professionele autonomie van de specialist, maar ook diens verantwoordelijkheid om zich transparant en toetsbaar op te stellen en om een bijdrage te leveren aan het tegengaan van overbodige zorg.

Kwaliteit kan heel wel concreet geoperationaliseerd worden. Zo kent de huidige bekostiging van medisch specialisten de voorwaarde dat 15 tot 25% van het te verdelen honorariummiddelen binnen de instelling variabel wordt verdeeld en specifiek aangewend wordt voor afspraken over onder andere kwaliteit, innovatie en het terugdringen van praktijkvariatie. Dit is – als dit inderdaad in de praktijk wordt toegepast – een voorbeeld van het incorporeren van kwaliteit in de bekostiging.

*De commissie zal de beleidsopties toetsen op het effect op de verantwoordelijkheid van de medisch specialist voor de kwaliteit.*

### **3.3. Toegankelijkheid**

Toegankelijke zorg betekent dat mensen die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening. In de literatuur komt een aantal aspecten steeds terug die samen de toegankelijkheid bepalen en die de toegankelijkheid kunnen beperken, te weten de kosten, de reisafstand, de

---

<sup>5</sup> Zie als concreet voorbeeld hiervan het breed gedragen convenant ‘Gepast gebruik van zorg’ dat diverse organisaties in de zorg in juni 2011 hebben gesloten.

wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en de vraag van burgers. Een tekort aan personeel kan in alle aspecten van toegankelijkheid ingrijpen en problemen veroorzaken, zoals hogere kosten, lacunes in de geografische spreiding, lange wachttijden of minder diversiteit in aanbod. Voldoende beschikbaarheid van personeel is een voorwaarde voor toegankelijkheid.

Het bestaan of ontstaan van wachtlijsten is de meest in het oog springende verschijningsvorm van (on)toegankelijkheid. In het verleden hebben we gezien dat al te strikte (macro)beheersing van de uitgaven aan medisch specialisten gepaard is gegaan met oplopende wachtlijsten.

Het vraagstuk van de toegankelijkheid hangt voorts samen met twee actuele ontwikkelingen: taakherschikking en substitutie. In beide gevallen worden taken verdeeld; bij taakherschikking gaat het doorgaans om taken van medisch specialisten die binnen een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum worden verplaatst naar verpleegkundig specialisten en *physician assistants* en bij substitutie gaat het om verplaatsen van taken van het ziekenhuis naar de huisarts. Taakherschikking kan een bijdrage leveren aan een efficiëntere inzet van de capaciteit van zorg en daarmee van toegankelijkheid doordat anders (en korter) opgeleide professionals routinematige (geprotocollerede) taken en laagcomplexere zorgverlening over nemen van hoger opgeleiden. Belangrijk is wel dat taakherschikking en substitutie de kwaliteit van zorg niet in negatieve zin beïnvloeden. Voorstelbaar is overigens dat taakherschikking en substitutie niet alleen bijdragen aan een betere toegankelijkheid, maar ook aan een betere kwaliteit.

#### ***Toets: effect op toegankelijkheid***

De wijze van beloning van de medisch specialisten kan dus gevolgen hebben voor de toegankelijkheid. Op de kortere termijn kunnen specialisten door de wijze van beloningen worden geprikkeld harder of minder hard te werken (beïnvloeding van de productiviteit) en worden geprikkeld langer of korter te werken (invloed op de arbeidsduur). Op de langere termijn is de beloning van medisch specialisten tevens van invloed op nieuwe aanwas: kiest men wel of niet voor het beroep, al spelen daar natuurlijk ook tal van andere factoren een rol.

*De commissie zal de beleidsopties toetsen op het effect op de toegankelijkheid.*

### **3.4 Realiseerbaarheid, fiscale aspecten en goodwill**

#### ***Toets: realiseerbaarheid***

Niet elke beleidsoptie is van de een op andere dag ingevoerd. Behalve het oplossen van specifieke uitvoeringsvraagstukken gaat daar bijvoorbeeld de formulering en vaststelling van wet- en regelgeving aan vooraf, maar ook draagvlak bij betrokken partijen speelt een belangrijke rol bij de verwachte realiseerbaarheid van beleidsopties. Aan dit alles gaat bovendien nog een fundamentele juridische toets vooraf: de juridische haalbaarheid van beleidsopties is een absolute randvoorwaarde.

De wijze waarop een beleidsoptie zich verhoudt tot het huidige stelsel, is ook van belang. Sinds 2006 hebben opeenvolgende kabinetten van verschillende politieke samenstelling stappen gezet op weg naar een systeem van gereguleerde concurrentie. Dit heeft onder meer vorm gekregen in een geleidelijke afbouw van de budgetsystematiek voor ziekenhuizen. Bekostiging van zorgaanbieders die gekoppeld is aan daadwerkelijk geleverde prestaties vormt de kern van het huidige systeem. De mate waarin een beleidsoptie past bij dit stelsel is medebepalend voor de (termijn van) realiseerbaarheid er van. De commissie heeft in haar gesprekken ervaren dat er in dat verband behoefte is aan 'rust aan het front': geen van de gesprekspartners zit te wachten op grote systeemwijzigingen de komende jaren.

*De commissie zal toetsen of, en zo ja op welke termijn, de beleidsopties realiseerbaar zijn op grond van juridische aspecten, draagvlak in het veld en de mate waarin de opties passen binnen het huidige systeem.*

#### ***Toets: fiscale aspecten en goodwill***

In hoeverre mag er van uitgegaan worden dat bij bepaalde beleidsopties de bestaande fiscale voordelen die nu gekoppeld zijn aan het ondernemerschap voor vrijgevestigd medisch specialisten blijven bestaan? De huidige praktijk van koop en verkoop van goodwill hangt (indirect) samen met het verdienpotentieel van de tot de maatschap toetredende specialist, en dat verdienpotentieel hangt op zijn beurt nauw samen met de fiscale voordelen die zijn verbonden aan het fiscaal ondernemerschap (mits de toetredende door Orde en NVZ vastgestelde Model Toelatingsovereenkomst hanteert). Als deze fiscale voordelen vervallen, of als anderszins

het toekomstige verwachte inkomen van intredende specialisten daalt, daalt de waarde van de goodwill navenant. De vraag is in welke mate dit een probleem is, voor wie dat een probleem is, en of er oplossingen mogelijk zijn.

*De commissie zal toetsen wat de mogelijke gevolgen van de beleidsopties zijn voor de fiscale positie van medisch specialisten en in hoeverre de beleidsopties een goodwillvraagstuk met zich mee brengen.*

## 4. Beleidsopties getoetst

In de vorige hoofdstukken zijn relevante feiten over de medisch specialisten in Nederland en hun relatieve inkomenspositie in vergelijking met het buitenland op een rij gezet. Ook zijn de criteria besproken op grond waarvan beleidsopties gericht op het beheersen van deze inkomens door de commissie worden beoordeeld. In dit hoofdstuk komen de beleidsopties zelf aan de orde en worden deze vervolgens daadwerkelijk getoetst. De commissie inventariseert drie categorieën van beleidsopties. Onder elke categorie kan telkens een aantal individuele maatregelen geschaard worden. Ten eerste worden in paragraaf 4.1 beleidsopties besproken die aangrijpen op het inkomen. In paragraaf 4.2 worden beleidsopties geïnventariseerd die aangrijpen op de arbeidsverhouding en in paragraaf 4.3 beleidsopties die aangrijpen op de bekostiging. In paragraaf 4.4 benoemt de commissie de hoofdlijnen van de toetsbevindingen; een uitgebreide bespreking van deze toetsing is in de bijlage opgenomen.

### 4.1 Beleidsopties die aangrijpen op het inkomen

Onder dit type interventie vallen beleidsopties die een plafond aanbrengen in het individueel door specialisten te verdienen inkomen, maar de wijze waarop het inkomen tot stand komt en de aard van de arbeidsverhouding in principe in stand houden. De commissie voorziet binnen deze categorie drie denkbare maatregelen: inkomensnormering door de overheid, het door de beroepsgroep laten opstellen van een bezoldigingscode en het introduceren van een toptarief in de belasting voor specialisteninkomens.

In het eerste geval, inkomensnormering, bepaalt de overheid bij wet dat medisch specialisten niet meer dan een bepaald maximuminkomen kunnen verdienen. Deze aanpak is enigszins vergelijkbaar met de huidige Wet normering topinkomens (WNT) die overigens wel uitsluitend is gericht op een kleine, specifieke groep medewerkers in loondienst. Qua uitvoering zou het meer voor de hand liggen een separate wet voor de normering van specialisteninkomens op te stellen dan aansluiting te zoeken bij de WNT.

Een tweede denkbare maatregel is dat specialisten zichzelf committeren aan een bepaalde beloningsnorm via een sectorale bezoldigingscode. Dit is vergelijkbaar met de vigerende bezoldigingscode die geldt voor zorgbestuurders. Deze vorm van zelfregulering vergt geen directe overheidsinterventie.

Een derde mogelijkheid is het introduceren van een hoger toptarief inkomstenbelasting voor specialisteninkomens. Specialisteninkomens boven een bepaald niveau zouden in dat geval belast worden met het gewenste hogere tarief (toptarief nu is 52%). Deze maatregel pakt iets anders uit dan de andere twee aangezien er geen sprake is van een absoluut inkomensplafond. In plaats daarvan neemt de marginale opbrengst van meerproductie boven het nieuwe toptarief af en daarmee de financiële prikkel om meer inkomen te genereren.

### 4.2 Beleidsopties die aangrijpen op de arbeidsverhouding

Onder dit type interventie vallen beleidsopties die ingegeven zijn vanuit de gedachte dat de financiële prikkels, en daarmee het te genereren inkomen van vrijgevestigd specialisten, gemitigeerd zouden kunnen worden door de overstap naar een loondienstverband. Een eerste optie is het bij wet verplichten dat alle medisch specialisten in loondienst werkzaam zouden moeten zijn. Daarnaast zijn meer indirecte maatregelen voorstelbaar die vrije vestiging zijn relatief minder aantrekkelijk maakt, zoals het afschaffen of versoberen van de bestaande zelfstandigenaftrek.

