



Nederlandse
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Ter informatie aan:
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
Orde van Medisch Specialisten (OMS)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering
van de Tandheelkunde (KNMT)

Uw brief van
31 juli 2013

Uw kenmerk
650757-124618-cZ

Onze brief van
13 augustus 2014

Ons kenmerk
0093710/0131264

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk
0101943/0143083

Onderwerp
Eerste indrukken monitor integrale tarieven 2015

Datum
27 oktober 2014

Mevrouw de Minister,

Op 21 mei 2014 hebben wij van u een aanwijzing¹ ontvangen om onze regelgeving dusdanig vorm te geven, dat per 2015 over kan worden gegaan tot invoering van integrale tarieven. De daartoe noodzakelijke (wijziging van) beleidsregels en nadere regels zijn op 15 juli 2014 door de NZa vastgesteld en kort daarna gepubliceerd op de website van de NZa.²

Op 17 juli 2014 hebben wij alle belanghebbende partijen hierover geïnformeerd via de circulaire 'Invoering integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015' (kenmerk: CI-14-28c). Deze circulaire is ook gepubliceerd op de website van de NZa.

Met brief van 31 juli 2014 (kenmerk: 650757-124618-cZ) heeft u ons verzocht de invoering van integrale tarieven voor de medisch specialistische zorg te monitoren. U stelt hierin een viertal vragen centraal:

1. Welke keuzes maken specialisten tussen de verschillende modellen (loondienst, samenwerking- en participatiemodel)?

¹ Aanwijzing d.d. 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC (Stcrt. 2014, nr. 14914).

² Concreet gaat het om de beleidsregels 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg', 'Beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten' en 'Integraal macrobeheersmodel', alsmede de drie bijbehorende (en gelijknamige) nadere regels.

2. Hoe ontwikkelen de uitgaven aan medisch specialisten zich?
 3. Wat betekent de invoering van integrale tarieven voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg? Welke invloed hebben de veranderde verhoudingen in de ziekenhuizen hierop?
 4. Welk effect heeft de beleidswijziging op de contractering door verzekeraars?

Kenmerk

0101943/0143083

Pagina

2 van 7

U vraagt ons in die brief om in het najaar van 2014 in de vorm van een monitor een nulmeting te doen en de komende jaren jaarlijks aan u te rapporteren, eventueel via de marktscan medisch specialistische zorg.

Op 13 augustus 2014 hebben wij u per brief (kenmerk: 0093710/0131264) geïnformeerd over onze aanpak. In deze brief hebben wij u tevens enkele aandachtspunten meegegeven naar aanleiding van door ons op dat moment ontvangen signalen uit het veld.

Inmiddels zijn wij gestart met de monitor. Wij voeren momenteel gesprekken in het veld met besturen van ziekenhuizen, besturen van medische staven, zorgverzekeraars, banken en deskundigen uit de sector. In deze brief schetsen wij onze eerste indrukken op basis van de tot dusver afgenomen interviews. Hoewel dit maar een deel van het veld betreft, zijn wij van mening dat de steekproef voldoende representatief is om een aantal ontwikkelingen op hoofdlijnen te omschrijven.

Wij sturen deze brief ook aan de branchepartijen zodat zij hun achterban hierover kunnen informeren en zodat er, indien nodig, nog bijgestuurd kan worden door partijen in het veld.

Eind dit jaar zullen wij onze monitor 'invoering integrale tarieven 2015' uitbrengen waarin wij meer uitgebreid op de resultaten uit de monitor ingaan. Ik merk daarbij op dat cijfers over de totale kosten 2015 en de verhouding tussen kosten specialisten en kosten ziekenhuis pas in de loop van 2016 in kaart kunnen worden gebracht.

In deze brief volstaan wij met een weergave op hoofdlijnen van de informatie die wij uit de gesprekken hebben gekregen.

