



Monitor

Integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018



Nederlandse
Zorgautoriteit

Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding en achtergrond	7
1.2 Scope	7
1.3 Methode	8
2. Organisatiemodellen	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Huidige organisatiemodellen	10
2.3 Ontwikkelingen	11
2.4 Invloed organisatie model op contact met zorgverzekeraars	12
3. Aansturing msb door het ziekenhuis	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Borging kwaliteit van zorg	14
3.3 Borging patiëntveiligheid	15
3.4 Verantwoordelijkheden bij het registratie- en declaratieproces	15
3.5 Consequenties van foutieve registraties en/of declaraties	16
3.6 Continuïteit van de zorgverlening	16
3.7 Omgang met disfunctionerende specialisten	16
3.8 Betrokkenheid specialisten bij contractonderhandelingen met zorgverzekeraars	17
3.9 Betrokkenheid specialisten bij investeringsbeslissingen	17
3.10 Raden van toezicht over interne aansturing	18
3.11 Zorgverzekeraars over interne aansturing	18
3.12 Individuele overeenkomsten met specialisten	18
4. Effecten komst van het msb	20
4.1 Inleiding	20
4.2 Effect op de kwaliteit van de zorg	20
4.3 Effect op de patiëntveiligheid	21
4.4 Effect op onderhandelingspositie specialisten	22
4.5 Effect op invloed specialisten op gang van zaken in het ziekenhuis	23
4.6 Effect op betrokkenheid specialisten bij onderhandelingen met zorgverzekeraars	24
4.7 Effect op effectiviteit aansturing msb door het ziekenhuis	24
4.8 Effect op de contractering (volgens zorgverzekeraars)	25
4.9 Andere effecten	26
5. Realisatie doelstellingen integraal tarief	27
5.1 Inleiding	27
5.2 Gelijkgerichtheid	27
5.3 Efficiëntere inzet van mensen en middelen	29
5.4 Taakherschikking	30
5.5 Doelen invoering integrale tarieven volgens zorgverzekeraars	31
6. Afspraken over vergoedingen aan specialisten	33
6.1 Inleiding	33
6.2 Wijze van vergoeding ziekenhuis aan msb	33
6.3 Afspraken over vergoedingen in de samenwerkingsovereenkomst	33
6.4 Inkomenspositie vrijgevestigde specialisten	34

7. Inkomens- en omzetontwikkelingen specialisten	36
7.1 Inleiding	36
7.2 Aanpak	36
7.3 Resultaten: omzet	38
7.4 Resultaten: inkomens	40
7.5 Omzet en inkomen: (on)vergelijkbaarheid van beide sporen	46
7.6 Relatie inkomens en omzet met invoering integraal tarief	47
8. Conclusies	48
9. Aanbevelingen	51

Samenvatting

Dit is de derde monitor van de NZa over de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg.

Deze monitor bevat een weergave van de manier waarop de betrokken partijen de invoering van integrale bekostiging hebben ervaren, en of zij vinden dat de doelstellingen van deze wijziging zijn gerealiseerd. Daarnaast zoomen we in op de vraag of de verhoudingen tussen de ziekenhuisbesturen en besturen van msb's (medisch-specialistische bedrijven) zijn veranderd door de komst van het integraal tarief.

Op verzoek van de minister bevat deze monitor ook een hoofdstuk over de inkomens- en omzetontwikkeling van medisch-specialisten in loondienst en van vrijgevestigde specialisten.

Om aan de benodigde informatie te komen, hebben we vragenlijsten gestuurd aan ziekenhuizen, zbc's, msb's, zorgverzekeraars en raden van toezicht, zijn interviews afgenomen met enkele ziekenhuizen en msb's en heeft een data-analyse plaatsgevonden van inkomens- en omzetgegevens.

Organisatiemodellen

De meeste vrijgevestigde artsen kozen er na de invoering van het integraal tarief voor om een personal holding (vrijwel altijd een bv) op te richten. Met deze bv neemt de vrijgevestigde arts deel in een msb. Het msb is de nieuwe organisatievorm geworden waarin vrijgevestigde specialisten zich hebben verenigd. In het msb zijn over het algemeen vrijwel alle specialismen vertegenwoordigd. Het msb heeft in de meeste gevallen de coöperatie als rechtsvorm, maar ook de maatschap komt vrij vaak voor.

Verder zijn er ziekenhuizen waarbij naast de vrijgevestigde specialisten, via hun bv, ook de loondienst specialisten lid zijn van het msb (of beter: van de coöperatie). Daarmee fungeert het msb als enige aanspreekpunt voor het ziekenhuisbestuur. Een overkoepelend gremium zoals de Vereniging Medische Staf (VMS), is in die constructie niet langer noodzakelijk. Partijen geven aan deze constructie als positief te ervaren. Overleggen en besluitvorming verlopen hierdoor efficiënter, de taakverdeling is duidelijker en er wordt in grotere mate een gezamenlijke verantwoordelijkheid ervaren.

Aansturing msb door het ziekenhuis

We hebben de aansturing van het msb in kaart gebracht op basis van acht thema's. De grote meerderheid van zowel de ziekenhuizen als de msb's geeft aan over deze thema's afspraken met elkaar te maken en schriftelijk vast te leggen, meestal in een samenwerkingsovereenkomst. Hieruit concluderen we dat de mogelijkheden voor het ziekenhuisbestuur om het msb effectief aan te sturen, op papier in ieder geval goed zijn geregeld. Of dat zich in de praktijk op dezelfde manier vertaalt, hangt van meer factoren af. Uit de enquêtes en interviews kregen we terug dat de onderlinge verstandhouding tussen msb en ziekenhuisbestuur misschien wel meer bepalend is voor een effectieve aansturing dan overeenkomsten en contracten. Zolang er een wederzijdse basis is van vertrouwen en respect voor elkaars positie en belangen, verloopt de aansturing ook soepel en zijn verschillen van inzicht prima bespreekbaar.

Voor raden van toezicht (rvt's) is de aansturing van (vrijgevestigde) medisch specialisten door het ziekenhuisbestuur een belangrijk thema. Bijna 70% van de rvt's is van mening dat ook na de invoering van de integrale tarieven het ziekenhuisbestuur voldoende mogelijkheden heeft om deze groep beroepsbeoefenaren effectief aan te sturen. De rvt's verschillen van mening over de vraag of de aansturing door de komst van het integraal tarief ook effectiever is geworden. De ene helft zegt dat de effectiviteit van de aansturing onveranderd is gebleven (de invoering van het integraal tarief heeft hier geen positief of negatief effect op gehad). De andere helft van de rvt's geeft echter aan, dat de effectiviteit van de aansturing door de komst van het integraal tarief is verbeterd. Hierbij past de nuancering dat de respons van de rvt's niet representatief was: slechts 14 van de 68 rvt's (21%) hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Effecten komst van het msb

Ook de effecten als gevolg van de komst van het msb brachten we in kaart aan de hand van een aantal thema's. Opvallend is dat msb's een stuk positiever zijn over deze effecten dan de ziekenhuizen. Dat geldt vooral voor de door hen ervaren onderhandelingspositie en hun invloed binnen het ziekenhuis. Toch vindt ook bijna 60% van de ziekenhuizen dat door de komst van het msb de invloed van de vrijgevestigde specialisten op de dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis is toegenomen. Een ander effect dat vaak werd genoemd, is dat door de komst van het msb met bijbehorend bestuur, er een duidelijke professionalisering heeft plaatsgevonden. Dit heeft bij de vrijgevestigde specialisten geleid tot het gevoel dat hun belangen beter worden behartigd. Ook de ziekenhuizen ervaren de toegenomen bestuurlijke professionalisering binnen de msb's als een belangrijk positief effect van de integrale bekostiging.

Voor zorgverzekeraars zijn de effecten van de komst van de msb's moeilijk te duiden. Zij hebben over het algemeen weinig zicht op de interne gang van zaken binnen een ziekenhuis en de rol die het msb daarin speelt. Hetzelfde zeggen de zorgverzekeraars over de (effectiviteit van de) aansturing van het msb door het ziekenhuisbestuur: verzekeraars hebben daar geen zicht op.

Realisatie doelstellingen integraal tarief

Ook als het gaat om een oordeel over de realisatie van de doelstellingen van het integraal tarief, zijn de msb's duidelijk positiever dan de ziekenhuizen. Toch zijn ook de ziekenhuizen in overwegende mate positief of neutraal. Dat geldt met name voor de doelstellingen 'bevorderen gelijkgerichtheid van belangen' en 'bevorderen taakherschikking'. Alleen over de realisatie van de doelstelling 'doelmatiger inzet van mensen en middelen' zijn zowel msb's als ziekenhuizen beduidend minder positief. Het slimmer en meer doelmatig organiseren van de zorg blijkt in de praktijk moeilijk te realiseren. Maar in welke mate de komst van de msb's daar een aandeel in heeft, is onbekend.

Méér gelijkgerichtheid tussen de belangen van ziekenhuizen en vrijgevestigde specialisten, alsmede een doelmatiger inzet van mensen en middelen, dragen direct bij aan de verwezenlijking van een belangrijke doelstelling van het huidige kabinet, namelijk het creëren van de juiste zorg op de juiste plek, waarbij de patiënt centraal staat. In het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022, maar ook in de strategische agenda 2018-2020 van de NZa, is deze doelstelling expliciet vastgelegd in de overtuiging dat deze uiteindelijk leidt tot kwalitatief betere zorg, die ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar blijft. Uit deze monitor blijkt dat de invoering van het integraal tarief (nog) niet heeft geleid tot substantiële verbeteringen op het gebied van het slimmer en doelmatiger inrichten van de zorg,

dichtbij of rondom de patiënt en met de inzet van de juiste mensen. Dit is een belangrijke constatering, omdat de urgentie van het leveren van de juiste zorg op de juiste plek juist toeneemt. Er is dus meer nodig. Omdat er in het bestuurlijk akkoord vanuit wordt gegaan dat de maatregelen om deze kabinetsdoelstelling te bereiken op lokaal niveau verder moeten worden ingevuld, acht de NZa het van belang dat de overheid op dit punt nadrukkelijk de vinger aan de pols houdt en zo nodig bijstuurt.

Afspraken over vergoedingen aan specialisten

Vrijwel alle ziekenhuizen en msb's maken afspraken in een samenwerkingsovereenkomst over de vergoedingen voor de zorg. Meestal gaat het om een vast percentage van de ziekenhuisomzet, maar ook een combinatie van een vast en een variabel percentage van de totale ziekenhuisomzet komt regelmatig voor. Interessant om te zien is dat de meerderheid van de ziekenhuizen geen weet heeft van de manier waarop het overeengekomen bedrag met het msb vervolgens 'achter de voordeur' van het msb wordt verdeeld over de vakgroepen en de individuele specialisten. Nog minder zicht hebben ziekenhuizen op de consequenties van deze bedragen voor de inkomens van de vrijgevestigde specialisten. Of de inkomens van de vrijgevestigde specialisten sinds de invoering van het integraal tarief zijn verbeterd of verslechterd, of onveranderd zijn gebleven, daar hebben de meeste ziekenhuizen geen zicht op. Opvallend genoeg geven ook de msb's in meerderheid aan geen goed zicht te hebben op de inkomensontwikkeling (omhoog, omlaag, onveranderd) van de specialisten sinds de invoering van het integraal tarief; niet per specialisme, en ook niet per individuele specialist.

Inkomens- en omzetontwikkelingen specialisten

Op basis van de beschikbare gegevens over de inkomens en omzetten van medisch specialisten kan geen verband worden aangetoond tussen de invoering van de integrale tarieven in de msz en de inkomensontwikkeling van artsen. Het lijkt er echter op dat de komst van integrale tarieven geen waarneembaar effect heeft gehad op de hoogte van de vergoeding aan de (vrijgevestigde) medisch specialisten. Dit spoort ook met de antwoorden die ziekenhuizen en msb's in de enquêtes hebben gegeven over de manier waarop de afspraken over de vergoeding sinds de invoering van integrale tarief zijn vorm gegeven. De vrees dat met het invoeren van de integrale tarieven en de komst van msb's de vrijgevestigde specialisten een sterker geconcentreerd machtsblok zouden vormen tegenover het ziekenhuis en in staat zouden zijn hun inkomsten te verhogen, is in algemene zin dus geen bewaarheid geworden.

Het enige effect waarvan we met zekerheid kunnen stellen dat dit is veroorzaakt door de invoering van het integrale tarief, is de wijze waarop vrijgevestigde specialisten zich fiscaal hebben georganiseerd. In 2015 is (ten opzichte van 2014) een zeer grote verschuiving waarneembaar van medisch specialisten uit de categorie 'arts, zelfstandige, excl. DGA' naar de categorie 'arts, DGA'. In totaal gaat het om een verschuiving van ruim 3.000 specialisten.

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is wel dat de inkomenscijfers van de vrijgevestigde specialisten moeilijk te duiden zijn. Een onderlinge vergelijking van het gemiddelde jaarloon van vrijgevestigden en specialisten in loondienst is vanwege de verschillende definities en de verschillen in fiscale behandeling niet goed mogelijk¹.

¹ Een technische toelichting is opgenomen in hoofdstuk 7, paragraaf 4.

CBS-cijfers over de inkomensontwikkeling bij specialisten in loondienst, directeuren groot aandeelhouders (van BV's) en zelfstandigen zijn door de verschillende fiscale regimes onderling niet te vergelijken. Er is dan ook geen eenduidig beeld over de inkomensontwikkeling te geven.

Bij de omzetcijfers doet zich het probleem voor dat de cijfers over de jaren 2012 t/m 2014 (beheersmodel honoraria vrijgevestigde specialisten) zich lastig laten vergelijken met de omzetcijfers over 2015 en 2016. Wel kunnen we een algemeen beeld laten zien van de omzetcijfers van de vrijgevestigde specialisten. Op basis hiervan is sprake van een geleidelijke omzetontwikkeling, zonder grote uitschieters naar boven of naar beneden. Dit bevestigt het beeld dat we ook bij de inkomenscijfers hebben waargenomen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Op 1 januari 2015 werden integrale tarieven in de medisch specialistische zorg (msz) ingevoerd. Tot 1 januari 2015 waren de tarieven in de msz opgebouwd uit twee afzonderlijke componenten, te weten:

- a) een kostendeel van het ziekenhuis;
 - b) een honorariumdeel van de vrijgevestigde medisch specialisten.
- Beide componenten stonden gescheiden van elkaar op de ziekenhuisnota vermeld.

Naast deze gescheiden tariefregulering voor ziekenhuiskosten en specialistenhonoraria, bestond de regulering uit:

- een beheersmodel (met honorariumplafonds) voor de vrijgevestigd medisch specialisten;
- gescheiden macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria vrijgevestigd medisch specialisten.

Deze componenten vervielen per 1 januari 2015. Met de komst van het integrale tarief werden de ziekenhuiskosten en het honorarium van de artsen samengevoegd. Het ziekenhuis rekent het honorarium met de vrijgevestigde specialisten af via het medisch-specialistisch bedrijf (msb). Binnen het msb vindt vervolgens een tweede verdeling van de honoraria plaats naar vakgroep/specialisme en/of naar de individuele specialist.

Doelstellingen bij invoering integrale tarieven msz

De invoering van integrale tarieven kende vier doelstellingen, te weten:

1. Bevorderen gelijkgerichtheid van belangen tussen vrijgevestigde medisch specialisten en ziekenhuizen.
2. Doelmatige(r) inzet van mensen en (financiële) middelen, o.a. taakherschikking.
3. Wegnemen van belemmeringen voor selectieve inkoop zorgverzekeraars.
4. Creëren van een gelijk speelveld voor instellingen met specialisten in loondienst versus instellingen met specialisten in vrije vestiging.

De minister van VWS vroeg de NZa om deze doelstellingen te monitoren. Dit is de derde monitor die we uitbrengen over dit onderwerp. We brengen in deze monitor de ontwikkelingen in kaart over o.a. de organisatiemodellen, de aansturing van het msb door het ziekenhuis, de effecten van de komst van het msb, de afspraken over vergoedingen aan specialisten en over de realisatie van de doelstellingen van de invoering van integrale tarieven. Nieuw in deze monitor is het onderdeel dat ingaat op de inkomens- en omzetontwikkeling van de vrijgevestigde medisch specialisten.

1.2 Scope

Deze monitor gaat niet in op de positie en de gegevens van vrijgevestigd medisch specialisten die zuiver solistisch (monodisciplinair) werken, dus niet via een msb of in loondienst. Dit is een zeer beperkte groep van ongeveer 40 aanbieders.

1.3 Methode

Voor deze monitor hebben we vragenlijsten uitgezet bij de msb's, ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (zbc's), raden van toezicht (rvt's) en zorgverzekeraars. Daarnaast hebben we met 4 ziekenhuizen en 3 msb's verdiepende interviews afgenomen en data geanalyseerd. Deelname aan het onderzoek (vragenlijsten en interviews) geschiedde volledig op vrijwillige basis.

De respons op deze vragenlijsten was voldoende (53-70%), behalve bij de zbc's (4%) en bij de rvt's (21%). De lage respons van de zbc's behoeft nuancering. Van de 145 aangeschreven zbc's is bekend dat een aanzienlijk aantal geen msb, of een vergelijkbaar gremium heeft, waarin de medisch specialisten zich hebben georganiseerd. Opvallend is de lage respons bij de rvt's, zeker ook omdat de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ), op ons verzoek ook een link naar de vragenlijst opnam in hun nieuwsbrief.

Volledigheidshalve merken we op dat daar waar in deze monitor (in zijn algemeenheid) wordt gesproken over de ziekenhuizen, de msb's, de zorgverzekeraars, etc., uitsluitend wordt bedoeld op de organisaties die aan het onderzoek hebben deelgenomen.

Vooraf voor het hoofdstuk over de inkomens- en omzetontwikkeling van de medisch specialisten hebben we data opgevraagd en geanalyseerd. Voor de inkomensgegevens hebben we gebruik gemaakt van data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Voor de omzetontwikkeling van vrijgevestigde medisch specialisten gebruikten we data van DIS, Vektis en Digimv.

2. Organisatiemodellen

2.1 Inleiding

De invoering van integrale bekostiging per 2015 heeft geleid tot nieuwe organisatievormen bij aanbieders van medisch-specialistische zorg. De klassieke maatschapstructuur, waarbij vrijgevestigde medisch specialisten zich - meestal per vakgroep/specialisme - organiseerden in een afzonderlijke maatschap, is verleden tijd. Hiervoor in de plaats zijn de medisch specialistische bedrijven (msb's) gekomen. Msb's kenmerken zich doorgaans door een horizontale organisatiestructuur. Dat wil zeggen dat alle, of een aanzienlijk deel van de binnen een ziekenhuis aanwezige specialismen in het msb zijn vertegenwoordigd.