Een voorkeur voor een loondienstverband zou ook gemotiveerd kunnen worden door de grotere gelijkgerichtheid van belangen die er van verwacht wordt. Het is echter maar de vraag of dit verband zich daadwerkelijk voordoet. Meer effect mag verwacht worden van combinaties, waarbij bijvoorbeeld een deel van de tijd in loondienst wordt gewerkt en een andere deel in vrije vestiging. Dat kan leiden tot vast-variabele afspraken over het inkomen, met als voordeel dat ook artsen in loondienst dan een prikkel ervaren voor doelmatigheidswinst of extra productie.



Participatie in juridische en financiële zin van specialisten in een instelling is in dat verband ook een interessante oplossingsrichting, die onder meer gestimuleerd zou kunnen worden door een wet die winstuitkering in de curatieve zorg mogelijk zou maken.

### 4.3 Beleidsopties die aangrijpen op de bekostiging

Het bekostigingstype is de basis voor de wijze waarop specialisten hun omzet verkrijgen (vrijgevestigd) of de wijze waarop specialisten omzet genereren voor hun ziekenhuis (loondienst)). Dit gebeurt door middel van het vehikel van declarabele tarieven die geheel of gedeeltelijk door de overheid gereguleerd kunnen worden. Veranderingen in de bekostiging zijn daarmee zeer bepalend voor de totstandkoming van het specialisteninkomen. Hier noemt de commissie vier mogelijkheden om aanpassingen in de bekostiging door te voeren: degressieve tarieven, integrale tarieven, bekostiging met tariefregulering zoals in de periode 2008-2011 en continueren van het beheersmodel.

Bij degressieve tarieven komen tarieven tot stand waarvan de hoogte afneemt met de toename van de productie van de specialist. Een voorbeeld: het honorariumtarief voor bijvoorbeeld de 20<sup>e</sup> verrichting is lager dan het tarief voor de 10<sup>e</sup> verrichting dat lager is dan het tarief voor de 1<sup>e</sup> verrichting. Degressieve tarieven kunnen zowel via overheidsregulering tot stand komen als door onderhandelingen tussen verzekeraar, instelling en medisch specialisten, hetgeen in de praktijk al plaatsvindt, bijvoorbeeld via de eerder gememoreerde praktijk om in de contractering afspraken te maken over aanneemsommen.

Integrale tarieven voor een gezamenlijk DOT-zorgproduct van instelling en medisch specialist behelzen het afschaffen van de bestaande deelregulering van de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten: zowel het bestaande beheersmodel medisch specialisten (honorariumplafonds per instelling) als de door de NZa vastgestelde honorariumtarieven (uurtarief en normtijd) per DOT-zorgproduct worden afgeschaft. In plaats daarvan komen tarieven volledig tot stand in onderhandeling tussen verzekeraars en Raad van Bestuur van de instelling<sup>6</sup>. De Raad van Bestuur van de instelling onderhandelt vervolgens met de specialisten over hun honorarium.

De derde mogelijkheid is het continueren van het huidige beheersmodel, waarbij medisch specialisten een uurtarief vermenigvuldigd met een normtijd declareren binnen DBC, maar nooit meer kunnen declareren dan een door de NZa vooraf bepaald plafond per ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (instellingsplafond).

Ten slotte zou teruggekeerd kunnen worden naar het bekostigingsmodel uit de periode 2008-2011. Medisch specialisten zouden in dat geval een uurtarief vermenigvuldigd met een normtijd binnen een DBC kunnen declareren. Er gelden in dat geval geen instellingsplafonds.

In tabel 2 wordt een overzicht van de beleidsopties naar interventietype weergegeven. Tot op zekere hoogte zijn combinaties van beleidsopties mogelijk, bijvoorbeeld het combineren van prestatiebekostiging met een bezoldigingscode. Ook een zekere opeenvolging in de tijd van beleidsopties kan in de rede liggen. De opname van beleidsopties in deze tabel zegt nog niets over de wenselijkheid of praktische uitvoerbaarheid daarvan. Dit zijn louter ex ante denkbare beleidsopties; pas na toetsing kan de balans worden opgemaakt over de te verwachten effecten van implementatie van een bepaalde beleidsoptie.

Tabel 2. Beleidsopties gerubriceerd naar type interventie

Type interventie	Inkomen	Arbeidsverhouding	Bekostiging
	Inkomensnormering via wet	Specialisten verplicht in loondienst	Bekostiging met tariefregulering 2008-2011
	Belasting	Indirecte maatregelen die aangrijpen op arbeidsverhouding	Degressieve tarieven
	Bezoldigingscode		Continueren beheersmodel Integrale tarieven

<sup>6</sup> Dit geldt voor het vrije segment dat in 2012 ca. 70% van de ziekenhuisomzet bedraagt. In het gereguleerde segment (ca. 15-20%) zal de NZa nog een integraal maximumtarief vaststellen. Onder dit maximumtarief kan vrij onderhandeld worden.

#### 4.4 Hoofdpijnen toetsing beleidsopties

Bij de beoordeling van het type beleidsopties dat aangrijpt op het inkomen constateert de commissie dat de mogelijkheden om van overheidswege direct in te grijpen op het inkomen beperkt zijn of weinig effect sorteren. De realiseerbaarheid van wettelijke inkomensnormering specifiek voor specialisten wordt door de commissie op juridische gronden en op grond van uitvoerbaarheid op nihil ingeschat. Ook het introduceren van een specifiek topbelastingtarief voor inkomens verdiend door medisch specialisten lijkt (juridisch) haalbaar noch uitvoerbaar, noch te verdedigen op grond van het gelijkheidsbeginsel.

De introductie van een bezoldigingscode heeft in het algemeen pas op langere termijn effect (geldt alleen voor de nieuwe 'gevallen'). Niettemin kan er wel enig matigend effect van uitgaan en kunnen excessen transparant worden. Het is zeer wel denkbaar dat de beroepsgroep het initiatief neemt tot zo'n bezoldigingscode. Als zelfstandige maatregel verwacht de commissie er slechts een bescheiden effect van.

Direct ingrijpen in de inkomens zal volgens de commissie hoe dan ook niet bijdragen aan het bredere beheersingsvraagstuk waar de curatieve zorg zich voor gesteld ziet. Behalve de juridische onhaalbaarheid, de moeilijke uitvoerbaarheid en het geringe te verwachten effect plaatst de commissie bovenal vraagtekens bij de wenselijkheid van zo'n rigide aanpak. Maatwerk en innovatief handelen op decentraal niveau worden in feite op voorhand sterk ingeperkt, terwijl dergelijk gedrag juist nodig zal zijn om gepast gebruik, transparantie en verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg te bevorderen.

Dan de maatregelen die aangrijpen op de arbeidsverhouding. Behalve dat een verplichting om in loondienst te gaan werken juridisch niet haalbaar is, is de commissie ook hier van mening dat een dergelijke rigide maatregel onvoldoende recht doet aan de dynamiek van de praktijk van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en het maatwerk dat op de werkvloer wordt gevraagd. Er kunnen diverse inhoudelijk legitieme redenen zijn om te kiezen voor loondienst dan wel vrije vestiging; het past de overheid niet om daar centraal voor alle specialisten eenmalig een definitieve keuze in te maken. Wel acht de commissie het wenselijk dat financiële overwegingen minder bepalend zijn bij de keuze tussen vrije vestiging en loondienst dan nu soms het geval is. Wat dat betreft zijn indirecte maatregelen de moeite van het overwegen waard, zoals een beperking van de fiscale voordelen van vrije vestiging. Afschaffen of versoberen van de zelfstandigenaftrek is in dit verband een denkbare maatregel, hoewel er geen groot effect van mag worden verwacht. Dergelijke fiscale maatregelen kunnen niet uitsluitend voor medisch specialisten worden genomen.

Naar de mening van de commissie is het cruciaal dat de belangen van instelling en specialisten zoveel mogelijk gelijk gericht worden. Dat zou onder meer bewerkstelligd kunnen worden door participatie van specialisten in juridische en financiële zin in een instelling. De commissie stelt op basis van gevoerde interviews vast dat voor het stimuleren van dergelijke verbanden nieuwe wetgeving die winstuitkering mogelijk zou maken niet noodzakelijk is. Ook vast-variabele afspraken tussen instelling en specialisten over het inkomen zullen een positief effect hebben op de gelijkgerichtheid van belangen.

De commissie merkt hier op dat de recente ontwikkeling naar regionaal georganiseerde, instellingsoverstijgende maatschappen er toe kan leiden dat belangen van instelling en specialisten juist gaan divergeren. Dat acht de commissie zeer onwenselijk, gezien ook langere termijn trends rondom concentratie van de ziekenhuiszorg en verplaatsing van zorg naar de eerste lijn. Het komt de commissie voor dat, hoewel regionale samenwerking tussen specialisten op zichzelf valt toe te juichen, de figuur van de regiomaatschap vooral wordt gedreven door financiële overwegingen. 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 derde categorie maatregelen grijpt aan bij de bekostiging. Een terugkeer naar de bekostiging met tariefregulering uit de periode 2008-2011 wijst de commissie af. Het belangrijkste nadeel van dit systeem is dat het altijd voor specialisten de prikkel in zich zal dragen om meer te produceren. De belangen van de instelling (die een prijs afsprekt met verzekeraars voor het ziekenhuisdeel) en de specialist (die op basis van een min of meer vast honorariumtarief per behandeling werkt) liggen daarbij niet altijd parallel, hetgeen de totstandkoming van evenwichtige tarieven niet bevordert. De effectiviteit in termen van het beheersen van het

individuele inkomen van de specialist en in termen van de beheersing van de macro zorguitgaven is daarmee gering tot afwezig.