1. Organisatiemodellen

Ziekenhuizen zijn bezig met de voorbereidingen voor een nieuwe organisatiestructuur per 2015. Daarbij zijn verschillende modellen leidraad bij de besprekingen. Zoals in onze brief van augustus reeds opgemerkt, bevestigen de tot nu toe afgenomen interviews het beeld dat fiscale overwegingen een zwaarwegende rol spelen bij de modelkeuze. Op hoofdlijn zijn er drie modellen die gehanteerd worden; het loondienstmodel, het samenwerkingsmodel en het participatiemodel. Er zijn echter ook hybride varianten van deze modellen bekend. Het samenwerkings- en participatiemodel zijn in te delen in een transparante en niet transparante variant. Hieronder wordt kort bij die modellen stil gestaan.

Model	Toelichting
Loondienstmodel	De medisch specialisten (ook de voorheen vrijgevestigden) komen in loondienst van het ziekenhuis.
Samenwerkingsmodel - transparant	Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten dat zich verenigd heeft in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De

	<p>huidige maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis vervallen en er is sprake van één maatschap: het MSB.</p> <p>Fiscaal transparant betekent dat de specialist profiteert van een aantal belastingvoordelen die je als ondernemer geniet, zoals de zelfstandigenaftrek. Voorwaarde is wel dat de onderneming voldoende geladen wordt (bijvoorbeeld middels eigen personeel en investeringen).</p>	<p>Kenmerk 0101943/0143083</p> <p>Pagina 3 van 7</p>
Samenwerkingsmodel – niet transparant	<p>Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten dat zich verenigd heeft in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De huidige maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis vervallen. Er is sprake van één collectief georganiseerd in een BV: het MSB. De medisch specialisten worden aandeelhouder van deze BV. Het kan ook zo zijn dat specialisten een individuele BV onder deze specialisten-BV brengen. Omdat hier sprake is van een BV, wat op zichzelf een ondernemingsvorm is, wordt dit fiscaal gezien een niet-transparant model genoemd.</p>	
Participatiemodel – transparant	<p>De medisch specialisten worden mede-eigenaar van het ziekenhuis. Zowel de stichting ziekenhuis als de medisch specialisten maatschap brengen hun activiteiten onder in een ziekenhuis-VOF en delen in het resultaat van het ziekenhuis.</p> <p>Doordat er geen andere organisatievormen wordt gekozen voor de medisch specialist of het ziekenhuis noemen we dit een fiscaal transparant model.</p>	
Participatiemodel – niet transparant	<p>De medisch specialisten worden mede-eigenaar van het ziekenhuis via een specialistencoöperatie. Via een 'personale holding vennootschap' (PH) neemt de specialist deel aan de coöperatie. De specialist is in dienst van zijn eigen BV. De specialistencoöperatie heeft net als de stichting ziekenhuis een aandeel in de ziekenhuis-BV en delen in het resultaat.</p> <p>Omdat hier sprake is van individuele BV's, wat op zichzelf een ondernemingsvorm is, wordt dit fiscaal gezien een niet-transparant model genoemd.</p>	

Uit onze interviewronde blijkt dat het merendeel van de ziekenhuizen en specialisten kiest voor het samenwerkingsmodel (wisselend voor de transparante en niet-transparante vorm). Er zijn enkele ziekenhuizen die de invoering van het participatiemodel per 2015 voorbereiden en een aantal dat in eerste instantie (per 2015), vaak om praktische redenen, kiest voor een samenwerkingsmodel, maar op de langere termijn (binnen vijf jaar na 2015) de intentie heeft om over te gaan naar een participatiemodel. Ook zijn er enkele ziekenhuizen die actief sturen op het loondienstmodel. Bij vrijwel alle ziekenhuizen en medische staven heeft verkrijgen van duidelijkheid over de fiscale status prioriteit.