Als we in deze monitor spreken over organisatiemodellen, onderscheiden we drie categorieën:

1. het samenwerkingsmodel;
2. het loondienstmodel;
3. het participatiemodel.

Ad 1. Samenwerkingsmodel

Ziekenhuizen of zbc's die zich kenmerken door de aanwezigheid van één of meerdere msb's, noemen we *samenwerkingsmodellen*. msb's kunnen verschillende verschijningsvormen hebben. Zo kennen we de *coöperatie msb*, waarin vrijgevestigde medisch specialisten met een eigen bv (personal holding) deelnemen. Daarnaast kennen we de *maatschap msb*, waarbij het msb wordt gevormd door vrijgevestigde specialisten die zich via hun eigen bv of als natuurlijk persoon, als maat aan de maatschap hebben verbonden. Ook msb's in de *bv-vorm* komen voor, zij het op zeer beperkte schaal. Hierbij houden de deelnemende specialisten, via hun eigen bv of als natuurlijk persoon, aandelen van de bv. Het is tenslotte ook mogelijk dat specialisten in loondienst zijn van een msb, ongeacht de rechtsvorm van zo'n msb.

Ad 2. Loondienstmodel

Ook het klassieke *loondienstmodel* is blijven bestaan, wat inhoudt dat (een deel van) de medisch specialisten in loondienst (is) zijn van het ziekenhuis of zbc.

Ad 3. Participatiemodel

Tenslotte kennen we het *participatiemodel*, waarmee wordt bedoeld op een organisatievorm waarbij medisch specialisten op basis van (volle) eigendom in de juridische structuur van het ziekenhuis deelnemen en hun fiscaal zelfstandige status kunnen behouden. Bij dit model bestaat bijvoorbeeld de mogelijkheid dat specialisten een risicodragend belang nemen in het ziekenhuis via aandelenbezit of via het doen van investeringen in, of het verstrekken van leningen aan het ziekenhuis.

Varianten/Mengvormen

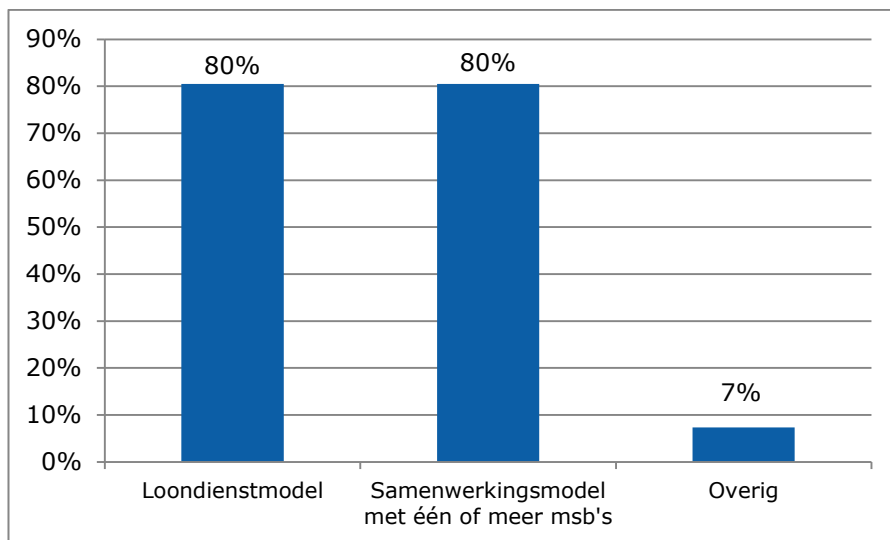
Vrijwel alle (algemene) ziekenhuizen hebben een mengvorm van het samenwerkings- en het loondienstmodel. Maar binnen de verschillende verschijningsvormen van het samenwerkingsmodel bestaan weer subvarianten. Bijvoorbeeld een coöperatie msb, waarbij de coöperatie bestaat uit twee soorten leden: leden, vrijgevestigde specialisten, die met hun personal holding deelnemen in het msb en langs die weg aanspraak kunnen maken op een deel van de door de coöperatie behaalde winst, en leden, specialisten in loondienst van het ziekenhuis,

die géén aanspraak kunnen maken op winsten die door de coöperatie worden behaald.

Uit vorige monitors bleek dat binnen elk ziekenhuis individuele, situatie-afhankelijke factoren bepalend waren voor welk type organisatiemodel men uiteindelijk heeft gekozen. Ook bleek dat vrijgevestigde specialisten (binnen het samenwerkingsmodel) er massaal voor kiezen om zich te organiseren in msb's. De motieven hiervoor waren hoofdzakelijk het behoud van fiscaal ondernemerschap en de onafhankelijke positie ten opzichte van het ziekenhuis(bestuur).

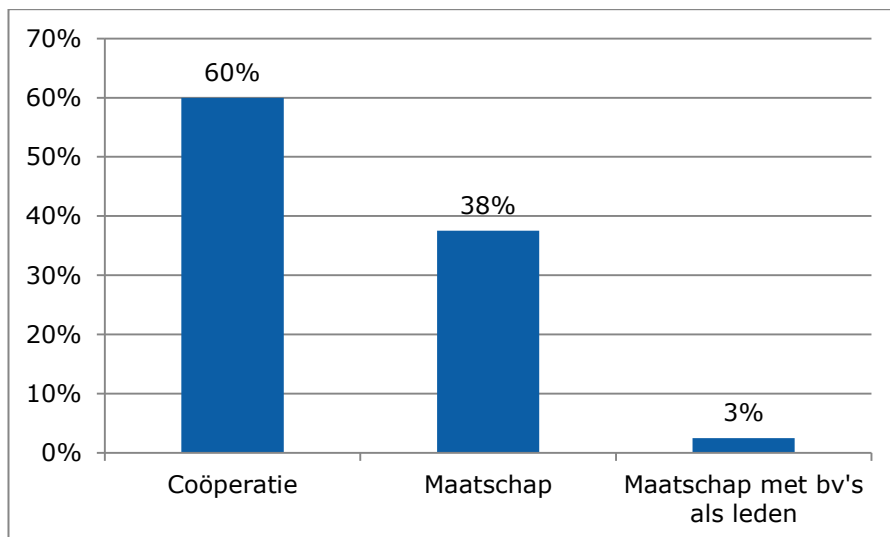
2.2 Huidige organisatiemodellen

Onderstaande figuur laat zien welk organisatiemodel de ziekenhuizen en zbc's hanteren.



Vier op de vijf ziekenhuizen kent het loondienstmodel, een even grote groep kent het samenwerkingsmodel met een msb. De meeste ziekenhuizen beschikken dus over een combinatie van beide organisatievormen. Drie ziekenhuizen (7%) geven aan een ander model te kennen. Bij deze ziekenhuizen is in meer of mindere mate sprake van verwantschap met het participatiemodel.

Onderstaande figuur laat zien welke rechtsvorm de msb's hanteren.



De meerderheid van de msb's kent de coöperatie als rechtsvorm. Daarnaast is er een redelijk grote groep msb's die gekozen heeft voor de maatschap als rechtsvorm. Van de ondervraagde msb's geeft de helft (50%) aan, behalve voor het ziekenhuis waar zij aan zijn gelieerd, ook nog voor andere organisaties of instellingen werkzaamheden te verrichten en deze samenwerking hebben vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. De andere helft (50%) van de msb's werkt uitsluiten ten behoeve van het ziekenhuis waaraan zij zijn gelieerd.

Voor een zeer grote meerderheid van de msb's (77,5%) geldt dat er meer dan 60 specialisten aan het msb zijn verbonden.

2.3 Ontwikkelingen

In het Regeerakkoord Rutte III² staat dat zal worden gestimuleerd dat vrijgevestigde specialisten de overstap maken naar hetzij loondienst, hetzij een participatiemodel. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord msz 2019-2022³, dat op 4 juni 2018 tussen de minister van VWS en de veldpartijen is gesloten, is dit kabinetsvoornemen enigszins genuanceerd. Daarin staat dat medisch specialisten hun werkzaamheden in vrije vestiging of in loondienst kunnen blijven uitoefenen en dat zij niet onder het regime van de Wet normering topinkomens (Wnt) vallen. Voor deze monitor zijn wij nagegaan of er, al dan niet als gevolg van het Regeerakkoord Rutte III, binnen ziekenhuizen en msb's initiatieven worden ontplooid om het huidige organisatiemodel op basis van een msb in de nabije toekomst te verruilen voor een volledig loondienstmodel, een participatiemodel, of een andere organisatievorm.

Een grote meerderheid van de msb's (65%) geeft aan het huidige organisatiemodel voort te willen zetten. Iets meer dan een kwart van de msb's (27,5%) zegt samen met het ziekenhuis gesprekken te voeren om te komen tot een ander organisatiemodel, maar dat deze gesprekken los staan van de passage uit het Regeerakkoord. In bijna al deze gevallen gaat het om een andere invulling van het bestaande organisatiemodel. Het overige deel heeft de vraag niet beantwoord.

Ook de grote meerderheid van de ziekenhuizen (64%) geeft aan dat de intentie is om het huidige organisatiemodel te laten voortbestaan. Van de ondervraagde ziekenhuizen geeft 36% aan gesprekken te voeren met het msb om tot een ander organisatiemodel te komen. Een kwart (25%) hiervan streeft naar een volledig loondienstmodel. Bij de rest gaat het veelal om varianten op het bestaande organisatiemodel. Volledige participatie van de specialisten wordt op dit moment in geen enkel geval nagestreefd. Men ziet op dit moment te veel belemmeringen en onzekerheden om een dergelijk complex traject succesvol te volbrengen.

We vroegen de ziekenhuizen of zij sinds 2015 artsen in vrije vestiging hebben gestimuleerd om in loondienst te komen. Hierop antwoordt 61% met 'nee'. Toch geeft 39% van de ondervraagde ziekenhuizen aan dergelijke gesprekken met de vrijgevestigde artsen te voeren, of te hebben gevoerd.

² www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord-vertouwen-in-de-toekomst

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/04/kamerbrief-over-hoofdlijnenakkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-2022>

De ziekenhuizen geven aan dat zij loondienst stimuleren door: a) het eenmalig beschikbaar stellen van een geldbedrag, b) een structurele opslag op het cao-salaris en c) méér, resp. intensievere, betrokkenheid bij de besluitvorming (participatie) binnen het ziekenhuis.

Ruim 30% van de ziekenhuizen geeft aan, dat het aantal specialisten dat de overstap heeft gemaakt van vrije vestiging naar loondienst sinds de invoering van integrale tarieven is toegenomen.

Als voornaamste oorzaak van deze toename noemen zij de subsidie (€ 100.000) die de minister van VWS hiervoor beschikbaar heeft gesteld. Een belangrijk deel van deze ziekenhuizen laat weten dat ook een aanvullende (financiële) prikkel van het ziekenhuis zelf heeft bijgedragen aan deze toename. Slechts een kleine 3% van de ziekenhuizen geeft aan, dat het aantal specialisten in loondienst sinds de invoering van integrale tarieven is afgenomen.

2.4 Invloed organisatiemodel op contact met zorgverzekeraars

Aan zorgverzekeraars vroegen we of zij vinden dat de aard, frequentie of kwaliteit van hun contact met ziekenhuizen en zbc's sinds 2015 is veranderd.

Opvallend is dat 4 van de 7 zorgverzekeraars aangeven dat het contact weliswaar is veranderd, en hoofdzakelijk in positieve zin, maar dat de invoering van integrale tarieven, of de komst van het msb, daar niets mee te maken heeft gehad. De resterende 3 (van de 7) zorgverzekeraars zeggen dat de komst van msb's en invoering van integrale tarieven helemaal niet van invloed is geweest op de aard, frequentie of kwaliteit van hun contact met ziekenhuizen en zbc's.

De conclusie is dan ook gerechtvaardigd, dat de invoering van integrale tarieven en de daarmee gepaard gaande komst van het msb volgens zorgverzekeraars niet van invloed is geweest op de manier waarop het contact tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen/zbc's plaatsvindt.

3. Aansturing msb door het ziekenhuis

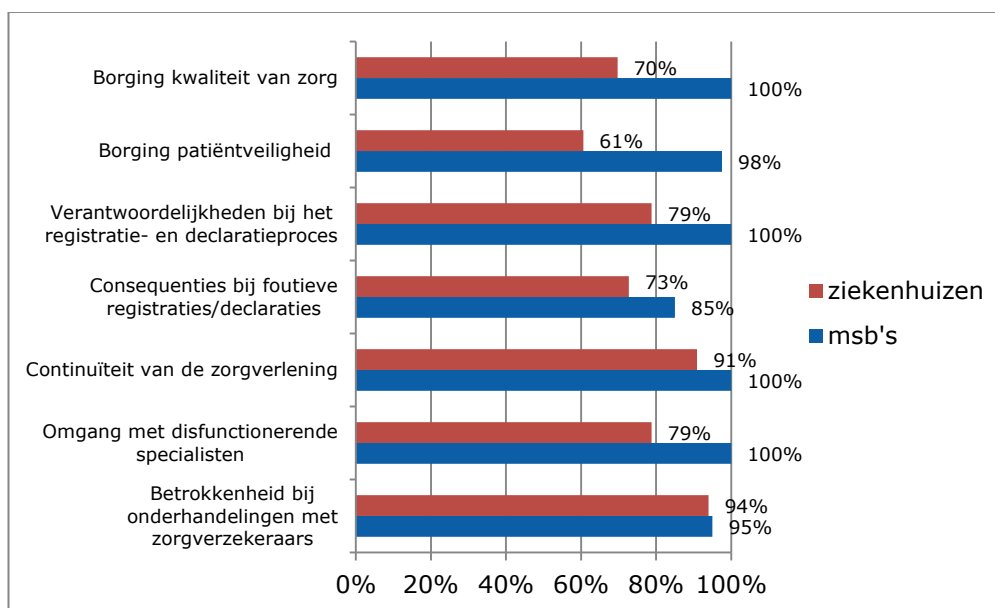
3.1 Inleiding

De mogelijkheden voor een ziekenhuisbestuur om een msb adequaat aan te sturen, hangen voor een belangrijk deel af van de vraag of beide partijen afspraken met elkaar maken over zaken die de bestuurbaarheid van het ziekenhuis direct raken.

We vroegen naar de afspraken die ziekenhuizen en msb's maken met betrekking tot de volgende thema's:

- Borging kwaliteit van zorg;
- Borging patiëntveiligheid;
- Verantwoordelijkheden bij het registratie- en declaratieproces;
- Consequenties van foutieve registraties en/of declaraties;
- Continuïteit van de zorgverlening;
- Omgang met disfunctionerende specialisten;
- Betrokkenheid specialisten bij onderhandelingen met zorgverzekeraars.

Schematisch levert dat het volgende beeld op:



In bovenstaande figuur is weergegeven welk deel van de msb's en welk deel van de ziekenhuizen aangeven afspraken met elkaar te hebben gemaakt over de zeven genoemde thema's.

Opvallend is dat uit deze figuur blijkt, dat ziekenhuizen en msb's op sommige thema's onderling sterk van elkaar verschillen. Zo geven alle ondervraagde msb's (100%) aan afspraken met ziekenhuizen te maken te maken over de borging van kwaliteit van de geleverde zorg, terwijl van de ondervraagde ziekenhuizen maar 70% antwoordt dat hierover afspraken zijn met het msb. Bij het thema 'borging patiëntveiligheid' is het verschil zelfs nog groter: 98% van de msb's geeft aan dat hierover afspraken worden gemaakt met het ziekenhuis, terwijl slechts 61% van de ziekenhuizen dit beaamt. Dit verschil laat zich onder andere verklaren doordat van het totaal aantal msb's dat de vragenlijst heeft ingevuld (40) slechts de helft (20) is gelieerd aan een van de 38 ziekenhuizen die de vragenlijst hebben ingevuld.

Er zijn dus 18 unieke ziekenhuizen en 20 unieke msb's. De resterende 20 ziekenhuizen en msb's zijn aan elkaar gelieerd. Verder kan worden aangenomen dat de ziekenhuizen die aangeven géén afspraken met het msb te maken over kwaliteit en patiëntveiligheid, dergelijke afspraken wel maken, maar dan met de vereniging medische staf (VMS), of eventueel een ander gremium. Dit blijkt ook uit de antwoorden van ziekenhuizen die hieronder in paragraaf 3.2 en 3.3. worden besproken.

Hieronder gaan we per thema in op de reacties van de msb's en ziekenhuizen.

3.2 Borging kwaliteit van zorg

Alle msb's maken afspraken met het ziekenhuis over hoe de kwaliteit van zorg wordt geborgd. Ruim 90% van de msb's legt deze afspraken vast in een samenwerkingsovereenkomst. Het overige deel gebruikt hiervoor een ander document, zoals een raamovereenkomst, een Service Level Agreement (SLA) of een dienstverleningsovereenkomst. De eindverantwoordelijkheid van het kwaliteitsbeleid ligt bij de raad van bestuur (rvb) van het ziekenhuis. Echter, een groot deel van de msb's ziet het als een gedeelde verantwoordelijkheid. Afspraken worden in gezamenlijkheid gemaakt en de leden van het msb committeren zich hieraan. Een deel van de msb's geeft aan dat de vereniging medische staf (VMS), waarin ook de loondienst specialisten zijn vertegenwoordigd, primair verantwoordelijk is voor het kwaliteitsbeleid. Een gering aantal msb's antwoordt dat de resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) binnen het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg. Voorbeelden van onderwerpen die in het kader van kwaliteitsbeleid worden vastgelegd, zijn:

- het verlenen van medewerking aan accreditatie;
- het deelnemen aan visitaties door de wetenschappelijke verenigingen;
- het deelnemen aan onderlinge toetsing;
- het verlenen van medewerking aan onderzoek naar en behandeling van klachten;
- het actief deelnemen in en uitvoering geven aan kwaliteitsverbeteringstrajecten;
- het meewerken aan patiënttevredenheidsonderzoeken;
- het volgen van geaccrediteerde bij- en nascholing;
- het verzorgen van patiënten begeleiding;
- het participeren in de coördinatie van medisch specialistische zorg;
- bijdragen aan een toereikende documentatie van het zorgproces.