De introductie van degressieve tarieven door de overheid zal naar het oordeel van de commissie weinig opleveren in termen van inkomensmatiging en kostenbeheersing. De uitvoerbaarheid van deze maatregel is qua regulering uitermate complex en het zal de registratielast fors verzwaren. Ten slotte zijn verzekeraars, instellingen en specialisten heel wel in staat om zelf degressieve tarieven af te spreken.

Diverse partijen hebben de commissie gemeld dat met de diverse tariefmaatregelen sinds 2010 en vervolgens onder het huidige beheersmodel de inkomens van medisch specialisten al stevig neerwaarts zijn bijgesteld en dat inkomensexcessen inmiddels ten minste flink zijn verminderd. Het beheersmodel lijkt in dit opzicht een effectief instrument, al werkt het nog te kort om een eindoordeel te kunnen vellen. Tegelijkertijd kent het beheersmodel ook een aantal evidente nadelen. Het is niet erg flexibel, het beperkt de dynamiek en het is zeer complex in de uitvoering. Alles afwegend kan de commissie zich wel voorstellen dat het beheersmodel met een aantal aanpassingen gebruikt kan blijven worden in de aanloop naar een meer structurele maatregel.

De commissie verwacht op lange termijn het meest van de invoering van (vrije) integrale tarieven. Er is ook al afgesproken tussen de Orde van Medisch Specialisten (Orde), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de minister van VWS dat dit per 2015 zijn beslag krijgt. Deze maatregel scoort goed op met name de toetsingscriteria macrobeheersing en kwaliteit. Daarnaast doet deze maatregel recht aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De commissie acht het van groot belang 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.

#### *Alles afwegend...*

Vanwege de positieve impact die invoering van het beheersmodel inmiddels heeft gehad en met het oog op een gedegen voorbereiding op de invoering van integrale tarieven acht de commissie het wenselijk het beheersmodel te blijven hanteren in aanloop naar de invoering van integrale tarieven. Gezien de ruimte voor inkomensmatiging die nog resteert na invoering van het beheersmodel met ingang van 2012 zou de commissie zich kunnen voorstellen dat er verdere aanpassingen worden gedaan aan de cijfermatige veronderstellingen die aan het beheersmodel ten grondslag hebben gelegen, zoals bijvoorbeeld het aanpassen van de normomzet cq. het geldende macrokader.

De commissie ziet invoering van integrale tarieven als een beloftevol perspectief met het oog op macrobeheersing en kwaliteit. Eventuele risico's met betrekking tot de governance (zijn Raden van Bestuur van specialisten voldoende geëquipeerd voor het voeren van productieve onderhandelingen?) kunnen onder meer worden ondervangen door een actieve inkooprol en tegenkracht van de verzekeraar. Bovendien kunnen partijen in dat verband ervaring opdoen onder het huidige beheersmodel, waarin instelling en specialisten al geacht worden afspraken te maken over de honorering onder een plafond. Door de inkomens onder het beheersmodel in aanloop naar invoering van integrale tarieven verder te matigen wordt tevens een solide fundament gelegd voor een beheerste inkomensvorming in deze nieuwe constellatie.

Een ander belangrijk aandachtspunt bij de invoering van integrale tarieven zijn de gevolgen voor de goodwill. Hoewel er geen sprake is van een één-op-één relatie zal een grote groep specialisten onder integrale tarieven er voor kiezen om over te stappen naar loondienst. Deze beweging, die kan worden geplaatst binnen de reeds bestaande trend richting loondienst, zal op zijn minst gepaard gaan met een flinke waardedaling van de goodwill waar vrijgevestigd specialisten doorgaans een lening voor hebben afgesloten teneinde zich in te kopen in een maatschap.

Naar de mening van de commissie is dit een transitievraagstuk. Bij het aanpakken van dat vraagstuk is bovendien maatwerk geboden; specifieke groepen binnen de specialistenpopulatie zullen op verschillende wijze worden geraakt door een waardedaling van de goodwill: een jonge specialist die net een lening ter hoogte van een jaaromzet heeft afgesloten waarvan de onderliggende waarde zal dalen heeft hier nu eenmaal meer last van dan een specialist die 20 jaar aan het werk is, inmiddels zijn lening heeft afgelost en zich heeft kunnen voorbereiden op een eventuele toekomstige waardedaling van de goodwill.

Om die reden is de commissie van mening dat dit transitievraagstuk primair in individueel overleg tussen verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten opgelost zou moeten worden,

Het succesvol aanpakken van het goodwillvraagstuk richting 2015 heeft als bijkomend voordeel dat in de toekomst ruimte voor medisch specialisten zou kunnen worden geboden om veel meer differentiatie in beloning aan te brengen dan nu het geval is, onder meer langs lijnen van senioriteit en ervaring. Een beloning die ook meer dan nu geschoeid zal kunnen worden op vast-variabele afspraken rondom productie, kwaliteit en transparantie.

## Bijlage 1    Uitgebreide beschrijving toets beleidsopties

### 1. Type interventie: inkomen

Bij dit type interventie blijven bekostigingsmodel en arbeidsverhouding ongewijzigd en wordt het inkomen van een medisch specialist beperkt tot een bepaald maximum (ongeacht de wijze waarop dat verkregen wordt).

#### Beleids optie: wettelijke inkomensnormering

Bij deze beleidsoptie bepaalt de overheid bij wet dat medisch specialisten niet meer dan een bepaald maximuminkomen kunnen verdienen.

#### *Toets op inkomen*

Als het uitvoerbaar en afdwingbaar is dan leidt deze optie inderdaad tot een bijstelling van het inkomen. Het is evenwel sterk de vraag of aan deze voorwaarden kan worden voldaan. Verder is niet ondenkbaar dat er manieren zijn waarop dit in te stellen plafond in individuele gevallen kan worden ontweken. Met name voor vrijgevestigd specialisten zijn er diverse boekhoudkundige mogelijkheden om het inkomen te beïnvloeden.

#### *Macrobeheersing*

Ook voor de macrobeheersing geldt dat de uitvoerbaarheid en afdwingbaarheid van een dergelijke inkomensnormering een belangrijke randvoorwaarde is. Indien aan deze voorwaarden wordt voldaan is in principe sprake van een verminderde productieprikkel, waardoor in elk geval het honorariumdeel van de uitgaven in aanleg beter beheerst kan worden.

#### *Kwaliteit*

Onder een centrale inkomensnormering neemt wellicht de ruimte af voor instelling en specialist om variabele inkomensafspraken gerelateerd aan kwaliteit te maken.

#### *Toegankelijkheid*

Het instellen van een wettelijke inkomensnormering kan via de verminderde productieprikkel betekenen dat de kans op onderbehandeling en langere wachttijden toenemen.

#### *Governance instelling*

Door het instellen van een wettelijk verankerde inkomensnormering wordt de discussie over specialisteninkomens voor een groot deel buiten de instelling geplaatst, hetgeen de samenwerking intern mogelijk vereenvoudigt. Bovendien is er onder centrale inkomensnormering voor een medisch specialist in financiële termen weinig meer te winnen met een overstap naar een ander ziekenhuis. Tegelijkertijd leidt de afgenomen productieprikkel mogelijk tot minder paralleliteit van belangen tussen ziekenhuis en medisch specialist, bijvoorbeeld als de medisch specialist een prikkel heeft om minder productie te leveren dan het ziekenhuis heeft afgesproken met de verzekeraar.

#### *Realiseerbaarheid*

Deze beleidsoptie is enigszins vergelijkbaar met de huidige Wet normering topinkomens (WNT) die overigens wel gericht is op topfunctionarissen, een kleine, specifieke groep medewerkers in loondienst. Qua uitvoering zou het meer voor de hand liggen een separate wet voor de normering van specialisteninkomens op te stellen dan aansluiting te zoeken bij de WNT.

Op grond van juridische overwegingen is zo'n normering alleen mogelijk voor specialisten in loondienst, onder meer vanwege het feit dat het uiterst ingewikkeld is om bij vrijgevestigden het inkomen vast te stellen. In de jaren tachtig is met weinig succes getracht om via wetgeving de inkomens van individuele specialisten te normeren. De hiertoe strekkende wetgeving heeft uiteindelijk geen stand gehouden bij de rechter en is begin jaren negentig door de regering ingetrokken.

Normering van inkomens van specialisten in loondienst zou diverse vragen oproepen, te beginnen met de vraag: is er een dwingende reden om in te grijpen in het bestaande loongebouw zoals betrokken partijen hebben afgesproken in de CAO? Uit het SEO-onderzoek blijkt dat de gemiddelde inkomens van specialisten in loondienst internationaal in de pas lopen. Een van de aanvullende vragen is welke organisatie naleving van het vastgestelde maximuminkomen effectief zou moeten gaan handhaven.

Theoretisch is nog denkbaar om individuele specialisteninkomens te reguleren door middel van omzetplafonds per vrijgevestigd medisch specialist. Dit is een variant op de huidige bekostiging (het beheersmodel) die omzetplafonds per instelling kent. Een dergelijke aanpak is administratief enorm complex, een aantal ordes complexer dan het huidige beheersmodel. Zo zal de NZa in dat geval ca. 6.800 omzetplafonds op basis van historische realisaties moeten vaststellen (zowel voorlopig als definitief, op grond van de contractering door verzekeraars). Bovendien biedt de Wet Marktordening Gezondheidszorg op dit moment niet de ruimte om via de tariefstelling inkomensbeleid op individueel niveau te voeren.

#### *Fiscale consequenties en goodwill*

Een succesvolle maximering van het inkomen zal een drukkend effect hebben op de hoogte van de goodwill, aangezien de hoogte van de goodwill onder andere afhankelijk is van de hoogte van de te verwachten (jaar)omzet per maat van een maatschap. Continuering van het fiscaal ondernemerschap is onder deze beleids optie geborgd.

#### *Conclusie*

De commissie concludeert dat de realiseerbaarheid van deze optie op nihil moet worden ingeschat.