Overigens bieden veel ziekenhuizen die een samenwerkingsmodel voorbereiden de vrijgevestigd specialisten ook de mogelijkheid om over te stappen naar loondienst. In sommige ziekenhuizen is dit een individuele keuze, maar verreweg de meeste ziekenhuizen koppelen aan een eventuele overstap naar loondienst de voorwaarde dat dit op het

niveau van de gehele maatschap (dus niet per individuele specialist) plaatsvindt.

Kenmerk

0101943/0143083

Pagina
4 van 7

Om deze overstap te stimuleren en te faciliteren worden er door ziekenhuizen soms eigen interne regelingen opgesteld waardoor, in aanvulling op de subsidieregeling³ (van € 100.000,- per specialist) van het ministerie van VWS, een extra bedrag beschikbaar komt voor de overstap naar loondienst. Overigens wordt de subsidieregeling door sommigen als een belemmering ervaren omdat in de subsidievoorwaarden is opgenomen dat de specialist minimaal tot 31 mei 2019 op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaam dient te zijn als medisch specialist. Met name voor medisch specialisten die in de tussenliggende periode met pensioen zouden gaan wordt dit als een probleem ervaren.

Verder worden door sommige ziekenhuizen en stafbesturen de dreigende inkomensbeperkingen, voortvloeiend uit de Wet Normering Topinkomens (WNT), als belemmerende factor genoemd voor een eventuele overstap naar loondienst (ook al is deze wet nu nog niet op hen van toepassing). Deze belemmering geldt in mindere mate ook vanwege de onduidelijkheid over pensioenen en arbeidsongeschiktheidverzekeringen. Uit de gevoerde gesprekken lijkt het beeld naar voren te komen dat een meerderheid van de vrijgevestigd specialisten er voor kiest om vrijgevestigd te blijven en niet in loondienst van het ziekenhuis te treden.

Uit de tot nu toe door ons gevoerde gesprekken blijkt verder dat veel instellingen zich zorgen maken over de beoordeling door de belastinginspecteur van het door hen gekozen organisatiemodel. Voor sommige ziekenhuizen was dit aanleiding om over te stappen van een transparant model naar een niet-transparant model. Duidelijkheid van de fiscus is voor ziekenhuizen erg belangrijk. Veel ziekenhuizen hebben vóór 15 oktober hun voorgenomen organisatiemodel ingediend bij de fiscus en hopen op een spoedige reactie.

2. Kaakchirurgie

De kaakchirurgie neemt in veel ziekenhuizen een eigenstandige positie in. In slechts enkele ziekenhuizen waar een samenwerkingsmodel wordt voorbereid, gaat de kaakchirurgie onderdeel uitmaken van het MSB. In veel andere ziekenhuizen verenigen de kaakchirurgen zich in een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB). Men geeft hier een aantal redenen voor aan:

- Historisch gezien zijn de kaakchirurgen altijd buiten de kring van medisch specialisten gebleven; ze vielen bijvoorbeeld nooit onder de regelingen voor vrijgevestigd specialisten (zoals lumpsum en honorariumplafond). Om die reden maken de kaakchirurgie maatschappen ook vrijwel nergens deel uit van de huidige collectieven;

³ Regeling van de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport houdende regels voor een subsidie voor het faciliteren van medisch specialisten bij de overgang naar integrale tarieven voor medisch specialistische zorg en kaakchirurgie (Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg).

- Daarnaast zijn er bij kaakchirurgie andere karakteristieken (ook historisch gegroeid) waaronder meer eigen apparatuur en personeel dan gemiddeld bij andere specialismen;
- Verder zijn nogal wat kaakchirurgie maatschappen in meerdere ziekenhuizen actief, wat ook zou betekenen dat ze in meerdere MSB's zouden moeten meedoen. Om pragmatische redenen heeft een aparte positie dan de voorkeur.

Kenmerk

0101943/0143083

Pagina

5 van 7

Doorgaans liften deze constructies voor kaakchirurgie binnen ziekenhuizen mee op de afspraken die het ziekenhuisbestuur maakt met het MSB.