In de antwoorden van de ziekenhuizen en de zbc's (hierna: ziekenhuizen) zien we verschillende vormen waarin zij afspraken maken over kwaliteit van zorg. 70% van de ziekenhuizen maakt rechtstreeks afspraken met het msb in de samenwerkingsovereenkomst. Het overige deel van de ziekenhuizen maakt afspraken via de vereniging medische staf (VMS), vaak schriftelijk vastgelegd in een reglement of een ander kwaliteitsdocument. Deze afspraken zijn vervolgens ook op het msb van toepassing. Ook ziekenhuizen geven aan dat de eindverantwoordelijkheid van het kwaliteitsbeleid (op basis van de kwaliteitswet Zorginstellingen) bij de rvb van het ziekenhuis ligt, maar in de praktijk beschouwen partijen het als een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

3.3 Borging patiëntveiligheid

Bij antwoorden over het veiligheidsbeleid zien we een vergelijkbaar beeld met het kwaliteitsbeleid. Ruim 90% van de msb's legt afspraken hierover vast in de samenwerkingsovereenkomst, het overige deel gebruikt hiervoor een ander document. Het ziekenhuis is eindverantwoordelijk, maar partijen beschouwen het veiligheidsbeleid als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het ziekenhuis draagt bijvoorbeeld zorg voor de implementatie van de registratiesystemen als geïntegreerd onderdeel van het totale veiligheidsbeleid en meldt een calamiteit aan de IGJ conform de richtlijn. Het msb zorgt voor naleving van de afspraken over patiëntveiligheid door haar leden, bijvoorbeeld in het geval van een incident, een bijna-incident of calamiteit. Hierbij moeten de specialisten handelen conform het systeem Veilig Incidenten Melden (VIM) van het ziekenhuis.

61% van de ziekenhuizen maakt rechtstreeks met het msb afspraken over patiëntveiligheid. Ook deze afspraken worden vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst. Het overige deel van de respondenten maakt over patiëntveiligheid afspraken met de VMS, een aparte vakgroep, afdeling of kwaliteitsplatform, en leggen deze afspraken schriftelijk vast in verschillende type documenten. Op één ziekenhuis na geeft iedereen aan dat deze afspraken ook van toepassing zijn op het msb.

3.4 Verantwoordelijkheden bij het registratie- en declaratieproces

De medisch specialisten zijn verantwoordelijk voor juiste, volledige en tijdige registraties, conform de regels van de NZa. Het ziekenhuis zorgt voor de interne controle en draagt zorg voor declaratie aan de zorgverzekeraar of de patiënt.

Alle msb's maken afspraken met het ziekenhuis over het registratie- en declaratieproces. Deze worden veelal vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst, maar ook in een jaarafspraken, een SLA, een dienstverleningsovereenkomst, of in een productieovereenkomst. De medisch specialisten maken gebruik van de in het ziekenhuis geïmplementeerde (ICT-)systemen met inachtneming van de interne administratie- en registratievoorschriften. Hiermee wordt beoogd dat specialisten alle handelingen die van invloed zijn op het behandelproces van de patiënt, de bedrijfsvoering van de organisatie en de verantwoording in het kader van de kwaliteitswetgeving, zorgvuldig registreren.

Bijna 80% van de ziekenhuizen maakt afspraken over de verantwoordelijkheidsverdelingen in het registratie- en declaratieproces. 85% hiervan legt deze afspraken vast in de samenwerkingsovereenkomst. De rest geeft aan dit vast te leggen in een jaarplan of hierover afspraken te maken in een registratieoverleg. Een zeer gering aantal maakt wel afspraken, maar legt deze niet vast. De resterende 20% van de ziekenhuizen antwoordt geen afspraken met het msb te maken over het registratie- en declaratieproces. Zij geven aan hierover ook geen afspraken te maken met een ander gremium binnen het ziekenhuis.

3.5 Consequenties van foutieve registraties en/of declaraties

85% van de msb's maakt met het ziekenhuisbestuur afspraken over de consequenties van fouten in registraties of declaraties, vastgesteld door een interne of externe controleur. Foutieve registraties en declaraties worden in de meeste gevallen gecorrigeerd en verrekend.

Bijna driekwart van de ziekenhuizen geeft aan afspraken te maken met msb's over de consequenties van foutieve registraties of declaraties. 58% hiervan geeft aan deze afspraken vast te leggen in de samenwerkingsovereenkomst, 29% legt ze vast in een ander document en 13% maakt wel afspraken, maar legt deze niet schriftelijk vast.

De overige 25% van de ziekenhuizen maakt over dit onderwerp helemaal geen afspraken met het msb, of met een ander gremium binnen het ziekenhuis.

3.6 Continuïteit van de zorgverlening

Alle msb's maken afspraken met het ziekenhuis over de continuïteit van de zorgverlening en 98% gebruikt voor de vastlegging hiervan de samenwerkingsovereenkomst.

Ruim 90% van de ziekenhuizen maakt afspraken met de msb's over continuïteit van zorgverlening. Kenmerk van die afspraken is dat het msb verantwoordelijk is voor de continuïteit van de zorgverlening, o.a. tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten en bij spoedgevallen. De msb's zijn hierbij ook verantwoordelijk voor tijdige vervanging of waarneming. Het ziekenhuis faciliteert de continuïteit van de zorgverlening met het beschikbaar stellen van het gebouw, (bijzondere) ruimtes, medische apparatuur en personele ondersteuning die nodig is in het zorgproces. Ziekenhuizen geven in aanvulling hierop aan dat wanneer het msb niet in staat is om de continuïteit van zorglevering te borgen, zij maatregelen kunnen nemen. Te denken valt in dit verband aan de inhuur van extra personeel op kosten van het msb. Vastlegging van deze afspraken gebeurt hoofdzakelijk in de samenwerkingsovereenkomst, maar ook in dienstverleningsovereenkomsten, SLA's of notulen.

De resterende 10% van de ziekenhuizen maakt helemaal geen afspraken over de continuïteit van de zorgverlening, niet met het msb, maar ook niet met een ander gremium binnen het ziekenhuis.

3.7 Omgang met disfunctionerende specialisten

Alle msb's maken afspraken met het ziekenhuis over disfunctionerende specialisten.

79% van de ziekenhuizen maakt afzonderlijk met het msb afspraken over disfunctionerende specialisten. Deze afspraken worden in alle gevallen schriftelijk vastgelegd, ofwel in de samenwerkingsovereenkomst of in een apart document voor het disfunctioneren (vaak een protocol of reglement). Zoals eerder beschreven, ligt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van zorg bij de rvb van het ziekenhuis. Dat geldt ook voor disfunctionerende medisch specialisten. In de praktijk wordt in dit soort zaken echter, mede op basis van de hierover vastgelegde afspraken in de samenwerkingsovereenkomst, vaak samen opgetrokken.

In de meeste gevallen is eerst het msb aan zet om maatregelen te nemen tegen de disfunctionerende specialist. Pas in het uiterste geval zal het ziekenhuis bij vastgesteld disfunctioneren besluiten tot ontzegging van de toegang van de betreffende medisch specialist tot het ziekenhuis. In sommige ziekenhuizen is afgesproken dat de te volgen procedure bij mogelijk disfunctioneren en het oordeel over disfunctioneren plaatsvindt onder regie van het bestuur van de VMS. In deze ziekenhuizen zijn de afspraken en procedures rondom disfunctioneren van medisch specialisten gemaakt met de VMS. Omdat de medisch specialisten die werkzaam zijn in een msb ook in de VMS zijn vertegenwoordigd, zijn deze afspraken ook op hen van toepassing.

3.8 Betrokkenheid specialisten bij contractonderhandelingen met zorgverzekeraars

95% van de msb's is betrokken bij de jaarlijkse contractonderhandelingen tussen het ziekenhuisbestuur en zorgverzekeraars. Bijna 90% van de ondervraagde msb's neemt actief aan die onderhandelingen deel. Het overige deel is toehoorder, schuift aan bij een deel van de onderwerpen, of is betrokken bij de voorbereidingen. Afspraken hierover worden vaak opgenomen in de samenwerkingsovereenkomst, of een vergelijkbaar document.

94% van de ziekenhuizen maakt met het msb afspraken over betrokkenheid bij de jaarlijkse contractonderhandelingen met zorgverzekeraars. Driekwart antwoordt dat het msb een actief aandeel heeft in de onderhandelingen. Het overige deel geeft aan dat het msb als toehoorder aanwezig is, of in de voorbereidingen wordt betrokken. Ruim 67% van de ziekenhuizen zegt deze afspraken ook op schrift te stellen; bijna een derde van de ziekenhuizen doet dat niet.

3.9 Betrokkenheid specialisten bij investeringsbeslissingen

In ongeveer driekwart van de ziekenhuizen wordt het msb betrokken bij investeringsbeslissingen. In sommige gevallen heeft het msb hierbij een adviserende rol, in andere gevallen heeft het msb ook een rol in de besluitvorming. Regelmatig komt het voor dat het msb, of individuele medische specialisten, lid is/zijn van de investeringscommissie van het ziekenhuis. De rol die het msb, resp. de specialist, speelt wordt mede bepaald door het onderwerp van de voorgenomen investering: gaat het om medische zaken of een andersoortige investering? Ook de omvang van de investering is bepalend voor de mate van betrokkenheid van het msb, resp. de individuele specialist. In sommige gevallen draagt het msb ook financieel bij aan de investering. Opvallend is dat ziekenhuizen hier een ander beeld bij blijken te hebben dan msb's. Van de 24 msb's die aangeven daadwerkelijk betrokken te zijn geweest bij investeringen, zeggen er 13 (54%) dat zij ook een financiële bijdrage hebben geleverd. Voor de ziekenhuizen geldt daarentegen dat slechts 4 van de 23 (17%) ziekenhuizen bevestigen dat het msb financieel heeft bijgedragen aan een investering. Een harde verklaring voor dit verschil hebben we niet uit de antwoorden kunnen herleiden. Mogelijk ligt de oorzaak in een interpretatieverschil. Zo zou het kunnen zijn, dat msb's een door hen aan het ziekenhuis verstrekte lening (ook) beschouwen als een financiële bijdrage, terwijl het ziekenhuis dat niet zo ziet en uitsluitend een concrete investering van het msb als een financiële bijdrage betitelt.

3.10 Raden van toezicht over interne aansturing

Van de rvt's die hebben meegedaan aan ons onderzoek is 65% van mening dat het ziekenhuisbestuur voldoende mogelijkheden heeft om het msb effectief aan te sturen. Deze mogelijkheden zijn volgens deze rvt's afdoende vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst. Het overige deel geeft aan dat er nog gesprekken lopen die specifiek de aansturing betreffen, dat meer sturing mogelijk is, of dat er geen sprake is van een sturingsrelatie.

Over de effectiviteit van de aansturing ten opzichte van de situatie vóór de komst van het msb, zijn de meningen verdeeld. De helft vindt de aansturing nu even effectief als daarvoor. De andere helft vindt de aansturing nu effectiever, bijvoorbeeld als gevolg van de toegenomen eenheid binnen het msb, het msb dat fungeert als centraal aanspreekpunt, de transparantie binnen een msb, of de cultuuromslag die met de komst van het msb heeft plaatsgevonden. Eén rvt vindt de aansturing minder effectief, omdat er sinds de komst van het msb een grotere tweedeling is ontstaan in het ziekenhuis tussen (vrijgevestigde) specialisten en het ziekenhuisbestuur.

Wij merken nogmaals op dat de respons van de rvt's slechts 21% bedroeg en daarmee niet als representatief kan worden beschouwd.

3.11 Zorgverzekeraars over interne aansturing

Het merendeel van de zorgverzekeraars geeft aan geen zicht te hebben op het effect van de komst van msb's op de interne aansturing in het ziekenhuis, of dat dit effect per ziekenhuis sterk verschilt. Twee verzekeraars zijn van mening dat de aansturing over het algemeen is verslechterd. Zij noemen hiervoor als reden dat er geen gelijkgerichtheid meer is in bekostiging, omdat volgens deze zorgverzekeraars de interne verrekensystematiek binnen de msb's productie-opdrijvend is.

Het merendeel van de zorgverzekeraars beschouwt de samenwerkingsovereenkomst tussen msb's en ziekenhuizen als een interne aangelegenheid. Eén zorgverzekeraar is wel op de hoogte van de inhoud van de samenwerkingsovereenkomsten, maar ziet voor zichzelf geen rol weggelegd bij de totstandkoming of wijziging van de samenwerkingsovereenkomst. Twee verzekeraars hebben wel een wens om hier (in de toekomst) een rol in te spelen, omdat de huidige werkwijze samenwerking belemmert, of om meer op doelmatigheid en kwaliteit te kunnen sturen. Nu kan het honorarium van de medisch specialisten een tegengesteld effect op de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg veroorzaken. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat hierover in de meerjarenafspraken met ziekenhuizen tegenwoordig wel meer wordt gesproken.

3.12 Individuele overeenkomsten met specialisten

Driekwart (75%) van de responderende msb's sluit individuele overeenkomsten met specialisten. In het merendeel van deze overeenkomsten vindt een doorvertaling plaats van de afspraken die het msb met het ziekenhuis heeft gemaakt in de samenwerkingsovereenkomst. Te denken valt dus aan afspraken over continuïteit van zorgverlening, kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid, disfunctioneren van de medisch specialist, honorarium en aanvullende vergoedingen. Bij strijdigheid tussen bepalingen uit de individuele overeenkomsten en de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis, geeft meer dan de helft van de msb's aan dat de samenwerkingsovereenkomst vóór de individuele overeenkomst gaat.

In de individuele overeenkomst staat dan dat de specialist zich moet conformeren aan de inhoud van de samenwerkingsovereenkomst. Het overige deel van de msb's geeft aan dat bij strijdigheid - afhankelijk van de situatie - naar een passende oplossing wordt gezocht. In slechts één ziekenhuis gaat de individuele overeenkomst boven de samenwerkingsovereenkomst.

De responderende ziekenhuizen sluiten - naast de samenwerkingsovereenkomst met het msb - beduidend minder vaak (ook nog) een individuele overeenkomst met specialisten die deelnemen aan het msb, slechts 22%. De ziekenhuizen die onder deze 22% vallen geven aan dat deze afspraken hoofdzakelijk gaan over kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

4. Effecten komst van het msb

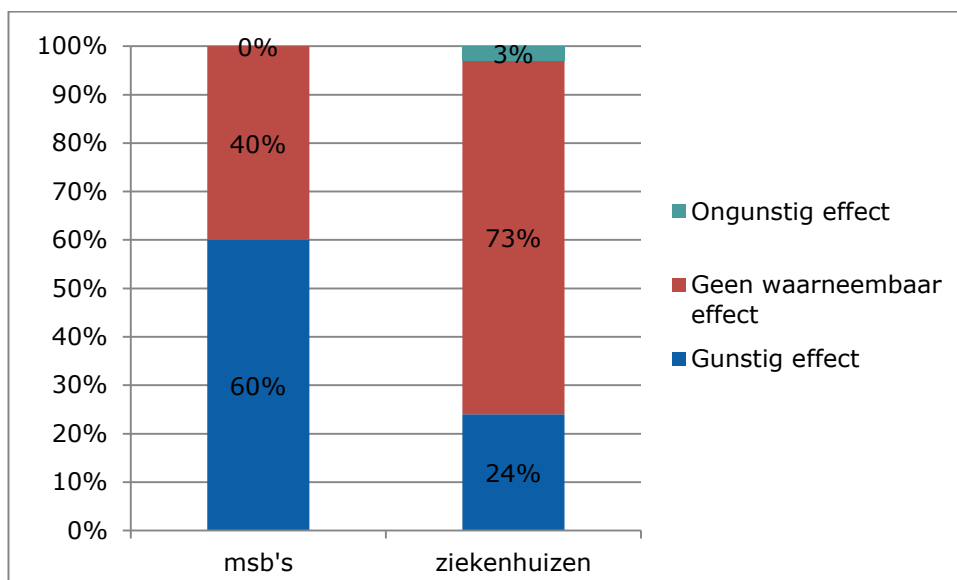
4.1 Inleiding

We bekijken de effecten van de komst van de msb's op de volgende thema's:

- kwaliteit van de zorg;
- patiëntveiligheid;
- onderhandelingspositie van specialisten;
- invloed van specialisten op gang van zaken in het ziekenhuis;
- betrokkenheid van specialisten bij onderhandelingen met zorgverzekeraars;
- enkele overige/losse thema's.

4.2 Effect op de kwaliteit van de zorg

Thema 1: kwaliteit van zorg



Het merendeel van de msb's (60%) is van mening dat de komst van de msb's een gunstig effect heeft gehad op de kwaliteit van zorg. Hiervoor noemen zij uiteenlopende redenen, zoals:

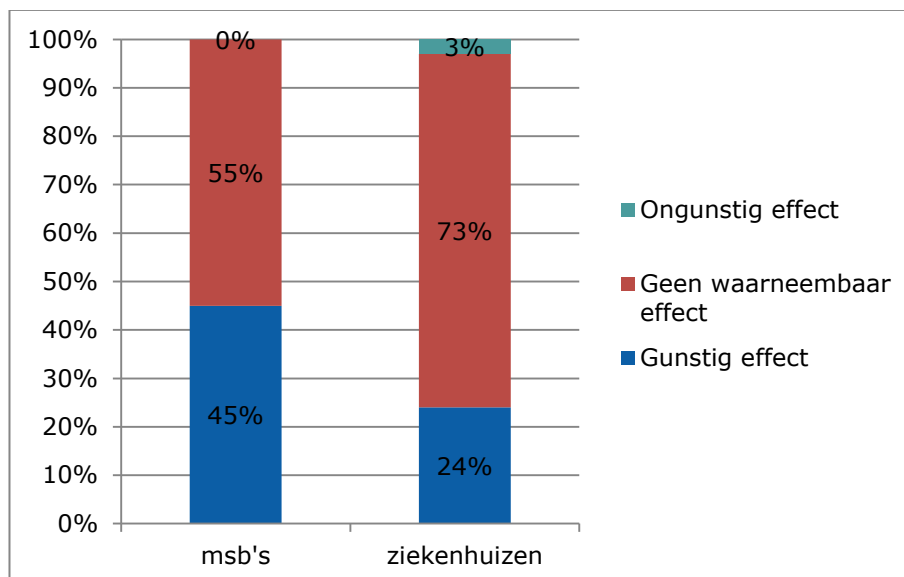
- meer onderlinge betrokkenheid en loyaliteit tussen specialisten;
- meer inzicht in elkaars werkzaamheden;
- meer verantwoordelijkheid bij het msb voor het functioneren van individuele leden en vakgroepen, gekoppeld aan meer mogelijkheden tot het treffen van preventieve maatregelen ter voorkoming van disfunctioneren;
- meer zeggingskracht en gezag van het msb-bestuur als het gaat om (afdwingen van) compliance;
- meer vakgroep overstijgend werken, met als gevolg meer transparantie en afstemming tussen vakgroepen;
- toegenomen besef van collectieve verantwoordelijkheid, met een meer ondernemende houding voor initiatieven op het gebied van zorginnovatie;
- msb fungeert als één krachtig aanspreekpunt naar de rvb van het ziekenhuis, waardoor afstemmen, samenwerken en het nemen van besluiten makkelijker en efficiënter verloopt;

- Komst msb bevordert het proces waarbij honorariumafspraken worden gekoppeld aan de realisatie van kwaliteitsdoelstellingen (inspannings- en resultaatverplichtingen).