#### **Beleids optie: bezoldigingscode**

Specialisten committeren zich in deze beleids optie aan eigen beloningsnormen, te vergelijken met de huidige bezoldigingscode van zorgbestuurders.

#### *Toets op inkomen*

Bezoldigingscodes hebben behalve de toegevoegde waarde van transparantie en normering een behoorlijk vrijblijvend karakter, en beperken zich doorgaans tot de normering van nieuwe contracten. Het is daarmee de vraag of deze beleids optie veel effect zal sorteren; wellicht zullen echte uitbijters cq. excessen minder vaak gaan voorkomen. In de praktijk zijn gevallen bekend waarbij maatschappelijke druk ervoor heeft gezorgd dat individuele hoge inkomens zijn teruggebracht, bijvoorbeeld door het vrijwillig retourneren van een bonus.

#### *Macrobeheersing*

Deze beleids optie heeft waarschijnlijk niet of nauwelijks effect op de macrobeheersing, aangezien er – bij een gelijk blijvende bekostiging – niets verandert aan bestaande productieprikkelers.

#### *Kwaliteit*

Onder inkomensnormering, ook in de vorm van een algemeen aanvaarde bezoldigingscode, neemt de mogelijkheid af voor instelling en specialist om variabele inkomensafspraken gerelateerd aan kwaliteit te maken. Denkbaar is wel dat kwaliteit uitdrukkelijk geïncorporeerd wordt in de door de beroepsgroep op te stellen code.

#### *Toegankelijkheid*

Gelijk aan wettelijke inkomensnormering, voor zover de bezoldigingscode daadwerkelijk effect sorteert.

#### *Governance instelling*

Door het opstellen van een algemeen aanvaarde bezoldigingscode wordt de discussie over specialisteninkomens enigermate buiten de instelling geplaatst, hetgeen de samenwerking intern mogelijk vereenvoudigt.

#### *Realiseerbaarheid*

Deze vorm van zelfregulering vergt geen directe overheidsinterventie. Een bezoldigingscode is op zichzelf goed realiseerbaar, maar handhaving is niet per definitie verzekerd.

Bij vrijgevestigden is het uiterst complex om de inkomens vast te stellen, bijvoorbeeld in het geval van specialisten die een BV-vorm hanteren.

#### *Fiscale consequenties en goodwill*

Maximering van het inkomen als gevolg van een bezoldigingscode kan een drukkend hebben op de hoogte van de goodwill, aangezien de hoogte van de goodwill doorgaans afhankelijk is van de hoogte van de (jaar)omzet van een praktijk. Of dit effect plaatsvindt is afhankelijk van het daadwerkelijk implementeren van deze

bezoldigingscode in de praktijk. Continuering van het fiscaal ondernemerschap lijkt onder deze beleids optie geborgd.

#### *Conclusie*

De commissie concludeert dat deze beleids optie een bijdrage zou kunnen leveren aan normering, maar verwacht een zeer bescheiden matigend effect op de hoogte van de inkomens.

#### **Beleids optie: belastingtarief medisch specialisten**

Deze beleids optie behelst het introduceren van een hoger toptarief inkomstenbelasting voor specialisteninkomens. Specialisteninkomens boven een bepaald niveau zouden in dat geval belast worden met het gewenste hogere tarief.

#### *Toets op inkomen*

Als het uitvoerbaar en afdwingbaar is dan heeft deze optie inderdaad enig effect op het inkomen van medisch specialisten, hoewel vermoedelijk aanzienlijk minder sterk dan de andere beleids opties die op het inkomen aangrijpen. Het is evenwel sterk de vraag of aan deze voorwaarden kan worden voldaan.

#### *Macrobeheersing*

Ook voor de macrobeheersing geldt dat de uitvoerbaarheid en afdwingbaarheid van een dergelijke inkomensnormering een belangrijke randvoorwaarde is. De productieprikkel neemt iets af ten opzichte van de huidige situatie omdat de marginale opbrengst van meerproductie lager is. Het effect is waarschijnlijk zeer beperkt.

#### *Kwaliteit*

Op voorhand lijkt van deze beleids optie geen positief dan wel negatief effect op de kwaliteit uit te gaan.

#### *Toegankelijkheid*

Deze beleids optie zal waarschijnlijk geen significant effect hebben op de toegankelijkheid.

#### *Governance instelling*

Aangezien uitsluitend de marginale opbrengst van meerproductie afneemt en bekostiging en arbeidsverhouding verder niet wijzigen is er naar verwachting geen significant effect op de governance.

#### *Realiseerbaarheid*

Een toptarief in de belastingheffing voor een specifieke groep personen, in dit geval uitsluitend voor medisch specialisten, is niet mogelijk vanuit het oogpunt van gelijke behandeling. Bovendien zou introductie van zo'n heffing een opwaarts effect kunnen hebben in onderhandelingen over vergoedingen, doordat daarbij de netto uitkomst bepalend wordt gemaakt.

#### *Fiscale consequenties en goodwill*

Deze optie zal naar verwachting geen effecten hebben voor de fiscale duiding van de arbeidsverhouding (loondienst of ondernemer). Als de netto inkomens inderdaad zullen dalen, dan daalt de waarde van de goodwill naar verwachting navenant.

#### *Conclusie*

Deze maatregel pakt anders uit dan de bezoldigingscode en wettelijke inkomensnormering, aangezien er geen sprake is van een hard inkomensplafond. In plaats daarvan neemt de marginale opbrengst van omzet boven de belastinggrens af, hetgeen beperkte inkomenseffecten met zich mee zou kunnen brengen. Het introduceren van een belastingtarief specifiek voor medisch specialisten acht de commissie evenwel niet realiseerbaar.

## **2. Type interventie: arbeidsverhouding**

Bij dit type interventie blijft het bekostigingsmodel ongewijzigd, is geen sprake van directe inkomensnormering en wordt een maatregel genomen die effect heeft op de arbeidsverhouding tussen specialist en instelling.

### **Beleids optie: specialisten verplicht in loondienst**

Met deze optie wordt wettelijk verankerd dat medisch specialisten enkel op basis van een arbeidsovereenkomst in een instelling werkzaam mogen zijn.

#### *Toets op inkomen*

Bij deze optie geldt dat een mogelijk effect op inkomen vooral afhankelijk is van de uitvoerbaarheid en afdwingbaarheid. Het is evenwel sterk de vraag of aan deze voorwaarden wordt voldaan. Vervolgens is de vraag relevant of het in loondienst betrekken van een medisch specialist daadwerkelijk het inkomen van die individuele medisch specialist verlaagt. Voor een medisch specialist met arbeidsovereenkomst zijn de verschillende CAO's dan van belang. Het is op voorhand niet te zeggen wat de uitkomsten van de loononderhandelingen op individueel niveau zijn. Waarschijnlijk zullen de inkomens per saldo enigszins dalen, maar het is niet ondenkbaar dat vrijgevestigd medisch specialisten die door middel van deze maatregel een arbeidsovereenkomst zouden moeten sluiten in loononderhandelingen op eenzelfde netto inkomen aansturen.

#### *Macrobeheersing*

Ook de macrobeheersing bij deze maatregel is afhankelijk van bovengenoemde uitkomsten op individueel niveau, van alle medisch specialisten tezamen.

#### *Kwaliteit*

De commissie acht het op voorhand moeilijk vast te stellen dat de kwaliteit van de geleverde zorg sterk afhankelijk is van het vrijgevestigd dan wel in loondienst zijn van een medisch specialist. Evident is dat deze twee groepen verschillende prikkels hebben, maar dit lijkt op zichzelf geen reden waarom een van beiden betere zorg zou leveren. Zowel binnen een loondienstconstructie als een overeenkomst met een vrijgevestigd medisch specialist kunnen kwaliteitsafspraken worden gemaakt.

#### *Toegankelijkheid*

Het verplicht in loondienst nemen van specialisten leidt op korte termijn in principe tot volumebeperking en daardoor waarschijnlijk tot wachtlijsten en mogelijk onderbehandeling.

Het effect op de toegankelijkheid zal afhankelijk zijn van het type loonafspraken dat de medisch specialist maakt met het betreffende ziekenhuis. Diverse loonafspraken zijn mogelijk, zoals onder andere afspraken over een vast inkomensdeel, productieafspraken en kwaliteitsafspraken.

#### *Governance instelling*

Het verplichten van een arbeidsovereenkomst plaats de medisch specialisten formeel gezien in een gezagsverhouding met het ziekenhuis. Op de (aan)sturing van de organisatie door het ziekenhuis wordt doorgaans een positief effect verwacht, maar de praktijkervaringen daaromtrent zijn niet eenduidig. Wel is het zo dat door de afgenomen productieprikkel de belangen van het ziekenhuis en de medisch specialist meer uit de pas gaan lopen. Dit zou de instelling kunnen oplossen door prikkels in de beloning in te bouwen.

#### *Realiseerbaarheid*

Werken in loondienst houdt in dat er een arbeidsovereenkomst wordt gesloten tussen een specialist en zijn werkgever. Kenmerk van een overeenkomst en derhalve ook van een arbeidsovereenkomst, is de contractsvrijheid. Dat wil zeggen dat partijen er al dan niet voor kunnen kiezen een overeenkomst te sluiten. De contractsvrijheid is een zo wezenlijk beginsel van het overeenkomstenrecht, dat een wet die zou regelen dat alle specialisten vanaf aan bepaalde datum op arbeidsovereenkomst werkzaam zijn bij – bijvoorbeeld – het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum waar ze tot dan toe het meest voor werkten, niet goed denkbaar is. Om dezelfde reden is het niet goed denkbaar dat de wetgever twee private partijen verplicht om een arbeidsovereenkomst met elkaar te sluiten. Kortom, de overheid kan niet rechtstreeks bewerkstelligen dat specialisten in loondienst werken.