Uit de gesprekken komen een aantal overige indrukken en aandachtspunten die wij hieronder verder bespreken.

3. Toekomstbestendig

De keuzes die instellingen nu maken, hebben gevolgen voor de lange(re) termijn. Onze indruk is dat een aantal instellingen samen met de specialisten bewust een lange termijn strategie beoogt; tegelijk lijken sommige ziekenhuizen primair gericht op zekerheid voor de korte termijn en het veilig stellen van de fiscale positie van zowel ziekenhuis als de medisch specialist. Hierbij lijken naast de fiscale risico's ook andere aspecten een rol te spelen, zoals het ontbreken van meerjaren afspraken met verzekeraars.

Het is de verantwoordelijkheid van partijen zelf om ervoor te zorgen dat het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten niet juist verder van elkaar af komen te staan. Daar waar de verhoudingen tussen ziekenhuisbesturen en (collectieven van) vrijgevestigd medisch specialisten op dit moment al goed zijn, lijken die verantwoordelijkheden gemakkelijker in te vullen en de risico's op falen geringer dan in ziekenhuizen waar die verhoudingen (soms historisch gegroeid) meer spanningen kennen en de samenwerking ook nu al stroef verloopt. In sommige varianten van de modellen lijken de medisch specialisten meer macht te krijgen dan in de huidige situatie met maatschappen en individuele toelatingsovereenkomsten. Of dit in de praktijk ook echt zo zal uitpakken, zal moeten blijken uit de samenwerkingsovereenkomsten en de afspraken die hierin worden vastgelegd over de governancestructuur en kwaliteit van zorg.

Verder is het goed hier nogmaals op te merken, dat een aantal ziekenhuizen aangeeft het samenwerkingsmodel als opstap te zien naar de invoering van een participatiemodel, omdat een dergelijk model in hun ogen het meest de gelijkgerichtheid bewerkstelligt.

4. Vergoedingen

Een belangrijk aandachtspunt is de wijze waarop afspraken over vergoedingen worden gemaakt. In veel ziekenhuizen is al wel gesproken over de opzet van de samenwerkingsovereenkomst, maar liggen nog geen concrete afspraken vast over de vergoedingensystematiek en de hoogte van vergoedingen. Te denken valt in dit verband aan afspraken over prikkels (productie en/of kwaliteit), borging patiëntenbelangen en hoe om te gaan met plafondafspraken, onderproductie en kortingen.

In het algemeen is de indruk dat binnen veel MSB-en getracht wordt de bestaande systematiek van omzetverdeling te continueren⁴.

In de onderhandelingen met zorgverzekeraars lijken er weinig veranderingen op te treden. De meeste geïnterviewde zorgverzekeraars en instellingen geven aan dat in feite al sinds jaren integrale afspraken over productie en omzet worden gemaakt.

Opvallend is dat niet alle ziekenhuizen zich ervan bewust lijken te zijn dat het Macro Beheers Instrument (MBI), zoals deze per 2015 van toepassing is, ook doorvertaald zou kunnen / moeten worden naar afspraken met de medisch specialisten. Mocht deze generieke maatregel ingezet worden, dan is het van belang de afspraken hierover goed te hebben vastgelegd. Dit is (nog) niet overal het geval

Kenmerk

0101943/0143083

Pagina

6 van 7

5. Registratie- en declaratie

In de tot dusver door ons afgenomen interviews met ziekenhuizen en stafmaatschappen is ook aan de orde gesteld in hoeverre er met het oog op invoering van integrale tarieven per 2015 afspraken zijn gemaakt over de verantwoordelijkheden rondom correct registreren en declareren van geleverde zorg. In de gehanteerde standaardovereenkomst(en), meestal opgesteld door externe adviesbureaus, is hier wel het een en ander over opgenomen, maar veel instellingen geven aan hier in de 'face to face' onderhandelingen (nog) niet concreet met elkaar over gesproken te hebben. Omdat de verantwoordelijkheid voor het correct *registreren* voor een belangrijk deel bij de medisch specialist ligt en voor het correct *declareren* bij het ziekenhuis, liggen risico's (op fouten) op de loer als hierover geen heldere afspraken worden gemaakt. Een aantal ziekenhuizen gaf aan hier nu alsnog over te gaan spreken.