Het merendeel van de ziekenhuizen (73%) ziet geen waarneembaar effect op de kwaliteit van de geleverde zorg als gevolg van de komst van de msb's. Toch is ook 24% van mening dat de komst van de msb's een gunstig effect heeft gehad op de kwaliteit van zorg. Redenen die worden genoemd zijn redelijk vergelijkbaar met die van de msb's: een gezamenlijk kwaliteitsbeleid, meer sprake van een collectief (belang), betere aanspreekcultuur, honorariumafspraken worden gekoppeld aan kwaliteitsafspraken en de toegenomen gelijkgerichtheid. Slechts één ziekenhuis ziet een ongunstig effect, vanwege onevenredig grote focus op discussies over het aandeel van het msb in de totale omzet van ziekenhuis in plaats van praten over kwaliteit van de zorg en de verbetering daarvan.

4.3 Effect op de patiëntveiligheid

Thema 2: patiëntveiligheid

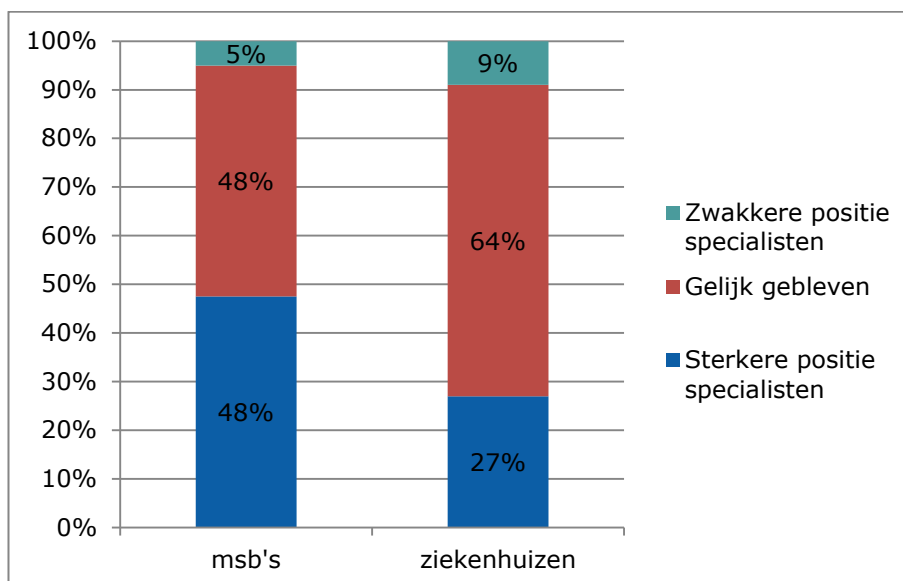


Het effect van de komst van msb's op de patiëntveiligheid laat een vergelijkbaar beeld zien als het effect op de kwaliteit van zorg. Bijna de helft van de msb's (45%) geeft een gunstig effect aan, bijvoorbeeld omdat er meer mogelijkheden zijn om op te treden bij mogelijk disfunctionerende specialisten, samenwerking rond de patiënt steeds meer wordt uitgedragen, er meer betrokkenheid is van de specialisten nu het msb zelf (mede) verantwoordelijk is voor de patiëntveiligheid en dat vakgroepen zijn samengevoegd waardoor er beter wordt samengewerkt. De grootste groep (55%) van de msb's ziet echter geen waarneembaar effect.

Ook bij de ziekenhuizen ziet het grootste deel (73%) geen waarneembaar effect op de patiëntveiligheid. Bijna een kwart van de ziekenhuizen ziet wel een gunstig effect, vanwege een breed gedragen en gezamenlijk beleid, de toegenomen gelijkgerichtheid, toegenomen betrokkenheid en de organisatievorm, waardoor er nu één partij (het msb) is om afspraken mee te maken.

4.4 Effect op onderhandelingspositie specialisten

Thema 3: onderhandelingspositie specialisten



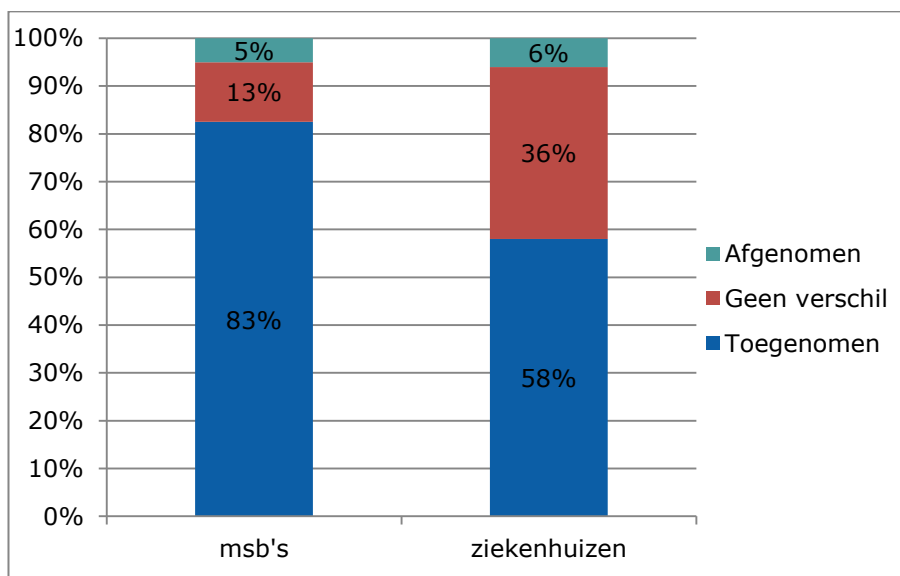
Op de vraag of de komst van het msb gevolgen heeft gehad voor de onderhandelingspositie van de deelnemende specialisten ten opzichte van het ziekenhuis wordt verdeeld gereageerd, zowel door msb's als ziekenhuizen.

Bijna de helft van de msb's is van mening dat specialisten nu een sterkere positie hebben. Zij geven als redenen onder meer aan dat specialisten nu één collectief vormen, de transparantie in het msb, uniforme spelregels, meer gelijke rechten voor alle specialisten, betere verdeling van verantwoordelijkheden binnen het msb en een professionelere aansturing van/door het msb. Een gelijk aantal msb's denkt dat de onderhandelingspositie gelijk is gebleven en slechts 5% is van mening dat specialisten nu een zwakkere positie hebben. Deze laatste groep noemt als reden de strategie van het ziekenhuis om specialisten meer onder druk te zetten.

Bij de ziekenhuizen geeft 64% aan dat de onderhandelingspositie van specialisten niet is veranderd. Meer dan een kwart van de ziekenhuizen geeft aan dat specialisten een sterkere onderhandelingspositie hebben gekregen. Redenen die hiervoor worden genoemd, zijn: een hecht collectief, een actief msb-bestuur, meer gelijkgerichtheid en meer balans tussen de vakgroepen binnen het msb. Het resterende deel van de ziekenhuizen (9%) ziet een zwakkere onderhandelingspositie van de specialisten, omdat het ziekenhuis alleen met het msb onderhandelt en niet met individuele specialisten, of omdat een groot deel van de specialisten is overgestapt naar loondienst met een vorm van participatie.

4.5 Effect op invloed specialisten op gang van zaken in het ziekenhuis

Thema 4: invloed van specialisten op gang van zaken in het ziekenhuis



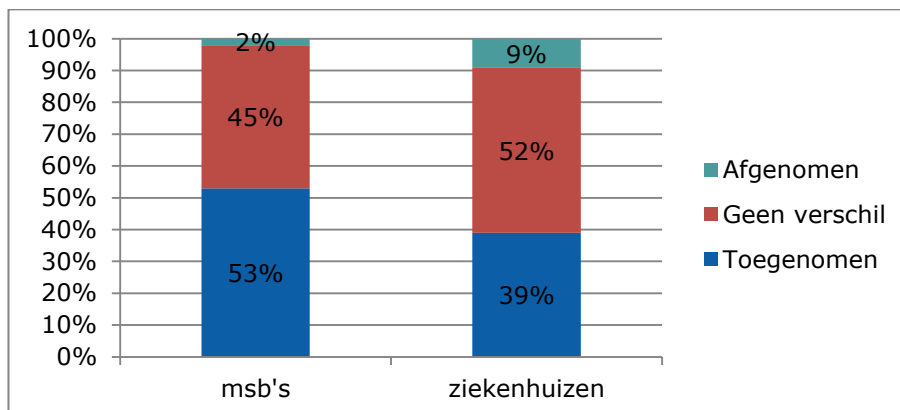
Het grootste deel van de msb's en van de ziekenhuizen (83% en 58%) geeft aan dat de invloed van specialisten op de gang van zaken in het ziekenhuis is toegenomen. Beide groepen geven aan dat specialisten in de nieuwe organisatievorm (msb) meer inspraak hebben, meer betrokken zijn, beter gestructureerd overleg hebben, betere afspraken maken over verantwoordelijkheden en samenwerking, meer ruimte hebben om mee te denken over visie en strategie van het ziekenhuis, meer kunnen sturen op efficiency en meer uniformiteit en gelijkgerichtheid tussen vakgroepen, maar ook tussen specialisten en ziekenhuis. Met de komst van het msb is er ook een krachtig msb-bestuur gekomen met een duidelijk mandaat van haar achterban.

13% van de msb's en 36% van de ziekenhuizen ziet geen waarneembaar effect.

Slechts een kleine groep is van mening dat de invloed van specialisten is afgenomen, omdat specialisten in loondienst (met participatie) zijn gegaan of omdat voortaan alle afstemming via het msb-bestuur loopt en niet via individuele specialisten. Eén msb geeft aan dat de invloed van de specialisten is afgenomen, omdat het ziekenhuisbestuur een strategie hanteert om hen meer onder druk te zetten.

4.6 Effect op betrokkenheid specialisten bij onderhandelingen met zorgverzekeraars

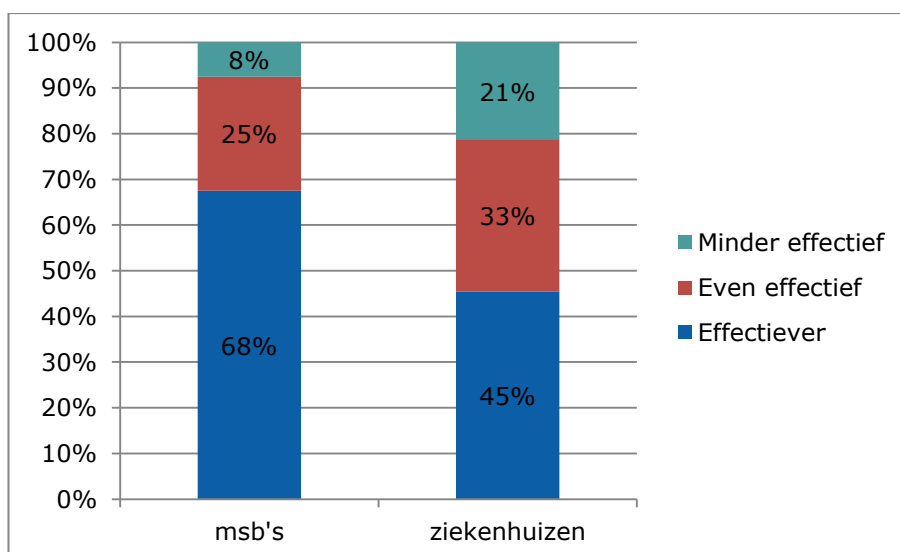
Thema 5: betrokkenheid onderhandelingen met zorgverzekeraars



Ook op dit thema zien we een redelijk vergelijkbaar beeld tussen msb's en ziekenhuizen. De helft is van mening dat er als gevolg van de komst van de msb's geen waarneembaar verschil is in de betrokkenheid van specialisten bij de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Daarnaast is 53% van de msb's en 39% van de ziekenhuizen van mening dat de invloed van specialisten is toegenomen. Beiden geven in de toelichting aan dat de invloed is toegenomen door meer gelijkgerichte betrokkenheid, bij zowel de voorbereiding als de overleggen zelf, betere afspraken over verdeling van verantwoordelijkheden, meer wederzijds vertrouwen, een gezamenlijk belang voor het onderhandelingsresultaat en omdat er in de onderhandelingen met zorgverzekeraars meer aandacht is voor de medische inhoud. Slechts een klein deel van de msb's en ziekenhuizen vindt dat de invloed van specialisten bij de onderhandelingen met zorgverzekeraars is afgenomen, met name omdat specialisten niet aanwezig zijn bij die onderhandelingen.

4.7 Effect op effectiviteit aansturing msb door het ziekenhuis

Thema 6: effectiviteit aansturing msb door het ziekenhuis



Zowel binnen de categorie msb's als ziekenhuizen is het grootste deel van mening dat de aansturing door het ziekenhuisbestuur met de komst van het msb effectiever is geworden. Msb's geven aan dat de aansturing effectiever is, omdat er een verschuiving van taken heeft plaatsgevonden van de rvb van het ziekenhuis naar het msb-bestuur, zoals de aansturing van losse vakgroepen en een deel van de bedrijfsvoering. Daarnaast worden meerdere keren dezelfde antwoorden genoemd, zoals: meer gelijkgerichtheid, duidelijker structuren, betere afspraken over verantwoordelijkheden, meer transparantie en meer wederzijdse betrokkenheid. Ziekenhuizen geven aan dat er met één aanspreekpunt in de vorm van het msb-bestuur betere, meer gestructureerde afspraken kunnen worden gemaakt. Maar ook het ontstane bewustzijn van gezamenlijke verantwoordelijkheden worden meermaals genoemd als redenen voor een betere bestuurbaarheid van het msb door het ziekenhuisbestuur.

Toch is ook een deel van de msb's en ziekenhuizen (8% en 21%) van mening dat de aansturing minder effectief is geworden. Eén msb geeft bijvoorbeeld aan dat de afstemming meer tijd kost, omdat alles eerst of ook via het msb-bestuur loopt. Dit vergroot wel het draagvlak en de transparantie van het besluit. Een aantal ziekenhuizen is van mening dat de belangen van het msb en het ziekenhuis vaak niet op één lijn liggen, er bij msb's veel focus is op geld en tijdsbesteding, de situatie met één VMS overzichtelijker was en dat er met het msb nog te veel discussies worden gevoerd over posities.

4.8 Effect op de contractering (volgens zorgverzekeraars)

Aan zorgverzekeraars zijn diverse vragen gesteld over het contracteerproces en de rol van de medische specialisten hierin, alsmede de invloed van de invoering van de integrale tarieven hierop.

Gesprek over honorariumvergoedingen

Vrijwel alle zorgverzekeraars (zes van de zeven) geven aan dat de honorariumvergoedingen van het ziekenhuis aan het msb, geen onderdeel zijn van de contractbesprekingen. Bij één zorgverzekeraar komt dit in een beperkt aantal gesprekken aan bod.

Zorgverzekeraars verschillen van mening over de vraag of zij vinden dat honorariumvergoedingen wel onderdeel zouden moeten zijn van deze besprekingen: drie vinden dit wel en drie niet. Degenen die zouden willen dat honorariumvergoedingen onderdeel vormen van de contractbesprekingen, menen dat dit de transparantie van het contracteerproces vergroot, dat zo tegen scherpere prijzen kan worden gecontracteerd en dat het zicht geeft op de prikkels die in de wijze van honorering zitten (volumeprikkels of anderszins). De andere drie verzekeraars hebben echter geen behoefte aan gesprekken over honoraria en menen dat dit een interne aangelegenheid betreft tussen ziekenhuis en msb.

Verschillen tussen loondienst en vrije vestiging in de contractbesprekingen

Vier zorgverzekeraars geven aan dat er verschil is in de contractbesprekingen tussen ziekenhuizen met (het merendeel van de) specialisten in loondienst versus ziekenhuizen met hoofdzakelijk vrijgevestigde medisch specialisten. Drie verzekeraars ervaren dit verschil niet. De verzekeraars die wel verschil ervaren, geven aan dat er bij specialisten in loondienst meer sprake is van gelijkgerichtheid en er in het algemeen een betere inhoudelijke discussie mogelijk is dan bij ziekenhuizen met vrijgevestigde specialisten.

Bij vrijgevestigde specialisten zouden de onderhandelingen steviger op het volume worden gevoerd. Academische ziekenhuizen en zbc's zouden hierop volgens deze verzekeraars een uitzondering vormen.

Algemene effecten van de invoering van de integrale bekostiging op contractbesprekingen.

Sommige zorgverzekeraars (drie) zijn van mening dat de invoering van integrale bekostiging geen invloed heeft gehad op de contractbesprekingen, anderen (vier) zeggen dat dit verschilt per ziekenhuis. Over het algemeen ervaren de zorgverzekeraars niet dat hun onderhandelingspositie met de komst van de integrale bekostiging is veranderd.

4.9 Andere effecten

Naast bovenstaande thema's vroegen we ook naar andere effecten die zich hebben voorgedaan als gevolg van de komst van msb's.

Msb's (60%) geven aan dat er met de komst van de msb's:

- Meer gelijkgerichte belangen zijn en gezamenlijke besluitvorming;
- Meer invloed is op de strategie en toekomst van het ziekenhuis;
- Overlegstructuren geharmoniseerd en geïntegreerd zijn;
- Organisatieveranderingen gezamenlijk worden uitgevoerd;
- Registraties en declaraties worden verbeterd;
- Meer inzicht en begrip is ontstaan in/over elkaars positie;
- Het stafbestuur van de VMS professioneler is geworden;
- Strategische onderwerpen zoals krimp, taakherschikking, taaksubstitutie en verplaatsing van zorg structureler worden geadresseerd en aangepakt.

Opvallend is dat slechts één msb een negatief gevolg van haar eigen komst noemt, namelijk dat vakgroepen binnen het msb door financiële beperkingen geblokkeerd worden in hun persoonlijke groei en ontwikkeling. Deze beperkingen worden opgelegd door de rvb van het ziekenhuis en doorvertaald naar het msb.

Ziekenhuizen (36%) geven aan dat er met de komst van de msb's:

- onderlinge afspraken explicieter zijn beschreven met financiële consequenties;
- er meer gezamenlijk wordt opgetrokken bij het bepalen van de meerjaren strategie;
- de samenwerking met de huisartsen in de regio beter is geworden;
- nieuwe organisatievormen zijn opgericht (bv. een federatie);
- de verrekening van het honorarium vereenvoudigd is;
- meer focus is gekomen op keuzes voor de langere termijn en positionering van het ziekenhuis.