#### *Fiscale consequenties en goodwill*

Het wettelijk afdwingen van het sluiten van een arbeidsovereenkomst tussen medisch specialisten en instellingen betekent dat fiscaal ondernemerschap voor medisch specialisten niet meer mogelijk is. Aangezien



de goodwill nauw samenhangt met de fiscale voordelen die gekoppeld zijn aan het fiscaal ondernemerschap betekent dit feitelijk dat de waarde van de individuele goodwill naar nul wordt gereduceerd.

#### *Conclusie*

Het wettelijk verplichten tot een arbeidsovereenkomst voor alle medisch specialisten acht de commissie juridisch onhaalbaar. Overigens merkt de commissie op dat ook in een loondienstverband vast-variabele afspraken over inkomen, productie en kwaliteit mogelijk zijn.

#### **Beleids optie: indirecte maatregelen arbeidsverhouding**

In dit verband zou overwogen kunnen worden om de huidige fiscale voordelen, in het bijzonder de zelfstandigenaftrek, die vrijgevestigde specialisten genieten te versoberen dan wel af te schaffen.

#### *Toets op inkomen*

Deze maatregel veronderstelt dat vermindering van het verschil in honorarium leidt tot een toename van het aantal specialisten in loondienst en daarmee per saldo inkomensverlaging. De vraag is of dit verband in de praktijk daadwerkelijk op zal gaan, te meer omdat het om relatief kleine bedragen gaat (netto effect zelfstandigenaftrek circa 3.800 euro; zie verder).

#### *Macrobeheersing*

Het effect op de macrobeheersing is waarschijnlijk zeer beperkt.

#### *Kwaliteit*

Net als bij het verplicht in loondienst betrekken van medisch specialisten acht de commissie het op voorhand moeilijk vast te stellen dat de kwaliteit van de geleverde zorg sterk afhankelijk is van het vrijgevestigd dan wel in loondienst zijn van een medisch specialist. Evident is dat deze twee groepen verschillende prikkels hebben, maar dit lijkt op zichzelf geen reden waarom een van beide betere zorg zou leveren. Zowel binnen een loondienstconstructie als een overeenkomst met een vrijgevestigd medisch specialist kunnen kwaliteitsafspraken worden gemaakt.

#### *Toegankelijkheid*

Gezien de geringe bedragen is het effect op het aantal specialisten dat voor een loondienstverband opteert waarschijnlijk zeer klein. Daarmee is het effect op de macrobeheersing ook waarschijnlijk zeer beperkt.

#### *Governance instelling*

Gezien de geringe bedragen is het effect op het aantal specialisten dat voor een loondienstverband opteert waarschijnlijk zeer klein. Daarmee is het effect op de governance waarschijnlijk ook zeer beperkt.

#### *Realiseerbaarheid: beperken fiscale voordelen*

Vrijgevestigd specialisten betalen, net als andere groepen zelfstandigen minder belasting dan werknemers als gevolg van (onder meer) de MKB-winstvrijstelling en de zelfstandigenaftrek. Het CPB concludeert in zijn Policy brief 2012/02 dat in het algemeen de MKB-winstvrijstelling wel is te rechtvaardigen op economische gronden, maar de zelfstandigenaftrek niet. De MKB-winstvrijstelling vermindert volgens het CPB verstoringen bij de keuze van rechtsvorm van ondernemingen en moedigt zelfstandigen aan om meer winst te maken. Het CPB stelt dat een groep mensen kiest voor de zelfstandige status vanwege de fiscale voordelen en niet zozeer omdat ondernemen hen beter afgaat dan werken in loondienst. Op basis van inzichten uit de literatuur blijkt dat voor een zelfstandigenaftrek in zijn huidige generieke vorm geen economische ratio bestaat.

Afschaffing of versobering van de zelfstandigenaftrek zou voor medisch specialisten de beslissing om in loondienst te gaan werken of als vrijgevestigd specialist te opereren minder afhankelijk kunnen maken van fiscale overwegingen. Een dergelijke maatregel zou naar zijn aard niet beperkt kunnen worden tot alleen vrijgevestigd specialisten en zou voor alle fiscaal ondernemers moeten gelden<sup>7</sup>, maar het CPB volgend ligt een algemene maatregel economisch gezien wellicht in de rede. Het effect van zo'n maatregel is bij medisch specialisten overigens beperkt: van de ongeveer 17.500 euro netto voordeel uit fiscale faciliteiten vloeit slechts circa 3.800 euro voort uit de zelfstandigenaftrek, de rest vloeit voort uit de MKB-winstvrijstelling. Ofwel, deze maatregel zal – hoewel te beschouwen als no regret-optie – vermoedelijk weinig effect sorteren.

---

<sup>7</sup> Dit geldt vanzelfsprekend ook voor maatregelen die zouden aangrijpen op andere fiscale voordelen die medisch specialisten en fiscaal ondernemers in het algemeen genieten.

*Fiscale consequenties en goodwill*

Indirecte maatregelen die vrije vestiging in financiële zin minder aantrekkelijk maken hebben per definitie een negatief effect op de waarde van de goodwill. Indirecte maatregelen hebben niet direct consequenties voor de fiscale positie van vrijgevestigd medisch specialisten, zij het dat de voordelen ervan kleiner worden.

*Conclusie*

De commissie verwacht geen betekenisvol effect van het versoberen dan wel afschaffen van fiscale voordelen.

### **3. Type interventie: tarieven**

#### **Beleids optie: continueren beheersmodel**

Onder het huidige beheersmodel declareren vrijgevestigde medisch specialisten een uurtarief vermenigvuldigd met een normtijd binnen een DBC, maar men kan nooit meer declareren dan een door de NZa vooraf bepaald plafond per ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (instellingsplafond). Dit plafond is overigens geen omzetgarantie; het moet 'gevuuld' worden met declaraties. Het is dus denkbaar dat een plafond van een individuele instelling niet volledig wordt benut. Het instellingsplafond is beperkt flexibel, afhankelijk van productieafspraken met verzekeraars. In 2012 bedroeg deze schuifruimte 3,2% van het totale macrobudget van ongeveer 2 miljard euro.

#### *Toets op inkomen*

Aan het huidige beheersmodel liggen twee variabelen ten grondslag: het beschikbare macrokader en het aantal vrijgevestigde specialisten. Hieruit kan een normomzet van ongeveer 270.000 euro worden afgeleid. Afhankelijk van afspraken tussen maatschap en Raad van Bestuur kan de uiteindelijke omzet van een individuele specialist hoger of lager uit komen, maar de bandbreedte is beperkt. Immers, binnen een instelling zijn alle specialisten gebonden aan één plafond. Aanpassingen van de normomzet in dit model zijn derhalve behoorlijk bepalend voor de daadwerkelijk te realiseren inkomens van specialisten.

#### *Macrobeheersing*

Het voornaamste voordeel van het continueren van het beheersmodel medisch specialisten is dat de overheid een aanvullend instrument behoudt waarmee aan de voorkant gestuurd kan worden op macrobeheersbaarheid. Dat biedt zekerheid, maar daar staan belangrijke nadelen tegenover, namelijk de zeer beperkte flexibiliteit en dynamiek van het model. Het langer behouden van het beheersmodel kan ertoe leiden dat de beheersing van de kosten door de ziekenhuisbestuurders met in het verlengde daarvan selectieve zorginkoop door de zorgverzekeraars wordt belemmerd, hetgeen deels zou kunnen worden ondervangen door een forse vergroting van de schuifruimte.

#### *Kwaliteit*

Vanwege de beperkte flexibiliteit en dynamiek gaan er weinig prikkels voor verhoging van de kwaliteit uit van dit model.

#### *Toegankelijkheid*

Het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten in een individuele instelling heeft onder het beheersmodel een prikkel om het plafond vol te maken en niet meer dan dat. Voor meerproductie boven het plafond ontvangt men immers geen honorarium. De productieprikkel wordt daarmee afgetopt. Deze volumebeperking geeft een zeker risico op onderbehandeling en leidt mogelijk tot langere wachttijden.

#### *Governance instelling*

Gegeven de afgetopte productieprikkel kunnen de belangen van ziekenhuis en medisch specialist uit elkaar gaan lopen, bijvoorbeeld in het geval dat de specialist het instellingsplafond in begin december van het lopende jaar heeft bereikt, terwijl het ziekenhuis nog wel ruimte heeft om zorg te leveren binnen de gemaakte afspraken met de verzekeraar. Door de van overheidswege vastgestelde instellingsplafonds is er beperkt ruimte voor ziekenhuis en specialist om deze situatie te ondervangen aan de hand van vast-variabele afspraken

#### *Realiseerbaarheid*

Het beheersmodel is het vigerende bekostigingsmodel en is in termen van wet- en regelgeving betrekkelijk eenvoudig te continueren. Niettemin is het beheersmodel en de hiermee gepaard gaande (deel)regulering een administratief complex geheel, waarbij instellingen en NZa vele handelingen moeten verrichten in het kader van het vaststellen van het honorariumplafond. Deze complexiteit heeft in de praktijk al tot een aantal vraagstukken geleid. Een voorbeeld is dat als een ziekenhuis met een maatschap afsprekt dat de specialisten beter in loondienst kunnen komen, dit betekent dat op een of andere manier geregeld moet worden dat het bijbehorende honorarium aan de ziekenhuiskostenkant toegevoegd wordt. De overheid moet dan (in de huidige situatie) bijvoorbeeld het kader aanpassen. Of omgekeerd kan het betekenen dat een instelling zich genoodzaakt voelt om specialisten in loondienst te nemen omdat het honorarium via de omzetplafonds niet verworven kan worden.

De inflexibiliteit van het model wordt geïllustreerd door het gegeven dat inherent aan het beheersmodel is dat de overheid (i.c. de NZa) op een gegeven moment de honorariumplafonds voor het betreffende jaar moet gaan vaststellen. Dit betekent onherroepelijk dat er een datum is in het lopende jaar waarna verschuivingen in productie niet meer kunnen worden toegewezen. Hiermee hangt samen het probleem van het niet mee kunnen nemen van honorariumbudget door individuele specialisten of maatschappen die gedurende het jaar overstappen van de ene naar de andere instelling.