6. Overlegstructuren

In veel ziekenhuizen is tot en met 2014 het collectief (indien er sprake is van vrije vestiging) het aanspreekpunt voor het ziekenhuisbestuur wat betreft de vergoedingen (aan het collectief; vaak heeft de RvB geen bemoeienis met de verdeling binnen het collectief). De Vereniging Medische Staf (VMS) is het aanspreekpunt voor alle andere zaken. Per 2015 wordt daar door sommige ziekenhuizen op een andere manier invulling aan gegeven. Zo krijgt in het samenwerkingsmodel het Medisch Specialistisch Bedrijf een eigen positie. Doorgaans gaan de collectieven hierin op, maar sommige ziekenhuizen overwegen ook de VMS hierin op te laten gaan. Het is van belang ook de loondiensters en andere beroepsgroepen (niet zijnde medisch specialist) een voldoende stem te geven bij zaken die ook hen aangaan. In andere ziekenhuizen blijft de VMS naast het MSB bestaan, met gescheiden verantwoordelijkheden⁵. Uit de interviews blijkt dat er voornamelijk weinig signalen zijn van een verdere verzelfstandiging van bepaalde specialistenmaatschappen door bijvoorbeeld een eigen toelating aan te vragen als instelling voor medisch specialistische zorg. Hierover zal echter pas in de monitor die wij eind dit jaar uitbrengen meer gezegd kunnen worden.

⁴ Zoals die onder het honorariumplafond is ingevoerd door een groot aantal collectieven van specialisten.

⁵ We horen ook van verenigingen van medisch specialisten in dienstverband die lokaal worden opgericht om de beroepsbelangen van de dienstverbanders te behartigen.

Kenmerk

0101943/0143083

Pagina

7 van 7

7. Rol zorgverzekeraars

Uit onze eerste gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat zorgverzekeraars het onderwerp integrale bekostiging beperkt ter sprake brengen in het overleg met ziekenhuizen. Dit wordt door zorgverzekeraars toch vooral gezien als 'iets achter de voordeur van ziekenhuizen'. Er is bij de zorgverzekeraars wel een zekere voorkeur voor het loondienstmodel te bespeuren, vanwege de lagere productieprikkel bij de specialist. Maar het belangrijkste vindt men dat de (be)stuurbaarheid van het ziekenhuis geen gevaar loopt en de totale zorgproductie met bijbehorende nota's binnen de overeengekomen groeifspraken blijven. Verzekeraars zien vooralsnog geen toename in het aantal ZBC's dat een contract wil afsluiten.

8. Solisten

Overeenkomstig de aanwijzing heeft de NZa in haar regelgeving voorzien in een zelfstandig declaratierecht van het integrale tarief voor solistisch opererende specialisten, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen. Van tevoren was het moeilijk een inschatting te maken hoeveel specialisten in aanmerking zouden wensen te komen voor de gecreëerde status van solist. De stand van zaken op dit moment is, dat (slechts) een 7-tal vrijgevestigd medisch specialisten een aanvraag bij de NZa heeft ingediend om als solist te worden erkend met het bijbehorende recht op declaratie van het integrale tarief.

9. Tot slot

Zoals in de inleiding gemeld hebben wij onze eerste indrukken met u en branchepartijen gedeeld zodat de benoemde aandachtspunten, bijvoorbeeld rond de afspraken over vergoeding, kwaliteit van registratie en de rol van zorgverzekeraars, door veldpartijen opgepakt kunnen worden in de richting van 1 januari 2015.

Wij zullen de komende periode nog meer partijen spreken en hopen u eind dit jaar een definitieve eerste monitor te presenteren.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.