Twee ziekenhuizen zijn minder positief over de gevolgen van de komst van msb's en geven aan dat specialisten sindsdien minder goed bestuurbaar zijn. Ook vinden zij dat de vrijgevestigde specialisten zich eerder verwijderd hebben van het ziekenhuis, dan dat er sprake is van meer toenadering of gedeelde belangen.

5. Realisatie doelstellingen integraal tarief

5.1 Inleiding

In paragraaf 1.1 (Aanleiding en achtergrond) staan de vier doelstellingen beschreven die werden beoogd bij de invoering van integrale tarieven in medisch specialistische zorg. Ziekenhuizen en msb's hebben we gevraagd in hoeverre de volgende doelstellingen van de invoering van integrale tarieven zijn behaald:

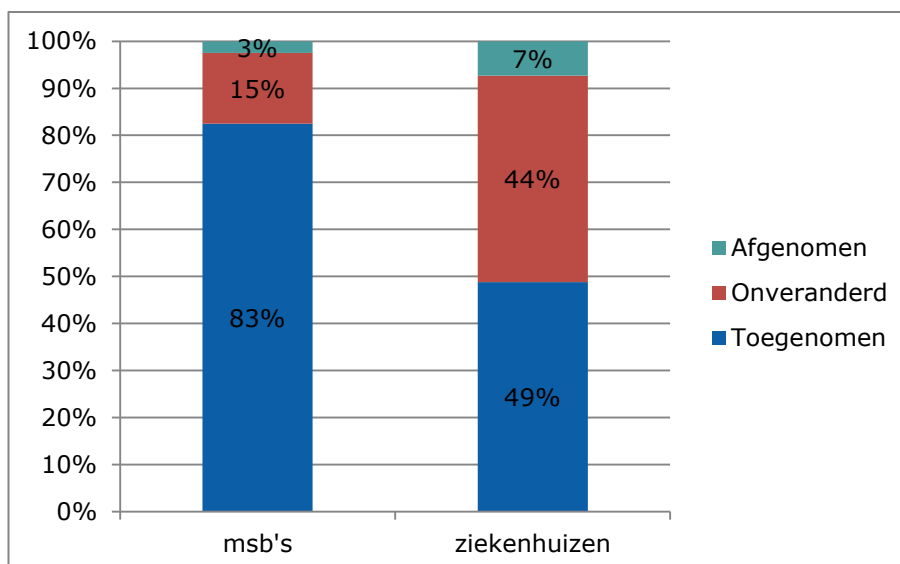
1. Toename van de gelijkgerichtheid van belangen tussen ziekenhuizen en msb's;
2. Efficiëntere inzet van mensen (arbeid) en middelen (kapitaal);
3. Toename van initiatieven op het gebied van taakherschikking.

Dit hoofdstuk beschrijft welke ontwikkelingen de msb's en ziekenhuizen zien op deze terreinen en of dit volgens hen verband houdt met de invoering van integrale tarieven. Hierbij moet worden opgemerkt dat de doelstelling genoemd bij punt 3 (bevorderen taakherschikking) géén afzonderlijke doelstelling was bij de invoering van integrale tarieven. Feitelijk valt deze 'doelstelling' onder de algemener geformuleerde doelstelling 'Efficiëntere inzet van mensen en middelen', genoemd bij punt 2. Omdat taakherschikking de afgelopen jaren een op zichzelf staand beleidsonderwerp is geworden, hebben we ziekenhuizen en msb's hier apart over bevraagd.

We hebben er bewust voor gekozen om ziekenhuizen en msb's geen oordeel te vragen over de realisatie van doelstelling 3 (wegnemen belemmeringen voor selectieve zorginkoop) en doelstelling 4 (creëren gelijk speelveld voor instellingen met specialisten in loondienst versus instellingen met vrijgevestigde specialisten), zoals genoemd in paragraaf 1.1 van deze monitor. Doelstelling 3 ligt meer, of beter: volledig, in de invloedssfeer van zorgverzekeraars. Verder zagen we onvoldoende nut om ziekenhuizen en msb's te bevragen over realisatie van doelstelling 4 in de wetenschap dat meer dan 80% van de ziekenhuizen een combinatie heeft van een loondienstmodel en een samenwerkingsmodel, dus zowel specialisten in loondienst heeft, als in vrije vestiging.

5.2 Gelijkgerichtheid

Onderstaande figuur laat zien hoe ziekenhuizen en msb's aankijken tegen de ontwikkelingen op het gebied van gelijkgerichtheid van belangen tussen ziekenhuizen en msb's.



Met name msb's zijn positief over de ontwikkelingen op het gebied van gelijkgerichtheid van belangen tussen msb en ziekenhuis: 83% vindt dat deze is toegenomen sinds 2015.

Bij ziekenhuizen is dat ongeveer de helft. Een mogelijke (gedeeltelijke) verklaring voor het verschil tussen ziekenhuizen en msb's bij het beantwoorden van deze vraag, is dat ook ziekenhuizen die alleen specialisten in loondienst hebben (acht) deze vraag ook hebben beantwoord, terwijl zij naar alle waarschijnlijkheid minder gevolgen ervaren van de integrale tarieven. Een correctie van de antwoorden van deze acht ziekenhuizen levert in de rechter kolom van bovenstaande figuur een stijging met 12% op van het aandeel 'Toegenomen' naar 61%, een daling met 14% van het aandeel 'Onveranderd' naar 30% en een stijging met 2% van het aandeel 'Afgenomen' naar 9%. Alle zbc's die de vragenlijst hebben ingevuld (vijf) melden dat de gelijkgerichtheid van belangen onveranderd is.

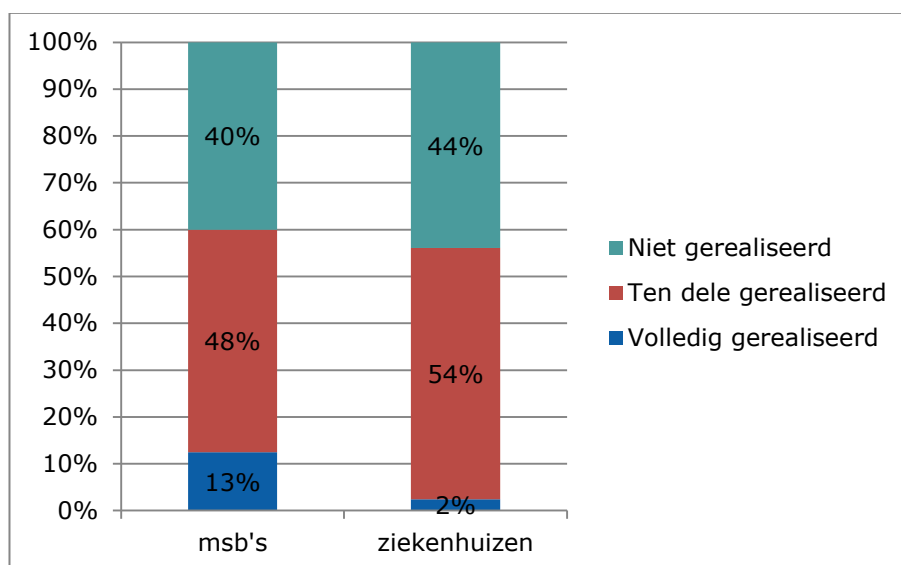
Aan zowel de ziekenhuizen als de msb's is gevraagd of een eventuele toe- of afname van de gelijkgerichtheid verband houdt met de invoering van de integrale tarieven.

Van de msb's die vinden dat de gelijkgerichtheid is toegenomen, geeft 85% aan dat de invoering van de integrale tarieven hier een wezenlijke bijdrage aan heeft geleverd. De msb's benadrukken hierbij dat het niet de invoering van de integrale tarieven *an sich* is die tot meer gelijkgerichtheid heeft geleid, maar de oprichting van het msb die daar het gevolg van was. Ziekenhuis en msb hebben nu, zo wordt gesteld, gelijke belangen bij goede financiële resultaten, de kwaliteit van de zorg en de resultaten van de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Ook wordt benadrukt dat de governance van het msb/ de specialisten is verbeterd en dat msb's nu een betere gesprekspartner zijn voor het ziekenhuis. Enkele msb's zien geen verband tussen invoering van integrale tarieven en toename van gelijkgerichtheid, bijvoorbeeld omdat gelijkgerichtheid altijd al belangrijk was voor het ziekenhuis. Een ander msb zegt dat niet de invoering van de integrale tarieven heeft geleid tot meer gelijkgerichtheid, maar een 'betere organisatie van de medisch specialisten en een sterker bestuur'. Ook wordt aangegeven dat discussies met het ziekenhuis over honoraria nu de gelijkgerichtheid vertroebelen. Slechts één msb rapporteert een afgenomen gelijkgerichtheid vanwege de invoering van de integrale tarieven, en wijt dit aan het ontbreken van een eenduidige, gedeelde visie van het msb en de rvb over de koers van het ziekenhuis en de rol van de medisch specialisten in het bestuur.

Vrijwel alle ziekenhuizen die een toegenomen gelijkgerichtheid rapporteren, zien een verband met de invoering van de integrale tarieven. Vergelijkbaar met de msb's ervaren zij ook meer gedeelde belangen en een professioneler bestuur van het msb waardoor beter wordt samengewerkt. Een enkel ziekenhuis dat een afgenomen gelijkgerichtheid ervaart, geeft aan dat het msb hier debet aan is, en dat discussies te vaak gaan over maximalisatie van de inkomsten. Een goede verhouding tussen msb en ziekenhuisbestuur, gebaseerd op wederzijds vertrouwen en respect voor elkaars positie, lijkt een belangrijke voorwaarde voor de gelijkgerichtheid.

5.3 Efficiëntere inzet van mensen en middelen

Onderstaande figuur laat zien hoe ziekenhuizen en msb's aankijken tegen de ontwikkelingen op het gebied van efficiëntere inzet van mensen en middelen.



Een meerderheid van zowel msb's (61%) als ziekenhuizen (56%) geeft aan dat er met de invoering van de integrale tarieven een efficiëntere inzet van mensen en beschikbare middelen is gerealiseerd, in ieder geval ten dele.

Uit de toelichting die msb's geven bij hun antwoord, komt een tweezijdig beeld naar voren: sommigen menen dat de komst van het msb heeft bijgedragen aan meer efficiëntie, anderen zijn van mening dat een toenemende efficiëntie een ontwikkeling is die lost staat van de integrale tarieven. Het msb zou bedrijfsmatiger acteren, let meer op een efficiënte inzet van mensen en middelen en op mogelijkheden voor kostenreductie. De bedrijfsvoering zou zijn verbeterd. De komst van het msb heeft volgens sommigen een bijdrage geleverd aan de betrokkenheid van de specialisten bij dit thema en een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid met het ziekenhuis, echter daarnaast schrijft men de toegenomen efficiëntie vooral toe aan de noodzaak hiertoe als gevolg van krappe budgetten en druk vanuit de zorgverzekeraars.

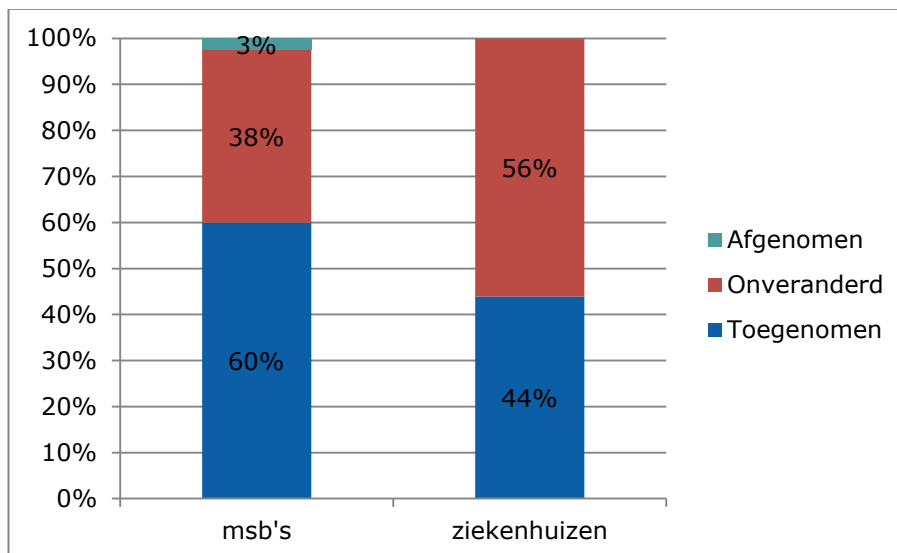
Ziekenhuizen verschillen sterk van mening over of de invoering van integrale tarieven een bijdrage levert aan een efficiëntere inzet van mensen en middelen. Sommige ziekenhuizen staan hier neutraal in. Zij stellen dat een efficiënte inzet van personeel en middelen altijd al relevant is geweest voor een gezonde bedrijfsvoering.

Het ziekenhuis werkt nu niet efficiënter dan voorheen en zij ervaren geen invloed van de integrale tarieven. Andere ziekenhuizen ervaren meer betrokkenheid van het msb bij de noodzaak tot efficiënt werken. Zo is er meer participatie door individuele medisch specialisten, alsook meer begrip voor eisen van doelmatigheid en zinnige zorg.

Sommige ziekenhuizen benadrukken dat er met het nieuwe model wel een verbetering is ingezet, maar dat dit nog verdere doorontwikkeling vraagt. Op langere termijn worden hier meer resultaten van verwacht. Ook zijn er ziekenhuizen die geen bijdrage van het msb aan effectief werken zien. Deze ziekenhuizen benadrukken dat het msb vooral kijkt naar de eigen financiële belangen, en dat gesprekken met het msb vooral gaan over geld en over verdelingen. Tot slot noemt een ziekenhuis dat het huidige dbc-systeem efficiënt werken kan belemmeren.

5.4 Taakherschikking

Onderstaand figuur laat zien hoe ziekenhuizen en msb's aankijken tegen de ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking.



Net als bij de ontwikkeling van gelijkgerichtheid, zie we bij taakherschikking dat msb's vaker dan ziekenhuizen een positieve ontwikkeling rapporteren. 60% van de msb's ziet dat initiatieven op het gebied van taakherschikking sinds 2015 zijn toegenomen, bij ziekenhuizen is dat 44%.

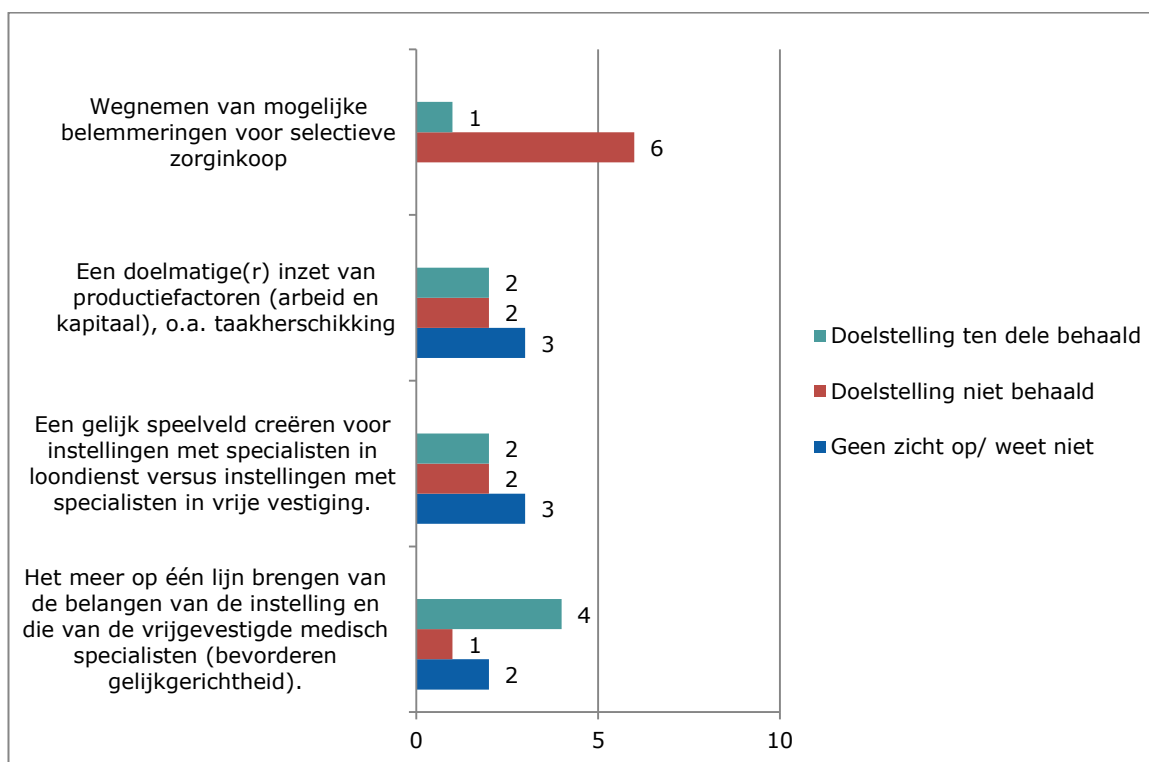
Ook hier is aan ziekenhuizen en msb's gevraagd of een eventuele toename of afname van initiatieven op het gebied van taakherschikking verband houdt met de invoering van de integrale tarieven.

De meerderheid van de msb's ziet weliswaar een toename van taakherschikking, de meningen zijn verdeeld over of dit ook het gevolg is van de invoering van integrale tarieven. msb's die dit verband wel zien geven bijvoorbeeld aan dat er nu meer wordt gewerkt aan het zo efficiënt mogelijk inrichten van de zorg: zorg op de juiste plaats, verschuiving naar de eerstelijns en een toename van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Er zou kritischer worden gekeken naar wie welke zorg moet leveren. Andere msb's stellen echter dat de toename van taakherschikking los staat van de komst van de integrale tarieven, omdat deze ontwikkeling al voor 2015 was ingezet. Eén msb ervaart een afname van taakherschikking, omdat de rekening nu bij het msb komt te liggen.

Net als de msb's verschillen ziekenhuizen die een toename zien van mening over de vraag of dit verband houdt met de invoering van de integrale tarieven. Ziekenhuizen geven aan een toename te zien van de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants, bijvoorbeeld door afspraken die hier met het msb over zijn gemaakt maar ook door aanpassing van regelgeving die dit mogelijk maakt. Ook de krapte in het aantal specialisten kan een rol spelen. Andere ziekenhuizen geven aan dat de toename van taakherschikking los staat van de integrale tarieven. Zo is het onderwerp even actueel bij specialisten in loondienst. Gesuggereerd wordt ook dat overstap naar loondienst een rol heeft gespeeld bij meer taakherschikking.