#### *Fiscale consequenties en goodwill*

De fiscale positie van medisch specialisten is door de fiscale 'ruling' van het Ministerie van Financiën van 1 november 2011 geborgd onder het huidige beheersmodel, voor alle medisch specialisten die 'via' het ziekenhuis declareren aan patiënten en verzekeraars. Het continueren van het beheersmodel verandert hier in principe niets aan.

Van een verdere matiging van het macrokader in het beheersmodel, en daardoor matiging van de honorariumplafonds, mag wel een negatief effect worden verwacht op de hoogte van de goodwill.

#### *Conclusie*

Het continueren van het huidige beheersmodel medisch specialisten is zeer goed realiseerbaar. De macrobeheersing is de voornaamste kracht van dit model, met als bijkomend voordeel de mogelijkheid van een behoorlijk strakke sturing op de normomzet van vrijgevestigd specialisten. Vanwege de beperkte flexibiliteit, dynamiek en administratieve complexiteit is dit model bij uitstek geschikt als transitie-model.

#### **Beleids optie: bekostiging met tariefregulering uit de periode 2008-2011**

In dit model wordt terug gegaan naar het systeem van honorering zoals dat werkte van 2008 tot en met 2011: honorariumtarieven per DOT-zorgproduct. Gezien de risico's van dit model ligt het in de rede om vooraf de tarieven en/of de normtijden te beperken.

#### *Toets op inkomen*

Door de inherente sterke volume prikkel is beheersing van inkomens in dit systeem niet eenvoudig. Door het bestaan van gereguleerde honorariumtarieven kan nog wel achteraf door de overheid generiek worden ingegrepen in de inkomens van medisch specialisten door deze tarieven lager vast te stellen.

#### *Macrobeheersing*

In het verleden hebben we gezien dat de macrobeheersing weliswaar achteraf geborgd kan worden door eventueel tariefmaatregelen te treffen bij overschrijdingen, maar gezien de inherente volume prikkels in dit systeem is de kans op een terugkerende situatie van overschrijdingen en het achteraf opleggen van tariefkortingen groot. Dit is het grootste nadeel van dit tariefsysteem: in de jaren vanaf 2008 heeft het honorariumtarief geleid tot enorme overschrijdingen. Weliswaar lagen hier ook systeemfouten aan ten grondslag (die inmiddels met kortingen en andere aanpassingen gerepareerd zouden moeten zijn), maar dat neemt niet weg dat de prikkel in dit systeem er een is van produceren. De vrijgevestigd medisch specialist krijgt immers het honorariumtarief per gedeclareerd zorgproduct. Het is niet uit te sluiten dat dergelijke effecten en fouten in het systeem zich wederom zullen manifesteren, ook als er ex ante maatregelen door de overheid worden getroffen. Het is namelijk de vraag of de overheid überhaupt in staat is om een juiste honorariumbandbreedte en inzet van de specialist per zorgproduct te bepalen.

Het (her)invoeren van bekostiging op basis van honorariumtarieven heeft bovendien als nadeel dat integrale zorginkoop minder goed mogelijk is. Dit betekent ook dat veldpartijen niet of moeilijker zelf invulling kunnen geven aan taakherschikking en substitutie, en het vormt tevens een belangrijke belemmering voor het bereiken van het langetermijnperspectief van uitkomstbekostiging.

#### *Kwaliteit*

Dit systeem geeft kans op overbehandeling en ongepast gebruik van zorg.

#### *Toegankelijkheid*

Deze bekostigingsvorm bevat een sterke prikkel tot produceren. Dit kan tot kortere wachttijden leiden.

#### *Governance instelling*

De mate waarin belangen tussen ziekenhuis en specialist parallel lopen hangt af van de mate waarin de productieprikkel van de medisch specialist aansluit bij die van het ziekenhuis. Gezien de door de commissie

geconstateerde ontwikkeling richting het sluiten van vaste aanneemsommen tussen verzekeraar en ziekenhuis bestaat kans dat belangen van ziekenhuis en specialisten in dit model uit elkaar gaan lopen.

#### *Realiseerbaarheid*

Tariefregulering is op zich zelf realiseerbaar, met als belangrijkste kanttekening dat gebleken is dat het door de overheid vaststellen van juiste honorariumtarieven zonder nadere veiligheidskleppen geen makkelijke opgave is.

#### *Fiscale consequenties en goodwill*

Van dit model wordt geen effect verwacht op de fiscale positie van specialisten en de waarde van de goodwill.

#### *Conclusie*

Het (her)invoeren van tariefregulering is op zichzelf realiseerbaar, maar ligt gezien de ervaringen die met dit model zijn opgedaan niet bepaald voor de hand. De sterke productieprikkel die van dit systeem uitgaat en de opgedane ervaringen in termen van overheidsregulering (i.e. het bepalen van de juiste gemiddelde tarieven en normtijden) bieden weinig vertrouwen voor een succesvolle herinvoering van dit model.

#### **Beleidsoptie: degressieve tarieven**

Deze beleidsoptie betreft de totstandkoming van honorariumtarieven waarvan de hoogte afneemt met de toename van de productie van de specialist. De overheid stelt dan vast dat het honorariumtarief voor bijvoorbeeld de 20<sup>e</sup> verrichting lager is dan het tarief voor de 10<sup>e</sup> verrichting dat weer lager is dan het tarief voor de 1<sup>e</sup> verrichting.

#### *Toets op inkomen*

Onder degressieve tarieven wordt meerproductie met een lager tarief beloofd. Bij een gelijke productie leidt dit in principe tot lagere inkomens.

#### *Macrobeheersing*

Beperking van de productieprikkel biedt meer waarborgen voor macrobeheersing.

#### *Kwaliteit*

Dit systeem vermindert het risico op overbehandeling (afhankelijk van de gekozen degressiviteit).

#### *Toegankelijkheid*

Risico op onderbehandeling en wachtlijsten (afhankelijk van de gekozen degressiviteit).

#### *Governance instelling*

Mogelijk minder paralleliteit van belangen als de productieprikkel van de medisch specialist afwijkt van die van het ziekenhuis.

#### *Realiseerbaarheid*

De complexiteit van het door de overheid vaststellen van degressieve tarieven is dermate groot dat de commissie zich moeilijk kan voorstellen dat deze optie realiseerbaar is; in de bekostiging 2008-2011 is al gebleken dat de overheid moeilijkheden heeft met het vaststellen van gemiddelde tarieven. Invoering van degressieve tarieven zou bovendien een enorme registratielast met zich mee brengen en introduceert mogelijk nieuwe prikkels voor strategisch gedrag.

Onder de huidige bekostiging zijn er overigens al legio mogelijkheden voor verzekeraars, instellingen en specialisten om degressieve tarieven af te spreken, en dat gebeurt dan ook. Zo is een macro-aanneemsom te beschouwen als een ruwe vorm van een degressief tarief.

#### *Fiscale consequenties en goodwill*

Van dit model wordt geen effect verwacht op de fiscale positie van specialisten. Als de inkomens inderdaad dalen dan leidt dit tot een navenante verlaging van de waarde van de goodwill.

#### **Beleidsoptie: integrale tarieven**

Tussen Orde, NVZ en VWS is in een convenant afgesproken dat per 2015 integrale tarieven ingevoerd zullen worden. De invoering van integrale tarieven behelst het afschaffen van de bestaande deelregulering van de

honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. Dit betekent concreet het afschaffen van het beheersmodel specialisten (honorariumplafonds per instelling) en het afschaffen van vastgestelde honorariumtarieven (uurtarief en normtijd) per DOT-zorgproduct.

#### *Toets op inkomen*

Onder integrale tarieven wordt de bezoldiging van specialisten primair een resultante van onderhandelingen binnen het ziekenhuis. Een eenduidige uitkomst van die onderhandelingen is op voorhand niet te voorspellen. Dat is onder meer afhankelijk van het machtsevenwicht tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten, en de mate van tegenkracht die door de verzekeraar wordt ingebracht. Het gemiddelde inkomensniveau en de mate van inkomensharmonisatie tussen specialisten en specialisten ten tijde van invoering van de integrale tarieven zal een belangrijk ijkpunt vormen bij de onderhandelingen.

#### *Macrobeheersing*

De macrobeheersing wordt op totaalniveau gerealiseerd door het beheersen van de totale ziekenhuisuitgaven. Onder integrale tarieven is er geen apart honorariumtarief, zodat de sturing op macroniveau zich niet meer toespitst op de afgezonderde honorariumuitgaven.

Doordat het honorarium niet meer door de NZa hoeft te worden vastgesteld wordt het risico op kostenoverschrijdingen beperkt. Het risico komt te liggen bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft meer inzicht in de productie van specialisten dan de NZa en kan daardoor betere afspraken maken over de honorering.

Zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs van een DOT-zorgproduct en kunnen, bijvoorbeeld door in de inkoop rekening te houden en/of te sturen op taakherschikking en substitutie, indirect sturen op de honorariumuitgaven. Die ruimte voor sturing ontstaat bij integrale tarieven door het afschaffen van de onder het huidige beheersmodel door de NZa vastgestelde honorariumtarieven, de normtijden, het omzetplafond en de schuifruimte.

#### *Kwaliteit en toegankelijkheid*

Aan de hand van integrale tarieven zal door verzekeraars en zorgaanbieders worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Dit leidt er toe dat zorgaanbieders meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten, rekening houdend met kwaliteit en toegankelijkheid.

#### *Governance instelling*

De specialist zal meer worden beschouwd als één van de mogelijke productiefactoren en zal een meer integraal onderdeel vormen van de onderhandelingen tussen instelling en verzekeraar. Ook binnen de instelling zal, althans in termen van de bekostiging, een meer gelijk speelveld ontstaan tussen Raad van Bestuur en specialisten. Het past in een model van prestatiebekostiging waarbij de aanbieder volledig verantwoordelijk is voor de prestatie. Vraag is of alle Raden van Bestuur voldoende geëquipeerd zijn voor deze onderhandelingen 'achter de voordeur'. Met name in een situatie waarin regiomaatschappen een rol spelen neemt de kans op een ongelijk speelveld toe.