5.5 Doelen invoering integrale tarieven volgens zorgverzekeraars

Ook aan zorgverzekeraars is gevraagd in hoeverre zij menen dat de doelstellingen van de invoering van de integrale tarieven zijn behaald. Vier doelstellingen werden aan hen voorgelegd.



Van geen enkele doelstelling meent een zorgverzekeraar dat deze volledig is behaald. Sommige zorgverzekeraars geven aan dat de doelstellingen ten dele zijn behaald, andere dat de doelstellingen niet zijn behaald.

Wegnemen van mogelijke belemmeringen voor selectieve zorginkoop

Van de zeven zorgverzekeraars meent slechts één dat met de invoering van de integrale tarieven belemmeringen voor selectieve zorginkoop ten dele zijn weggenomen. De overige zes geven aan dat deze doelstelling in het geheel niet is behaald. Zij geven daarvoor de volgende redenen:

- twee zorgverzekeraars kopen niet selectief in;
- één verzekeraar is heel terughoudend met selectieve inkoop, gezien wachtlijsten en het benadrukken van zorgplicht. Daarnaast verzetten ziekenhuizen zich tegen selectieve inkoop;
- één verzekeraar ervaart juist meer obstakels voor selectieve inkoop;

- één verzekeraar heeft nooit een belemmering ervaren voor selectieve inkoop;
- één verzekeraar geeft aan dat selectieve inkoop wordt gebaseerd op kwaliteitscriteria en niet op prijscriteria, vandaar dat integrale tarieven niet van invloed zijn op selectieve inkoop.

Een doelmatige(r) inzet van productiefactoren (o.a. taakherschikking)

Twee zorgverzekeraars ervaren dat de doelstelling 'doelmatige(r) inzet van productiefactoren' ten dele is behaald. Eén van hen licht toe dat het gesprek over doelmatige inzet van arbeid en kapitaal binnen het ziekenhuis wordt gevoerd, maar niet men hen als zorgverzekeraar. Twee andere zorgverzekeraars menen dat deze doelstelling in het geheel niet is behaald. Zij noemen voorbeelden waarbij ziekenhuizen teveel uitgeven aan onnodige zorg ('20 Da Vinci robots'). Drie verzekeraars zeggen tot slot geen zicht te hebben op het behalen van deze doelstelling.

Een gelijk speelveld creëren voor instellingen met specialisten in loondienst versus vrije vestiging

Slechts twee zorgverzekeraars vinden dat de doelstelling om een gelijk speelveld te creëren voor instellingen met specialisten in loondienst versus vrije vestiging, ten dele is behaald. Beiden benadrukken dat er meer verschillen zijn tussen deze twee soorten ziekenhuizen, ze kennen een andere dynamiek. Ook een andere verzekeraar ziet nog veel verschillen en constateert dat er ongelijke posities en machtsverhoudingen zijn tussen specialisten in loondienst en in vrije vestiging.

Belangen van de instelling meer op één lijn brengen met die van de vrijgevestigde specialisten

Alleen over het doel om de belangen van de instelling meer op één lijn te brengen met die van de vrijgevestigde medisch specialisten, wordt door een meerderheid (vier) van de zorgverzekeraars aangegeven dat dit deels bereikt is. Ze benadrukken echter wel dat dit sterk kan verschillen per ziekenhuis en afhankelijk is van de relatie tussen de rvb en het msb. Dit beeld, dat de mate van gelijkgerichtheid afhangt van de verhouding tussen msb en rvb in een ziekenhuis, zien we ook terug in de hiervoor weergegeven resultaten van deze beide partijen en komt ook nadrukkelijk naar voren in de afgenomen interviews met zowel ziekenhuizen als msb's.

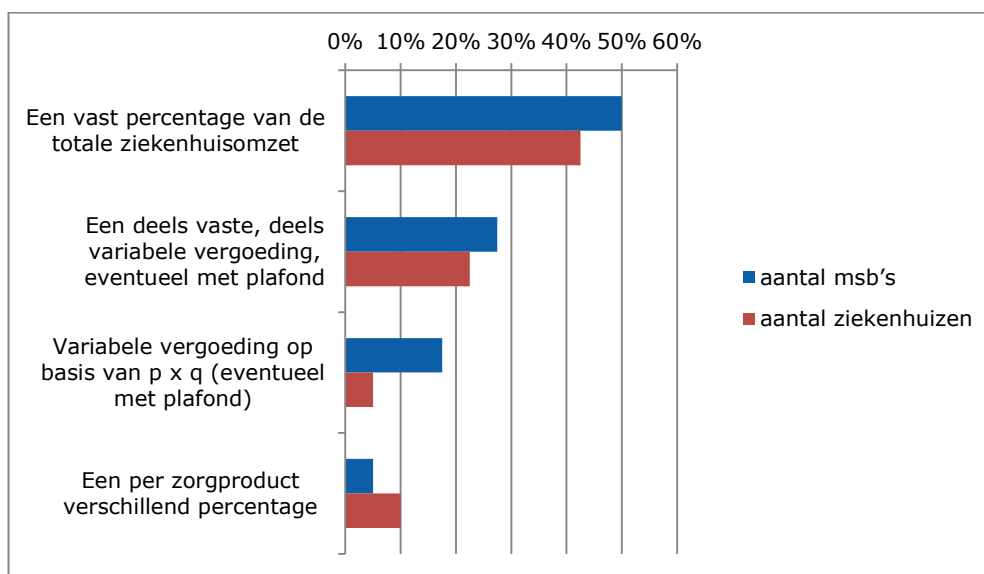
6. Afspraken over vergoedingen aan specialisten

6.1 Inleiding

Met de invoering van integrale tarieven maken ziekenhuizen en msb's afspraken over de vergoeding aan specialisten. Dit hoofdstuk beschrijft de antwoorden van ziekenhuizen en msb's op vragen over de wijze waarop deze afspraken zijn vormgegeven, de rol van de samenwerkingsovereenkomst en de gevolgen voor de inkomenspositie van de vrijgevestigde specialisten. Daarnaast gaan we kort in op rol van de msb's bij investeringsbeslissingen door het ziekenhuis.

6.2 Wijze van vergoeding ziekenhuis aan msb

Onderstaande tabel laat zien op welke wijze de vergoedingen aan het msb plaatsvinden.



De meest voorkomende vorm van vergoeding, genoemd door ongeveer de helft van de ziekenhuizen en zbc's, is vergoeding op basis van een vast percentage van de totale ziekenhuisomzet. Dit percentage varieert van 13,5% tot 23%. Andere veelvoorkomende vormen van vergoeding zijn de combinatie van een vaste en een variabele vergoeding (bijvoorbeeld bij het behalen van bepaalde kwaliteitsdoelstellingen), of een variabele vergoeding op basis van 'p x q' (een prijs maal het aantal te leveren prestaties).

6.3 Afspraken over vergoedingen in de samenwerkingsovereenkomst

Afspraken over de vergoeding aan het msb staan in de regel vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst tussen ziekenhuis en msb, zo geeft 88% van de ziekenhuizen en 68% van de msb's aan. De overige respondenten geven aan dat deze afspraken in een ander document zijn vastgelegd.

In de samenwerkingsovereenkomst zijn de afspraken over de vergoedingssystematiek veelal op hoofdlijnen vastgelegd. Hierin kunnen ook afspraken staan over vergoeding van activiteiten die niet de directe patiëntenzorg behelzen, zoals onderwijs en onderzoek. De specifieke afspraken over vergoedingen worden in de regel jaarlijks vastgelegd in de vorm van een bijlage bij de samenwerkingsovereenkomst. Deze bijlage bevat bijvoorbeeld de jaarlijkse afspraken over productie en prijs, plafondafspraken met de zorgverzekeraars en afspraken over kwaliteit.

Een ruime meerderheid van zowel de msb's als de ziekenhuizen (respectievelijk 60% en 67%) meldt dat er in de samenwerkingsovereenkomst afspraken zijn vastgelegd over hoe er wordt gehandeld als gedurende het jaar de limiet van de vooraf tussen het ziekenhuis en het msb overeengekomen vergoeding (of het volume) is bereikt. Ongeveer de helft van deze afspraken houdt in dat de zorglevering wordt gecontinueerd, maar dat dit niet door het ziekenhuis wordt vergoed. Soms worden er dan wel aanvullende voorwaarden gesteld over de levering van zorg, zoals dat bekeken wordt welke en hoeveel zorg kan worden gecontinueerd. Andere afspraken zijn veelal dat het ziekenhuis en msb in gezamenlijk overleg bekijken hoe hiermee wordt omgegaan. Eventueel treedt men dan ook nader in overleg met de zorgverzekeraar.

6.4 Inkomenspositie vrijgevestigde specialisten

We vroegen ziekenhuizen en msb's naar de ontwikkelingen in inkomenspositie van de deelnemende specialisten sinds de komst van het msb.

Het grootste deel van de ziekenhuizen (55%) geeft aan geen zicht te hebben op ontwikkelingen in het inkomen van de specialisten. Een kleiner deel (15%) antwoordt dat de inkomens van alle specialisten verbeterd zijn en bij de rest van de ziekenhuizen (30%) is de ontwikkeling niet eenduidig.

Ook de msb's geven in meerderheid aan dat de inkomensontwikkelingen lastig zijn te duiden: sommige inkomens zijn verbeterd, sommige verslechterd, maar ook geregeld onveranderd. De antwoorden zijn lastig te duiden, omdat de ontwikkelingen in inkomen per specialisme, en zelfs per individuele specialist binnen een specialisme, sterk kunnen verschillen.

Msb's die aangeven dat de inkomenspositie van alle medisch specialisten is verbeterd, geven hiervoor als verklaring dat er betere afspraken met de zorgverzekeraar en/of met het ziekenhuis zijn gemaakt. Een grotere groep msb's rapporteert echter dat ontwikkelingen in de inkomenspositie verschillen per specialisme: er zou sprake zijn van harmonisatie door de gebruikte verdeelsystematiek. De interne verdeling is veranderd door de komst van de integrale tarieven, waardoor sommige specialismen er op vooruit zijn gegaan maar andere op achteruit. Hun inkomsten zijn nu meer afhankelijk van de inkomsten van het ziekenhuis als geheel: als het goed gaat met het bedrijfsresultaat van het ziekenhuis, gaat het ook goed met de inkomens van de vrijgevestigde specialisten en vice versa. Dit wordt ook wel aangeduid met de uitdrukking, dat het msb mee ademt met het ziekenhuis. Enkele msb's ervaren dat alle specialismen er in inkomen op achteruit zijn gegaan. Verklaringen die hiervoor worden gegeven zijn bijvoorbeeld dat het aantal specialisten is toegenomen, terwijl het budget gelijk is gebleven, of zelfs is afgenomen.

Ook zijn er met de komst van het msb nieuwe bestuurstaken bijgekomen die voorheen door het ziekenhuis werden opgepakt en dit gaat volgens sommige msb's ten koste van het inkomen.

Ziekenhuizen verklaren de verbetering van het inkomen van de specialisten met name vanuit de toegenomen onderhandelingsmacht van het msb, waarmee hogere omzetten kunnen worden bedongen, bijvoorbeeld richting de zorgverzekeraars. Ook kan groei van de vraag een oorzaak zijn. Het Logex verdeelmodel⁴ wordt genoemd als reden waarom de inkomens van de medisch specialisten soms verslechterd en soms verbeterd zijn. Als oorzaak van een verslechterde inkomenspositie van specialisten wordt ook 'prijstdruk' genoemd.

⁴ Het voert te ver om in deze monitor dieper op de werking van het verdeelmodel van Logex in te gaan.

7. Inkomens- en omzetontwikkelingen specialisten

7.1 Inleiding

De minister van VWS heeft de NZa verzocht in het kader van de monitoring van de integrale tarieven in de msz ook aandacht te schenken aan de inkomensontwikkeling van de (vrijgevestigde) medisch specialisten en daarbij - voor zo ver mogelijk - een relatie te leggen tussen die ontwikkeling en de invoering van het integraal tarief.⁵ Aangezien pas in mei 2018 de inkomensgegevens over 2015 bekend zijn geworden, kan de NZa in deze derde monitor voor het eerst op dit verzoek van de minister ingaan. Inkomensgegevens over 2016 en volgende jaren zijn op het moment van publiceren van deze monitor nog niet bekend.

In onze beschouwing over de inkomensontwikkeling van (vrijgevestigde) medisch specialisten volgen we twee sporen. In het eerste spoor bekijken en duiden we de *omzet*gegevens van DIS, Vektis en Digimv en in het tweede spoor gaan we dieper in op de *inkomens*gegevens van het CBS.

Omdat de NZa zelf geen data beschikbaar heeft - en ook nooit heeft gehad - over inkomens van (individuele) medisch specialisten, zijn we hiervoor teruggevallen op de data die het CBS hierover jaarlijks publiceert. In mei 2018 zijn, zoals gezegd, voor het eerst de inkomensgegevens van artsen over het jaar 2015 gepubliceerd. Deze gegevens zijn echter omgeven met de nodige onduidelijkheden en onzekerheden, waardoor ze zich lastig op een eenduidige manier laten interpreteren. Een vergelijking met eerdere jaren (2012, 2013 en 2014) is hierdoor ook lastig. We komen hier verderop in dit hoofdstuk op terug.

De NZa heeft wel omzetgegevens van medisch specialisten (op ziekenhuisniveau⁶) tot zijn beschikking. Hoewel omzet niet hetzelfde is als inkomen⁷, valt uit omzetgegevens wel degelijk het een en ander af te leiden over de inkomens. Vandaar dat we ervoor hebben gekozen om ook een omzetvergelijking in de monitor op te nemen.

7.2 Aanpak

Omzet

Alle algemene ziekenhuizen publiceren (verplicht) een jaarrekening. Sinds 2015 verantwoordende ziekenhuizen, die een msb hebben, in die jaarrekening ook het bedrag dat zij als vergoeding aan het msb betalen.

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/08/29/kamerbrief-over-nza-monitor-integrale-bekostiging-medisch-specialistische-zorg>

⁶ D.w.z. de totale omzet van de specialisten werkzaam in een ziekenhuis. Ten tijde van het beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten (dus tot en met 2014) werd de omzet per collectief vastgelegd en waren meerdere collectieven per ziekenhuis mogelijk.

⁷ In de omzet zitten immers ook de bedrijfskosten. Het aandeel van de bedrijfskosten kan verschillen tussen ziekenhuizen en specialisten.

Dat bedrag uit de jaarrekening vergelijken we met de jaarlijks gerealiseerde (en aan de NZa verantwoorde) omzet op grond van het beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten dat gold gedurende de jaren 2012, 2013 en 2014.

Dit geeft een globale benadering van de ontwikkeling van de honorariumomzet als onderdeel van de medisch specialistische zorg⁸. We kunnen bij deze benadering echter niet corrigeren voor verschuivingen in kosten, bijvoorbeeld kosten die een MSB van het ziekenhuis heeft overgenomen, etc.

Inkomens

Het CBS verzamelt de inkomens van vrije beroepsbeoefenaren, zoals vrijgevestigde medisch specialisten, maar ook van medisch specialisten in loondienstverband. Het CBS hanteert van oudsher een aantal verschillende categorieën van artsen, afhankelijk van hun fiscale positie. Als gevolg van de invoering van integrale tarieven in de msz heeft een zeer groot aantal vrijgevestigde artsen zich per 2015 fiscaal anders georganiseerd. Veel artsen hebben een personal holding opgericht, meestal een bv, en nemen via die bv deel aan het msb. Naar aanleiding hiervan zag het CBS zich genoodzaakt om elementen als 'jaarloon, inclusief bijzondere beloningen', 'winst uit eigen onderneming' en 'dividenden uit aanmerkelijk belang', die ook tot de inkomsten van sommige categorieën artsen behoren (maar fiscaal anders worden belast), aan de bestaande presentatie en indeling van inkomens van artsen toe te voegen. Zonder deze aanpassing zou het niet meer goed mogelijk zijn om de inkomensgegevens van 2015 te vergelijken met de eerder gepubliceerde inkomensgegevens van de jaren 2011, 2012, 2013 en 2014.

Op basis hiervan heeft het CBS een nieuwe reeks (van onderscheiden jaren) gemaakt, waarbij aan de hand van belastingaangiftes van artsen en de Polisadministratie van de Belastingdienst per onderscheiden categorie arts een beeld wordt gegeven van de inkomsten (o.a. gemiddeld jaarloon, gemiddelde winsten, gemiddelde uitkering dividend uit aanmerkelijk belang).⁹

De reeksen bij het CBS geven een beeld van de inkomsten vanaf 2011. Wij merken op dat het zowel bij de resultaten als bij het door het CBS gehanteerde inkomensbegrip gaat om een ander begrip dan het honorarium: het betreft het belastbaar inkomen, resp. de belastbare winst. Het honorariumbegrip uit de omzet (d.w.z. de vergoeding voor zorgverlening) omvat zowel de loon- of inkomenscomponent als de praktijk- en/of bedrijfskosten. Beide grootheden zijn dus niet één op één vergelijkbaar. Verder zijn de inkomensgegevens niet omgezet naar fte, maar hebben ze betrekking op personen (werkzame artsen)

In het vervolg van dit hoofdstuk komen we hier nog op terug.

We benadrukken tenslotte nogmaals dat de cijfers over de inkomens gebaseerd zijn op onderzoek van het CBS. De NZa heeft daar geen rol in gespeeld, of anderszins invloed op gehad.

⁸ Strikt genomen gaat het om de omzet van msb's versus de kosten voor medisch specialistische zorg van ziekenhuizen.

⁹ De reeks is te raadplegen op <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2018/14/beloning-van-werkzame-artsen-in-de-zorg-2013-2015>. Er zijn ook andere tabellen beschikbaar bij het CBS:

<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84062NED/table?ts=153475745878>. Het CBS geeft ook een uitsplitsing naar geslacht.

7.3 Resultaten: omzet

We hebben van 54 ziekenhuizen in de jaarrekeningen over 2012 t/m 2016 een verantwoording aangetroffen van de vergoeding aan vrijgevestigde medisch specialisten. Bij enkele ziekenhuizen zijn de voorheen vrijgevestigde specialisten in loondienst getreden. In dat geval is geen sprake meer van een dergelijke vergoeding, maar zijn de kosten verantwoord onder de rubriek 'personeelskosten'. De personeelskosten zijn in de jaarrekening niet gespecificeerd naar specialisten en andere personeelscategorieën. Als alle specialisten in loondienst van het ziekenhuis zijn gegaan, kan dus geen vergelijking worden gemaakt met de omzet in de jaren vóór 2015. Indien echter een deel van de specialisten in loondienst is gegaan en een deel vrijgevestigd is gebleven, komt dit tot uiting in een daling van de vergoeding voor vrijgevestigde specialisten ten opzichte van het jaar 2014. Deze instellingen hebben we wel meegenomen in de analyse.

Voor de ziekenhuisomzet en de omzet van vrijgevestigde specialisten hebben we verder gekeken naar de Vektis-data, d.w.z. de gedeclareerde dbc-omzet op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Die zal in het algemeen afwijken van de omzet zoals die onder het honorariumplafond, resp. in de jaarrekeningen, wordt verantwoord. Het verschil zit onder meer in de mutatie van het onderhanden werk en in eventuele terug- of bijbetalingen aan/van zorgverzekeraars als gevolg van over- of onderschrijdingen van overeengekomen omzetplafonds, resp. aanneemsommen.¹⁰ In 2015 heeft zich bovendien een effect op de omzet voorgedaan als gevolg van de verkorting van de maximale doorlooptijd van de dbc's, de zogenaamde schadelastdip.

Onderstaande tabel 1 toont (in mln. €):

- het beschikbare macrokader 2012-2014 voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten ten tijde van het beheersmodel (kolom 2);
- de over 2012-2014 gerealiseerde (en door de ziekenhuizen aan de NZa verantwoorde) honorariumomzet van vrijgevestigde specialisten ten tijde van het beheersmodel (kolom 3);
- de over 2012-2016 door ziekenhuizen gedeclareerde honorariumomzet van vrijgevestigde specialisten op basis van Vektis-data (kolom 4).

Over de gedeclareerde honorariumomzet op basis van Vektis-data (kolom 4) merken we nog het volgende op. Als benadering voor de gedeclareerde omzet in 2015 en 2016 nemen we de betaalde vergoedingen aan vrijgevestigd specialisten zoals die door de ziekenhuizen zijn verantwoord. Deze cijfers zijn niet helemaal vergelijkbaar met de gedeclareerde omzet over de jaren 2012-2014. In de laatste zitten immers ook eventuele honorariumdeclaraties van het ziekenhuis ter dekking van specialisten in loondienst. We kunnen die cijfers echter niet corrigeren voor het loondienstaandeel. We nemen aan dat bij de ziekenhuizen die een vergoeding aan vrijgevestigden hebben verantwoord, het loondienstaandeel relatief klein is. Het blijft echter een aanname en daarmee een benadering.

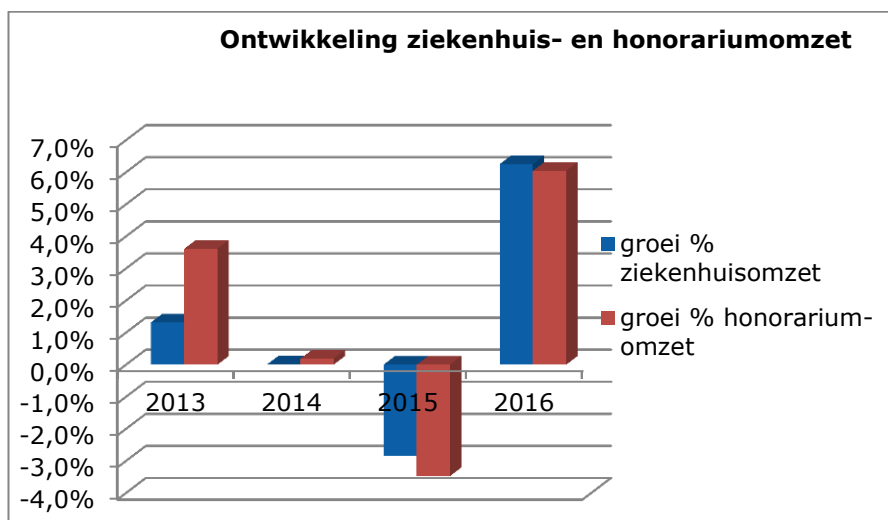
¹⁰ Niet gehonoreerde productie wordt in veel gevallen wel in de declaraties getoond, een terugstorting door het ziekenhuis is echter niet zichtbaar in de dbc-data.

Jaar	Beschikbaar macrokader ¹¹	Gerealiseerde omzet ¹²	Gedeclareerde omzet in dataset
2012	2.030	1.998	1.589 ¹³
2013	2.103	2.013	1.647
2014	2.210	2.081	1.651
2015	n.v.t. ¹⁴	n.b.	1.593 ¹⁵
2016	n.v.t.	n.b.	1.689

Tabel 1. (bedragen in mln. €)

Uit tabel 1 blijkt verder dat in de periode 2012 t/m 2014 de gerealiseerde (en verantwoorde) omzet van de honoraria van vrijgevestigde specialisten (kolom 3) is gegroeid met gemiddeld 2% per jaar (prijs en volume). Ook blijkt dat de omzet binnen de door VWS vastgestelde kaders en binnen de groeirimte uit de hoofdlijnakkoorden bleef. Kijken we naar de gedeclareerde omzet (kolom 4), dan zien we dat die in de periode 2012 t/m 2014 gemiddeld genomen eveneens is gegroeid met ca. 2% per jaar. Hoewel deze cijfers een andere grondslag hebben, is deze ontwikkeling in lijn met de groei van de gerealiseerde honorariumomzet in de periode onder het beheersmodel (kolom 3). Als we naar de laatste twee jaar van kolom 4 kijken, dan zien we, mede als gevolg van de schadelastdip vanwege de verkorting van de maximale doorlooptijd van dbc's, een daling in 2015 en weer een stijging in 2016. Ten opzichte van 2014 is sprake van een gemiddelde groei van 1,2% per jaar. Ook hier zijn geen grote wijzigingen te zien.

Groeipercentages ziekenhuisomzet versus honorariumomzet



Figuur 1. Groeipercentages (per jaar) totale omzet ziekenhuizen versus honorariumomzet vrijgevestigde specialisten

¹¹ Bron: NZa-monitor integraal tarief 2015. Dit is het kader voor alle vrijgevestigd medisch specialisten (alle instellingen).

¹² Bron: NZa.

¹³ Tot 2015 was de honorariumcomponent apart in de declaratie zichtbaar.

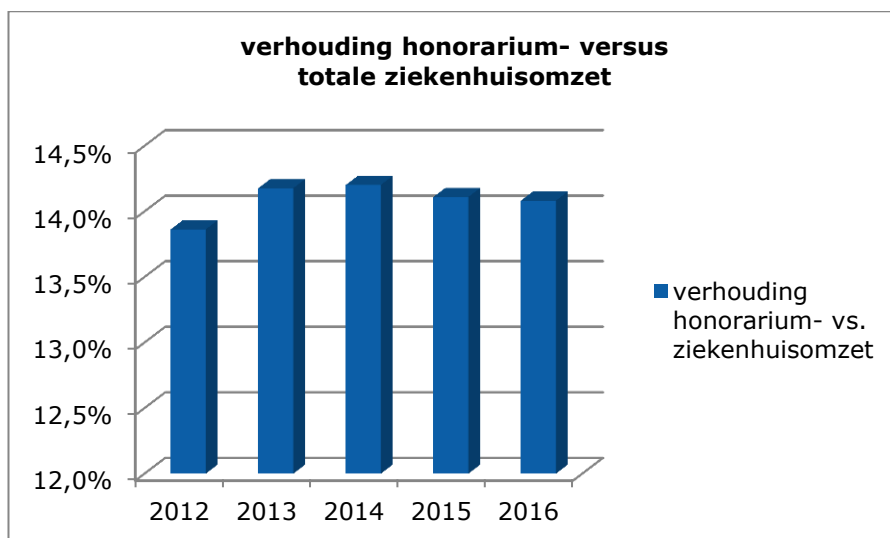
¹⁴ Met ingang van 2015 opgenomen in kader medisch specialistische zorg.

¹⁵ Op basis van de door ziekenhuizen aan vrijgevestigde specialisten betaalde vergoedingen. Cijfers van 54 ziekenhuizen. Uit de jaarrekeningen is niet op te maken of in alle gevallen op deze vergoedingen de door de msb's te betalen kosten al in mindering zijn gebracht.

Verhouding honorariumomzet versus totale ziekenhuisomzet

Een element binnen de bekostiging is het (procentuele) aandeel van de honorariumomzet van vrijgevestigde specialisten ten opzichte van de totale omzet van het ziekenhuis. Om hier een uitspraak over te kunnen doen, hebben we ook gekeken naar het aandeel in de gedeclareerde omzet. Die blijkt in de periode 2012-2014 redelijk constant te zijn, namelijk ongeveer 14% (variërend van 13,9 (2012) tot 14,2% in 2014). In paragraaf 6.2 van deze monitor wordt in dit verband gesproken over een bandbreedte die varieert van 13,5% tot 23% van de totale ziekenhuisomzet. De percentages binnen deze bandbreedte worden door de respondenten van de NZa-enquête genoemd als deel van de ziekenhuisomzet dat aan de vrijgevestigde specialisten wordt betaald. Deze percentages hebben echter uitsluitend betrekking op de groep ziekenhuizen die heeft geantwoord dat de vergoeding aan het msb bestaat uit een vast percentage van de totale ziekenhuisomzet. Het percentage van 13,9-14,2% heeft betrekking op de volledige dataset en daarmee ook op ziekenhuizen die een andere vergoedingsvorm met hun msb(s) hebben afgesproken.

In onderstaande figuur 2 is deze verhouding tussen de honorariumomzet van vrijgevestigde specialisten en de totale ziekenhuisomzet schematisch weergegeven.



Figuur 2. Verhouding honorarium- versus totale ziekenhuisomzet

7.4 Resultaten: inkomens

Inleiding

Zoals we eerder in dit hoofdstuk hebben toegelicht, hebben de (individuele) inkomens nooit een rol gespeeld in de regulering van de specialistentarieven. Om die reden beschikt de NZa niet over inkomensgegevens van medisch specialisten. We vallen hiervoor terug op de gegevens die het CBS jaarlijks publiceert over de inkomens van onder meer artsen. De inkomensbegrippen in die tabellen zijn niet zonder meer vergelijkbaar. De totale bruto inkomens voor loon, DGA-loon, dividenden en winst zijn eigenlijk niet met elkaar te vergelijken, omdat ze in verschillende belastingregimes vallen. Ook pensioenpremies, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, zorgverzekeringspremies en andere verzekeringen zijn anders geregeld bij artsen in loondienst, DGA's en zelfstandigen.

De absolute hoogtes van de bruto bedragen kunnen daarom niet zonder meer bij elkaar opgeteld worden. Feitelijk is enkel het maken van een netto/netto-vergelijking mogelijk.¹⁶

Tot 1 januari 2015 was het ondernemerschap van vrijgevestigde medisch specialisten duidelijk. Er was een landelijke ruling waarin stond dat elke medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar onder enkele beperkte voorwaarden, zoals declaratierecht, fiscaal ondernemer was. Deze ruling bestaat sinds 1 januari 2015 niet meer, omdat vrijgevestigde specialisten sinds die datum geen zelfstandig declaratierecht meer hebben. Dit betekent dat per 1 januari 2015 de vrijgevestigde medisch specialist moet voldoen aan de normale eisen voor ondernemerschap zoals die voor elke onderneming in Nederland gelden. Circa 3.000 medisch specialisten hebben, gezien deze omstandigheden, in 2015 (veelal binnen een coöperatie) een eigen bv opgericht waarvan ze zelf DGA (Directeur-groootaandeelhouder) zijn.

Het aantal medisch specialisten met alleen winst uit een maatschap is in 2015 met circa 3 duizend artsen afgenomen tot 2.200 (zie hieronder Tabel 2). De gemiddelde winsten van deze groep artsen zijn in 2015 met 11% gedaald. Deze populatie, die het CBS tot en met 2014 in de StatLine tabellen 'winsten van zelfstandige artsen' had beschreven, bleek duidelijk niet meer toereikend om de beloning in kaart te brengen van de vrijgevestigde medisch specialisten. Dit is voor het CBS aanleiding geweest om meer aspecten over inkomsten van artsen in de statistiek te betrekken, te weten: (gemiddeld jaar)loon, dividenden aanmerkelijk belang, (gemiddelde) winst uit eigen onderneming, inkomsten uit overige arbeid en het netto gestandaardiseerd huishoudinkomen.

Voor deze monitor relevante vormen van inkomsten

Voor een nadere duiding van de inkomens van (vrijgevestigde) medisch specialisten bekijken we in het kader van deze monitor enkel de volgende inkomsten:

- Gemiddeld jaarloon;
- Gemiddelde winst uit eigen onderneming;
- Gemiddelde dividenden aanmerkelijk belang.

Bovengenoemde vormen van inkomsten worden door het CBS als volgt omschreven:

- *Gemiddeld jaarloon*: Lonen, inclusief bijzondere beloning, extra salaris, incidenteel salaris, overwerkvergoeding en vakantiegeld. De gegevens zijn afkomstig van bedrijfsgegevens uit de Loonaangifteketen (polis administratie) van de Belastingdienst en het UWV. Voor DGA's geldt dat er een minimum is gesteld aan het 'gebruikelijk loon' dat ze aan zichzelf moeten uitbetalen. Het DGA-loon is hier meegeteld in het 'gemiddeld jaarloon, incl. bijzondere beloning'. Werknemers die parttime werken of slechts een deel van het jaar hebben gewerkt tellen ook mee in het gemiddelde jaarloon. Het is dus niet gestandaardiseerd naar voltijdequivalenten.
- *Gemiddelde winst*: Winst waarover inkomstenbelasting, premies volksverzekeringen en inkomstenafhankelijke bijdrage Zvw wordt betaald, oftewel fiscaal resultaat voor belasting vóór ondernemersaftrek vermeerderd met het saldo van investeringsaftrek en desinvesteringbijtelling. Resultaat voor belastingen is de som van het bedrijfsresultaat (=verschil tussen

¹⁶ Een en ander is uitvoerig beschreven in een rapport dat in opdracht van de Federatie Medisch Specialisten is opgesteld: '[De overstap van vrij beroep naar dienstverband](#)' (2014).

bedrijfsopbrengsten en bedrijfslasten), het financieel resultaat en het buitengewoon resultaat. Persoonlijke kosten voor pensioenopbouw en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen worden niet meegeteld bij de bedrijfslasten. De winstaangiften zijn afkomstig van de belastingdienst.

- *Gemiddelde dividenden aanmerkelijk belang*: Een DGA kan inkomen uit zijn/haar bv halen in de vorm van dividenden aanmerkelijk belang. Een aanmerkelijk belang ontstaat als een belastingplichtige ten minste 5% van het aandelenkapitaal van een vennootschap of coöperatie bezit. Indien de belastingplichtige een fiscale partner heeft, dient het belang van beide partners bij elkaar opgeteld te worden. De fiscale aangifte van dividenden aanmerkelijk belang kan namelijk over de fiscale partners worden verdeeld. Voor de microanalyses is daarom geaggregeerd naar huishoudensniveau, vervolgens zijn de dividenden weer verdeeld naar persoonsniveau.

Voor deze monitor gelden het gemiddeld jaarloon, de gemiddelde winst en de gemiddelde dividenden aanmerkelijk belang als beste benadering voor de inkomensontwikkeling. Het gemiddeld jaarloon is vooral van belang voor specialisten in loondienst, terwijl voor de vrijgevestigde specialisten - naast het gemiddeld jaarloon - ook de winst- en dividenduitkering een belangrijke rol spelen.

Soorten arts/specialisten

Het CBS hanteert vijf verschillende soorten arts/specialist, afhankelijk van hun fiscale status:

- *Arts, alleen werknemer (excl. DGA)*: een op de peildatum BIG-geregistreerde arts die in loondienst is van een organisatie in de sector zorg van het SBI en geen directeur-grotaandeelhouder is.
- *Arts, alleen zelfstandige (excl. DGA)*: een op de peildatum BIG-geregistreerde arts die in het verslagjaar als zelfstandige actief is en daarnaast op de peildatum geen baan in loondienst heeft en geen directeur-grotaandeelhouder is.
- *Arts, zowel werknemer als zelfstandige (excl. DGA)*: een op de peildatum BIG-geregistreerde arts die in loondienst van een organisatie is en tevens in het verslagjaar als zelfstandige actief is, in ieder geval één van beide in de sector zorg van het SBI, en daarnaast geen directeur-grotaandeelhouder is.
- *Arts met overige arbeid*: een op de peildatum BIG-geregistreerde arts die óf in loondienst van een organisatie, óf als zelfstandige actief is in de sector zorg van het SBI, en daarnaast een bedrag groter dan ca. twee duizend euro bij 'overige arbeid' in de inkomstenbelasting heeft opgegeven.

NB: In navolging van een recente aanpassing van het CBS hebben we de categorie '*Arts met overige arbeid*' in de hierna volgende tekst en tabellen samengevoegd met de categorie '*Arts, zowel werknemer als zelfstandige (excl. DGA)*'. De naam voor de aldus ontstane nieuwe categorie is: '*Arts met overig of gecombineerd inkomen*'.

- *Arts, DGA (al dan niet in combinatie met zelfstandige of werknemer)*: een op de peildatum BIG-geregistreerde arts die eigenaar is van een bedrijf die ook de functie heeft van directeur. Het inkomen van een DGA bestaat uit DGA loon en winstuitkering (dividend uit aanmerkelijk belang). Het DGA loon wordt meegenomen in de variabele 'Gemiddeld jaarloon incl. bijzondere beloning'.

Aantallen artsen/specialisten

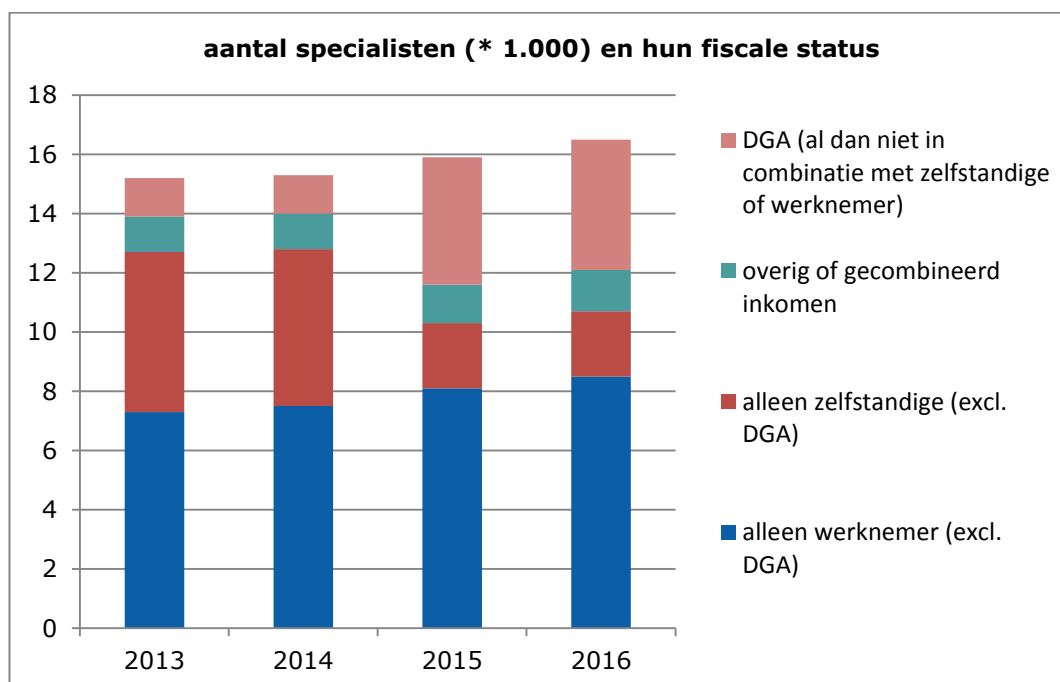
In de onderstaande tabel staan de aantallen (artsen) (* 1.000) en hun fiscale status weergegeven.