#### *Realiseerbaarheid*

Aangezien de principe-afspraken tussen Orde, NVZ en VWS over invoering van integrale tarieven al is gemaakt kan betrekkelijk eenvoudig overgegaan worden op de feitelijke implementatie. Wel is de afwikkeling van het goodwillvraagstuk een belangrijk, maar oplosbaar, aandachtspunt. 2015 lijkt de commissie een reëel invoeringsjaar.

#### *Fiscale consequenties en goodwill*

In de huidige situatie is er een honorariumtarief dat de specialist via het ziekenhuis in rekening brengt bij meerdere patiënten/verzekeraars. Hierdoor is er sprake van 'zelfstandig declaratierecht', meerdere opdrachtgevers en is zodoende de fiscale status geborgd. Na invoering van integrale tarieven is er nog maar één integraal tarief dat gedeclareerd wordt aan één 'hoofdaannemer' voor één geleverd zorgproduct. Die 'hoofdaannemer' is het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum, waarbinnen verschillende medisch specialisten werken. De medisch specialist die in de huidige situatie maar in één ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum werkt en toch fiscaal ondernemer is, zal dus geen fiscaal ondernemer meer zijn onder integrale tarieven.

Medisch specialisten hebben onder integrale tarieven wel een beperkt aantal alternatieven om ondernemer te blijven, bijvoorbeeld door voor drie of meer ziekenhuizen te werken, te gaan werken vanuit een eigen besloten

vennootschap (met verschillende ziekenhuizen als opdrachtgever) of een zelfstandig behandelcentrum te starten.

Vanwege het vervallen van fiscaal ondernemerschap voor een groot aantal specialisten zal er sprake zijn van een forse daling van de waarde van de goodwill.

Hoewel er dus geen sprake is van een één-op-één relatie zal een grote groep vrijgevestigde specialisten onder integrale tarieven er voor kiezen om over te stappen naar loondienst. Deze beweging, die kan worden geplaatst binnen de reeds bestaande trend richting loondienst, zal op zijn minst gepaard gaan met een flinke waardedaling van de goodwill waar vrijgevestigd specialisten doorgaans een lening voor hebben afgesloten teneinde zich in te kopen in een maatschap.

Dit is een transitievraagstuk dat oplossing behoeft. Bij het aanpakken van dat vraagstuk zal bovendien maatwerk geboden zijn; specifieke groepen binnen de specialistenpopulatie zullen op verschillende wijze worden geraakt door een waardedaling van de goodwill: een jonge specialist die net een lening ter hoogte van een jaaromzet heeft afgesloten waarvan de onderliggende waarde daalt heeft hier nu eenmaal meer last van dan een specialist die 20 jaar aan het werk is, inmiddels zijn lening heeft afgelost, en zich heeft kunnen voorbereiden op een eventuele toekomstige waardedaling van de goodwill.

#### *Conclusie*

In een model van prestatiebekostiging worden zorgaanbieders idealiter volledig afgerekend op de integrale prestatie die geleverd wordt, waarbij de aanbieder volledig verantwoordelijk is voor de totstandkoming van die prestatie. In deze logica past geen deelregulering van specialisten en de door hen te declareren tarieven. Invoering van integrale tarieven is derhalve te beschouwen als een logische volgende stap in de bekostiging van de medisch specialistische zorg. In aanloop naar de invoering per 2015 dienen wel maatregelen te worden genomen om mogelijke risico's rondom de governance te beperken.

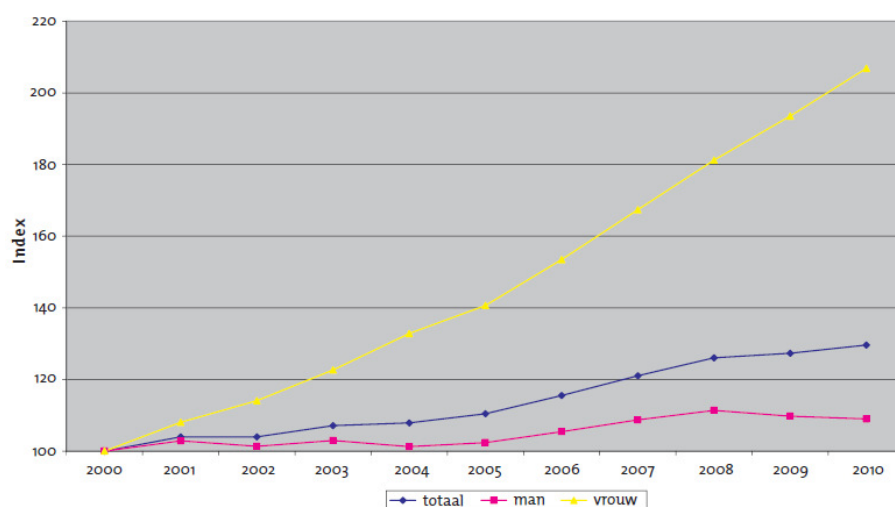
## Bijlage 2 Feiten en cijfers

Tabel 1. Procentuele verdeling medisch specialisten naar arbeidsverhouding, 2007 t/m 2010

	2007	2008	2009	2010
Loondienst	36,8	37,7	38,3	39,8
Vrijgevestigd	44,0	43,9	43,1	42,3
Combinatie	19,2	18,5	18,6	17,9
Totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: voorlopige cijfers Capaciteitsorgaan (dd. 20 augustus 2012).

Tabel 2. Ontwikkeling geregistreerde medisch specialisten naar geslacht, 2000 t/m 2010



Bron: Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten, december 2010.

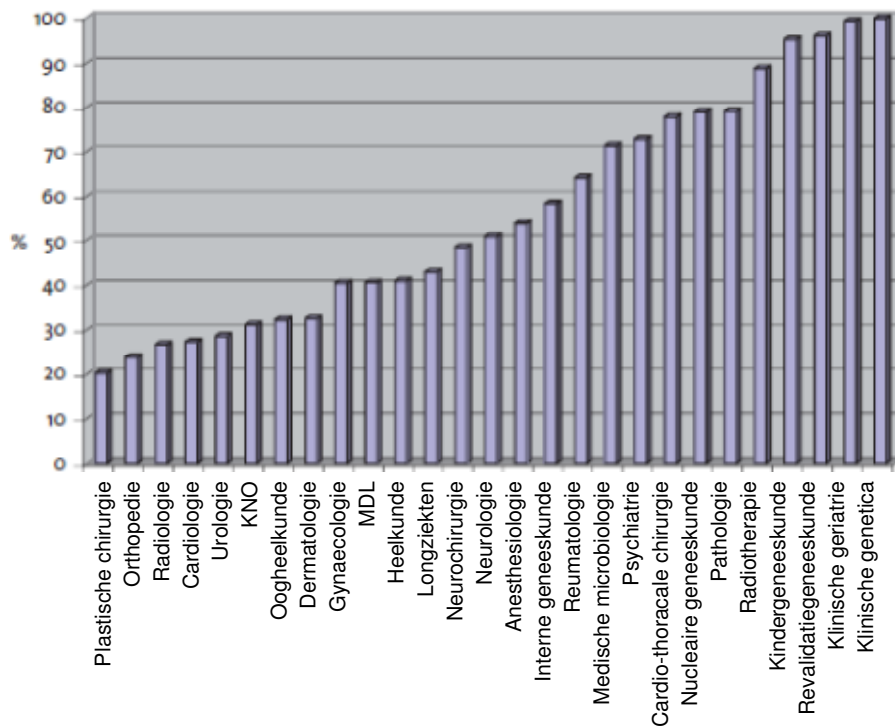
Tabel 3. Leeftijdsopbouw geregistreerde medisch specialisten naar geslacht, 1 januari 2012

	Man	Vrouw	Totaal
30 t/m 34 jaar	2,3	6,8	3,9
35 t/m 39 jaar	12,8	24,3	17,0
40 t/m 44 jaar	13,2	23,6	16,9
45 t/m 49 jaar	14,5	18,1	15,8
50 t/m 54 jaar	17,2	12,6	15,6
55 t/m 59 jaar	16,3	8,6	13,5
60 t/m 64 jaar	14,3	4,4	10,8
65 t/m 69 jaar	8,0	1,4	5,6
70+	1,4	0,2	1,0
Totaal	100%	100%	100%

Bron: voorlopige cijfers Capaciteitsorgaan (dd. 20 augustus 2012).



Tabel 4. Specialisten in loondienst per medisch specialisme, 2007



Bron: Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten, december 2010.

Tabel 5. Aantallen medisch specialisten, 2009 en 2010, in fte

	2009	2010
Vrijgevestigd	6.590,9	6.796,6
Loondienst	5.304,1	5.908,7
Totaal	11.895,0	12.705,3

Bron: [http://www.nza.nl/95826/99842/498512/Notitie\\_FTE\\_aantallen\\_DHD\\_2010.pdf](http://www.nza.nl/95826/99842/498512/Notitie_FTE_aantallen_DHD_2010.pdf), op 4 oktober 2012 geraadpleegd. Deze fte-aantallen zijn door de NZa gehanteerd bij de verdeling van het macrokader voor 2012 en 2013.

#### Bekostiging medisch specialisten

De bekostiging van medisch specialisten is de afgelopen jaren aan verandering onderhevig (geweest), zowel die van vrijgevestigd medisch specialisten - waar tot op heden sprake is van deelregulering – als de specialisten in loondienst die onderdeel uitmaken van de ziekenhuisbekostiging. In vogelvlucht de meest recente wijzigingen in de bekostiging:

#### Lumpsum (1995-2008)

- Tot 1995 liepen de inkomsten van vrijgevestigd medisch specialisten gelijk op met de verrichtingen die ze uitvoerden. Dit systeem droeg daarmee een productieprikkel voor specialisten in zich. Tegelijkertijd waren ziekenhuizen gebudgetteerd, waardoor er spanning ontstond tussen instelling en specialist, want ook de kosten van het ziekenhuis stegen als een specialist meer verrichtte.
- Om het risico op overproductie te verkleinen en de financiële beheersbaarheid te vergroten werd in 1995 een budgetsystematiek voor vrijgevestigd specialisten geïntroduceerd: de lumpsum. Hierbij werd de omzet van een specialist bevroren op een historisch niveau; het totaal van de lumpsummen van de in een ziekenhuis werkzame specialisten werd per instelling verdeeld (in de zogenaamde lokale initiatieven).
- In termen van kostenbeheersing kan de lumpsumsystematiek als succesvol worden beschouwd. Duidelijke keerzijde was dat het bijdroeg aan het ontstaan van wachtlijsten, alsook het in stand houden van historisch gegroeide omzetverschillen tussen specialismen.

### Prestatiebekostiging via DBC's (2008-2011)

- Inmiddels waren in 2005 DBC's in de medisch specialistische zorg geïntroduceerd en was een begin gemaakt met vrije prijsvorming via geleidelijke uitbreiding van het B-segment. Met ingang van 2008 kwam de lumpsumbekostiging te vervallen en werd het honorarium van vrijgevestigde specialisten in DBC's opgenomen volgens de formule 'uurtarief maal normtijd'. Aan het normatieve uniforme uurtarief lag een overeenkomst tussen Orde en VWS ten grondslag; normtijden per verrichte activiteit werden na onderzoek door de NZa vastgesteld.
- Met deze wijziging werd een versterking van de koppeling tussen prestaties en inkomen van de medisch specialist beoogd, evenals een grotere prikkel tot doelmatigheid, innovatie en ondernemerschap. Ten slotte zou er een einde moeten komen aan de historisch gegroeide verschillen tussen specialistenhonoraria.
- De verwachting vooraf was dat de invoering van het nieuwe uurtarief met normtijden macro betrekkelijk weinig veranderingen met zich mee zou brengen. Niettemin werden al in het voorjaar van 2009 forse overschrijdingen vastgesteld die het gevolg bleken van onvoorziene meerproductie en achteraf gezien onjuist vastgestelde tarieven. Omdat de overschrijdingen tussen specialismen onderling verschilden, zag de overheid zich vervolgens genoodzaakt tot het opleggen van forse specialisme-specifieke kortingen.

### Beheersmodel (2012-heden)

- Om een eind te maken aan het achteraf opleggen van forse tariefkortingen hebben de Orde van Medisch specialisten (Orde), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en VWS in mei 2011 een convenant gesloten over de bekostiging van medisch specialisten en de invoering van het beheersmodel medisch specialisten.
- Kern van het beheersmodel, dat per 2012 van kracht is, is dat de minister jaarlijks een vast macrobudget voor honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten vaststelt, passend binnen de macro beschikbare middelen van het budgettaire kader zorg (BKZ). Op basis van dit macrobudget stelt de NZa op zijn beurt per instelling vast welk omzetplafond (grens) er in een betreffend jaar voor alle bij die instelling werkzame vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk geldt. Deze omzetplafonds kunnen niet worden overschreden.
- De Raad van Bestuur van de instelling en het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten worden geacht verdeelafspraken te maken over de betalingen ten behoeve van de door de vrijgevestigd medisch specialisten verrichte diensten; deze verdeelafspraken moeten uit een vast en een variabel deel bestaan en ze zijn een voorwaarde voor het door de specialisten mogen declareren via de instelling aan de verzekeraar of patiënt. Afspraken hierover worden per instelling door het bestuur van de instelling en de vrijgevestigd medisch specialisten vastgelegd in de toelatingsovereenkomsten. Medisch specialisten zijn verzekerd van hun fiscaal ondernemerschap als zij deelnemen aan een lokaal collectief.
- 2012 is tevens het jaar dat DOT als productstructuur is ingevoerd als opvolger van de bestaande DBC's. Veranderingen in DOT zijn onder andere dat de DOT-zorgproducten specialisme-overstijgend zijn en dat zorgtrajecten worden geopend en gesloten op basis van uniforme open- en afsluitregels. Na afsluiting volgt via een geautomatiseerd systeem buiten de instelling (de zogenaamde grouper) afleiding van het DOT-zorgproduct uit de registratie van typerende diagnose en zorgactiviteiten.

### Integrale tarieven (2015-)

- Orde, NVZ en VWS hebben in een convenant afgesproken dat per 2015 integrale tarieven ingevoerd zullen worden. De invoering van integrale tarieven behelst het afschaffen van de bestaande deelregulering van de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. Dit betekent concreet het afschaffen van het beheersmodel specialisten (honorariumplafonds per instelling) en het afschaffen van vastgestelde honorariumtarieven (uurtarief en normtijd) per DOT-zorgproduct.
- Aan de hand van integrale tarieven zou door verzekeraars en zorgaanbieders moeten worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Invoering van integrale tarieven kan daarmee worden beschouwd als de laatste stap naar volledige prestatiebekostiging en zou er toe moeten leiden dat zorgaanbieders meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten.

## **Bijlage 3 Samenstelling commissie en geraadpleegde gesprekspartners**

De commissie, bestaande uit Pauline Meurs (voorzitter), Martin Bontje, Hans Borstlap en Johan Legemaate, is in totaal zeven maal bijeengekomen en heeft zich laten bijstaan door een gezamenlijk secretariaat van VWS (Mark Schuitemaker) en SEO (Caren Tempelman). Ten behoeve van de opstelling van het rapport heeft de commissie interviews met een aantal betrokkenen afgenomen. Ook heeft zij gedurende de opstelling van het rapport van gedachten gewisseld met een externe klankbordgroep. De commissie dankt alle betrokkenen voor hun waardevolle inbreng. Vanzelfsprekend draagt de commissie de eindverantwoordelijkheid voor dit rapport.

### **Gesprekspartners**

Douwe Biesma (voorzitter RvB Antonius Ziekenhuis)  
Jak Dekker (voorzitter Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), directeur Equip Zorgbedrijven)  
Gita Gallé (RvB lid Jeroen Bosch Ziekenhuis)  
Joël Gijzen (directeur zorg, CZ)  
Janko de Jonge (voorzitter Kamer Vrij Beroep, Orde van Medisch Specialisten)  
Hugo Keuzenkamp (RvB lid Westfries Gasthuis)  
Bas Leerink (RvB lid Menzis)  
Marcel Levi (voorzitter RvB Academisch Medisch Centrum)  
Wouter Mooijen (voorzitter Jonge Orde)  
Marjanne Sint (voorzitter RvB Isala Klinieken)  
Stefan van Zutphen (voorzitter regionale maatschap heelkunde Elisabeth en Tweesteden Ziekenhuis)

### **Externe klankbordgroep**

Maarten Akkerman (manager zorginkoop medisch specialistische zorg, Achmea)  
Erica Bakkum (gynaecoloog, voorzitter medische staf, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis)  
Focco Boekkooi (gynaecoloog, voorzitter stafmaatschap, St. Elisabeth Ziekenhuis)  
Roeland van Leeuwen (neuroloog, Gelre Ziekenhuis)  
Robert Jan Stolker (hoogleraar en afdelingshoofd anesthesiologie, Erasmus Medisch Centrum)  
Betty van der Walle (voorzitter RvB Elkerliek Ziekenhuis)  
Joost Zuurbier (directeur Casemix/Q-Consult)

## Literatuur

- Capaciteitsorgaan (2010). 'Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten'. Utrecht, december 2010.
- CPB (2012). 'The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatments', CPB discussion paper 208, 30 maart 2012.
- CPB (2012). 'De fiscale behandeling van zelfstandigen. Een kritische blik', CPB Policy Brief 2012/02.
- K. Davis, C. Schoen, and K. Stremikis (2010). 'Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally 2010 Update', The Commonwealth Fund. Verenigde Staten, juni 2010.
- Health Consumer Power House (2012). Euro Health Consumer Index 2012 Report. Zweden, mei 2012.
- Medisch specialist 2015 (2012). 'Visiedocument de medisch specialist 2015'. Utrecht, oktober 2012.
- Ministerie van Financiën (2012). 'Voorjaarsnota 2012'. Tweede Kamerstuk 33 620, nr. 6. Den Haag, 25 mei 2012.
- Ministerie van VWS (2011). 'Zorg die loont'. Tweede Kamerstuk 32 620. nr. 6. Den Haag, 14 maart 2011.
- Ministerie van VWS (2011). 'Convenant bekostiging van de vrij gevestigd medisch specialisten gedurende de transitieperiode 2012-2014'. Bijlage bij Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 211. 20 juni 2011.
- Ministerie van VWS (2012). 'Besluit commissie inkomens medisch specialisten'. nr. CZ-3120160. Den Haag, 13 juli 2012.
- Ministerie van VWS (2012). 'Instelling commissie inkomens medisch specialisten'. Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 237. Den Haag, 23 juli 2012.
- SEO (2010). 'De relatie tussen medisch specialist en het ziekenhuis. Rapport in opdracht van het ministerie van VWS. Bijlage bij Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 118. 7 mei 2010.
- SEO (2012). 'Remuneration of medical specialists. An international comparison'. Amsterdam, 4 oktober 2012.
- SiRM (2012). 'Achtergronddocument bij NVZ brancherapport ziekenhuizen vergelijking Europa. Vergelijking van prestaties van ziekenhuizen in Nederland, Frankrijk, Duitsland, Denemarken, Spanje, Zwitserland, Groot-Brittannië, Oostenrijk en België op basis van gegevens van de OECD en andere bronnen'. Rapport in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Den Haag, 12 juli 2012.
- Studiegroep Begrotingsruimte (2012). 'Stabiliteit en vertrouwen. Veertiende rapport Studiegroep Begrotingsruimte'. Den Haag, 15 juni 2012.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). 'Naar beter betaalbare zorg'. Den Haag, 15 juni 2012.