Jaar	2013	2014	2015	2016
Arts, alleen werknemer (excl. DGA)	7,3	7,5	8,1	8,5
Arts, alleen zelfstandige (exc. DGA)	5,4	5,3	2,2	2,2
Arts, DGA	1,3	1,3	4,3	4,4
Arts met overig of gecombineerd inkomen	1,2	1,2	1,3	1,4
Totaal	15,2	15,3	16,0	16,5

Tabel 2. Aantallen artsen

Uit de cijfers blijkt dat inmiddels meer dan de helft van de specialisten in loondienst is¹⁷. Overigens is dat niet per definitie een loondienstverband bij een ziekenhuis, of ander type toegelaten instelling. Loondienst bij een msb of bij een zbc behoort ook tot de mogelijkheden.

Wat verder vooral opvalt, is de verschuiving van het aantal zelfstandigen (in een maatschap werkzaam) naar de categorie directeur groot aandeelhouder (DGA). Deze verschuiving houdt mede verband met de veranderingen in fiscale status als gevolg van de invoering van het integraal tarief. De bv-vorm biedt volgens de FMS een aantal voordelen ten opzichte van de maatschap, waaronder het uitsluiten van de privé aansprakelijkheid¹⁸.



Figuur 3. aantal specialisten (*1000) en fiscale status

In figuur 3 zijn de aantallen nogmaals weergegeven. Hier is goed te zien dat het aantal werknemers¹⁹ van jaar tot jaar stijgt en het aantal dat alleen als zelfstandige werkt, afneemt.

¹⁷ De cijfers zijn exclusief het aantal psychiaters.

¹⁸ Wij hebben in deze monitor de motieven om te kiezen voor een bepaalde rechtsvorm niet onderzocht.

¹⁹ Dit zijn niet alleen specialisten in loondienst in de algemene ziekenhuizen, maar ook in UMC's, categorale instellingen en zbc's

Overzicht verschillende soorten inkomen

Het CBS heeft voor de nieuwe indeling gekozen om aan te sluiten bij de sinds 2015 ontstane (fiscale) werkelijkheid. De genoemde inkomens vallen onder verschillende fiscale regimes.

Wat door het CBS als inkomen wordt gepresenteerd, is nauwelijks te vergelijken met het omzetbegrip uit de tariefregulering van de NZa. Het gaat bij inkomen, c.q. inkomsten, steeds om het belastbaar inkomen of de belastbare winst waar de praktijkkosten op in mindering zijn gebracht. Wij hebben de belangrijkste inkomensvormen uit de tabellen van het CBS hieronder weergegeven, te weten:

- gemiddeld jaarloon;
- gemiddelde winst;
- gemiddeld dividend uit aanmerkelijk belang.

Als eerste kijken we naar het gemiddeld jaarloon tussen 2013 en 2016 van de verschillende categorieën artsen.

Jaar	2013	2014	2015	2016
Arts, alleen werknemer (excl. DGA)	150,2	148,3	156,1	160,7
Arts, alleen zelfstandige (excl. DGA)	-	-	-	-
Arts, DGA (al dan niet in combinatie met werknemer of zelfstandige)	133,7	114,5	121,5	122,7
Arts, overig of gecombineerd inkomen	142,4	132,5	160,6	163,9
Totaal ²⁰	95,4	93,3	126,0	129,5

Tabel 3. gemiddeld jaarloon, incl. bijzondere beloningen (* € 1.000)

N.B.: De categorie 'Arts, alleen zelfstandige (excl. DGA)' kent geen gemiddeld (fiscaal) jaarloon.

We zien dat de jaarlonen in 2014 een dip vertonen ten opzichte van 2013. Daarna stijgen ze weer, waarna de lonen van specialisten met een overig of gecombineerd inkomen naar het niveau van de werknemers gaan. De DGA blijft hierbij achter. Dat komt waarschijnlijk omdat het fiscaal gunstiger is om een relatief lage beloning als inkomen uit de eigen bv te halen. Merk op dat de invoering van het integraal tarief per 2015 geen effect had op de lonen van specialisten in loondienst; dit verklaart dus niet de stijging.

In aanvulling hierop kijken we naar het winstbegrip van de verschillende categorieën artsen.

Jaar ²¹	2013	2014	2015
Arts, alleen werknemer (excl. DGA)	-	-	-
Arts, alleen zelfstandig (excl. DGA)	194,6	201,4	179,1
Arts, DGA (al of niet in combinatie met loondienst of zelfstandige)	7,9	12,1	2,7
Arts, overig of gecombineerd inkomen	43,4	51,5	30,8
totaal	73,2	74,5	28,0

Tabel 4. gemiddelde winst (* € 1.000)

In bovenstaande tabel zijn ook de werknemers (excl. DGA) opgenomen, ondanks het feit dat zij geen winst behalen, of uitgekeerd krijgen.

²⁰ Zie:

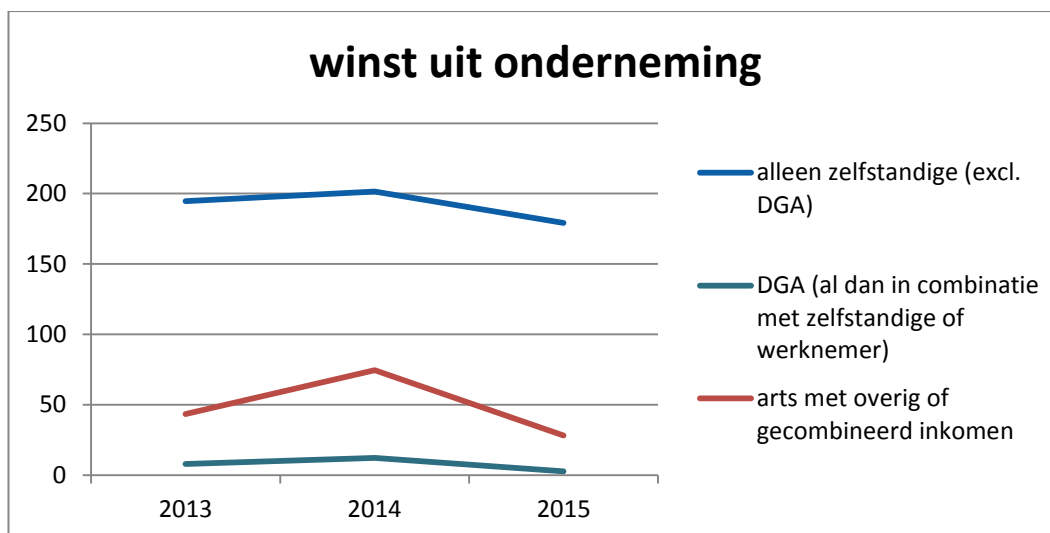
<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84062NED/table?ts=1534757458787>

NB: in de rij 'Totaal' staat het gemiddelde over alle categorieën.

²¹ 2016 nog niet beschikbaar

Echter, in de berekening van de totale gemiddelden over 2013, 2014 en 2015 heeft het CBS hen wel meegenomen. Dit vertekent het beeld enigszins.

Onderstaande figuur 4 geeft dit nog eens grafisch weer.



De cijfers over 2016 zijn nog niet beschikbaar. We zien de winsten bij alle categorieën in 2015 (t.o.v. 2014) dalen. Het niveau van de belastbare winst bij de artsen, DGA is laag in vergelijking met de winst bij zelfstandig werkzame artsen en artsen met overig of gecombineerd inkomen. We wijzen er hier nogmaals op dat, vanwege de verschillende fiscale regimes, een vergelijking tussen de twee begrippen niet goed mogelijk is. Daarenboven speelt hier mogelijk dat in 2015 door de belastingdienst ook een aantoonbare investering als eis voor het fiscale voordeel is gesteld. Uit de ziekenhuizen hebben we andere signalen ontvangen. Ziekenhuisbestuurders geven aan dat in 2015 van substantiële investeringen door artsen DGA, of door het msb, voor zover bij hun bekend, geen sprake is geweest.

Tenslotte kijken we ook naar de gemiddelde dividenden uit aanmerkelijk belang (zie hieronder tabel 6). Dit zijn aanvullende inkomsten die louter van toepassing zijn op de categorie 'Arts, DGA (al dan niet in combinatie met zelfstandige of werknemer)'.

Jaar ²²	2013	2014	2015
Arts, alleen werknemer (excl. DGA)	-	-	-
Arts, alleen zelfstandig (excl. DGA)	-	-	-
Arts, DGA (al of niet in combinatie met loondienst of zelfstandige)	23,4	107,8	6,7
Arts, overig of gecombineerd inkomen	-	-	-

Tabel 5. Gemiddelde dividenden aanmerkelijk belang (in € 1.000)

Opmerkelijk is de hoge stijging van dit (gemiddelde) bedrag in 2014 naar € 107.800 en de nog grotere daling van dit bedrag in 2015 naar € 6.700. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de hoogte van het belastingtarief voor dividenden aanmerkelijk belang per jaar kan verschillen. Zo was in 2014 sprake van een zogenaamde 'tax holiday', waarin het box-2 tarief tijdelijk 22% was in plaats van 25%.

²² 2016 nog niet beschikbaar

Dit kan in 2014 voor extra opnames van dividend hebben gezorgd bij bv's van medisch specialisten. In de cijfers is duidelijk te zien dat in 2014 gemiddeld een ton méér per arts aan dividend is uitgekeerd dan in 2015. Volgens de FMS kan een andere verklaring zijn, dat er een einde kwam aan de (fiscale) mogelijkheid om pensioen in eigen beheer op te bouwen. Voor dividenden aanmerkelijk belang is het zo, dat het bedrag ook bij de fiscale partner geboekt kan worden voor een zo gunstig mogelijke belastingopgave op huishoudensniveau. Hiervoor heeft het CBS zo goed mogelijk gecorrigeerd door alle dividenden aanmerkelijk belang van huishoudens met een DGA ook aan de DGA toe te wijzen.

Een andere verklaring kan zijn dat artsen, DGA (vrijgevestigden dus) 2015 als een (overgangs)jaar hebben beschouwd, omgeven met de nodige financiële, organisatorische en fiscale onzekerheden. Het is bij dergelijke omstandigheden niet onlogisch dat veel artsen, DGA er voor hebben gekozen weinig dividend uit aanmerkelijk belang uit te keren en deze bedragen in de bv te laten zitten.

Duidelijk is in ieder geval dat op grond van de in deze paragraaf genoemde CBS-cijfers, met uitzondering van de verschuiving artsen, zelfstandig werkzaam naar de categorie 'artsen, DGA' geen eenduidige relatie met de invoering van het integraal tarief valt te leggen.

Naast de algemene tabellen heeft het CBS ook nog een panelonderzoek gedaan waarbij is gekeken naar de specialisten die tussen de verschillende jaren dezelfde (fiscale) status hadden²³. Volgens dit panelonderzoek dalen de winsten van de medisch specialisten (ruim 10.000) tussen 2014 en 2015 met 3,5% tegen een daling van 11% voor het totaal aantal werkzame artsen²⁴ (30.000). Hieruit valt af te leiden dat medisch specialisten tussen 2014 en 2015 weliswaar met een winstdaling te maken hadden, maar deze was een stuk geringer dan de winstdaling van de gehele groep werkzame artsen.

7.5 Omzet en inkomen: (on)vergelijkbaarheid van beide sporen

Paragraaf 7.3 is gebaseerd op omzetten per ziekenhuis, resp. de kosten per ziekenhuis. Dit geeft een beeld van de uitgaven aan specialisten, maar zegt niets over hun inkomens. De inkomens (specialisten niet in loondienst) worden bepaald door de overeenkomst tussen msb en ziekenhuis en specialist en msb.

Ook vóór 2015, toen de meeste vrijgevestigde specialisten (onder het beheersmodel honoraria vrijgevestigde specialisten) via het ziekenhuis declareerden, was hun inkomen afhankelijk van omzet en praktijkkosten, waaronder eventueel ook door het ziekenhuis op de gedeclareerde omzet ingehouden kosten.

De cijfers over de omzet van de vrijgevestigd specialisten die we konden achterhalen uit openbare bronnen zijn lastig te vergelijken over de jaren. Ze geven dan ook niet méér weer, dan een globale ontwikkeling. Voor een gedetailleerder beeld zouden we een volledige aanvullende uitvraag bij de ziekenhuizen moeten doen.

²³ Maatwerktabel: Beloning van panel van werkzame artsen in de zorg; type werkenden; beroep; 2014-2015' (<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2018/14/beloning-van-werkzame-artsen-in-de-zorg-2013-2015>).

²⁴ Het totaal aantal artsen (30.000) in het panelonderzoek bestaat uit de navolgende categorieën: huisartsen, tandartsen, medisch specialisten en psychiaters. De categorie medisch specialisten (10.000) vormt dus een subpopulatie van het totaal aantal werkzame artsen.

De resultaten van de globale analyse geven daar voornamelijk geen aanleiding toe. We kunnen op grond van onze gegevens niet concluderen dat de omzet van vrijgevestigd specialisten sterk is gewijzigd na de invoering van het integraal tarief.

7.6 Relatie inkomens en omzet met invoering integraal tarief

De inkomensgegevens die we hebben gebruikt uit de CBS-data, konden we niet relateren aan ziekenhuizen. Om dat te doen, zou je immers van elke individuele specialist moeten weten in welke instelling(en) hij/zij werkzaam is en in welke msb's wordt deelgenomen.

Er is ook geen verband te leggen tussen de inkomens en de aard van de overeenkomst tussen msb en ziekenhuis.

De omzetontwikkeling lijkt evenmin beïnvloed door het integraal tarief. Waarschijnlijk hebben andere ontwikkelingen (wijziging dbc-structuur, bestuurlijke akkoorden) een groter effect gehad. Kunnen we hieruit nu concluderen dat de tariefregulering, resp. het honorariumplafond, tot 2015 geen effect heeft gehad nu het loslaten van de regulering niet tot meetbare effecten leidt? Die conclusie lijkt ook voorbarig. Immers, uit onze enquêteresultaten blijkt dat ziekenhuizen en msb's in een groot aantal gevallen de situatie van 2014 (laatste jaar tariefregulering) als uitgangspunt bij hun vergoedingsafspraken hanteren. Bovendien is het aannemelijk dat partijen zich hebben ingezet om grote schommelingen in omzet, resp. kosten, ten opzichte van 2014 en voorgaande jaren te voorkomen. Grotere wijzigingen, bijvoorbeeld door gewijzigde vergoedingsvormen, andere machtsverhoudingen, etc. zijn dan ook pas op langere termijn te verwachten.

8. Conclusies

Algemeen

Een eerste, maar in het oog springende conclusie die op basis van deze monitor kan worden getrokken, is dat msb's op vrijwel alle onderzochte onderdelen/thema's een positiever beeld hebben van de invoering van integrale tarieven dan de ziekenhuizen.

Op de belangrijkste thema's, zoals kwaliteit, patiëntveiligheid en gelijkgerichtheid, is sinds de komst van de msb's vooruitgang geboekt volgens zowel msb's als ziekenhuizen. Met name de ziekenhuizen zijn van mening dat de invoering van integrale tarieven geen wezenlijke rol heeft gespeeld bij die vooruitgang. Toch is de conclusie gerechtvaardigd dat de invoering van integrale tarieven in de msz als 'trigger' heeft gefungeerd voor de komst van de msb's en daarmee - zij het indirect - een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de hierboven genoemde vooruitgang.

Over de verhoudingen tussen ziekenhuis en msb

De onderlinge verhoudingen tussen msb's en ziekenhuizen zijn belangrijker voor de realisatie van de doelstellingen van integrale bekostiging, dan de wijze waarop de organisatie is vorm gegeven (organisatiemodellen). Tegelijkertijd geldt: daar waar de lokale verhoudingen historisch goed waren en goed zijn gebleven, zijn er positieve ontwikkelingen ontstaan door de komst van de msb's, namelijk:

- één aanspreekpunt voor de rvb van het ziekenhuis;
- professionelere aansturing vanuit het msb-bestuur van de specialisten;
- gezamenlijk ervaren verantwoordelijkheidsgevoel;
- een toegenomen gelijkgerichtheid van belangen;
- meer uniformiteit in beleid van de msb's en in de honoraria.

Daar waar de onderlinge verhoudingen historisch gezien al slecht waren, heeft de invoering van het integraal tarief en de komst van de msb's niet bijgedragen aan de realisatie van de doelstellingen.

Gedurende de eerste jaren (2015, 2016 en soms ook nog 2017) na de invoering van het integraal tarief was er een sterke focus van specialisten op behoud van hun fiscaal ondernemerschap en hun onafhankelijke positie ten opzichte van het ziekenhuis. Het opstarten en de positionering van het msb had de eerste prioriteit. Sinds 2017 en 2018 is steeds meer nadruk komen te liggen op zorginhoudelijke en beleidsmatige zaken. Msb's praten vaker met het ziekenhuis over de meerjaren agenda en de (strategische) beleidskeuzes die het ziekenhuis voor de (middel)lange termijn moet maken. Dit zijn zonder meer positieve ontwikkelingen.

Voorbeelden hiervan zijn afspraken (meestal vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst) over kwaliteit en een koppeling van kwaliteitsafspraken aan het honorarium. Ook initiatieven op het gebied van taakherschikking kunnen in dit verband worden genoemd. Verder worden er in toenemende mate gezamenlijke afspraken gemaakt om tot kostenreductie te komen, ook wordt er gezamenlijk kritischer gekeken naar de productie (volume). Uit sommige van de afgenomen interviews kregen we terug, dat dit moeilijke processen zijn met vaak pittige discussies, maar er wordt nu wel op een constructieve manier met elkaar over gesproken.

Op een enkele uitzondering²⁵ na, zijn er tot op heden geen ziekenhuizen die hun relatie met vrijgevestigde specialisten hebben vormgegeven door middel van een participatiemodel, althans een model waarin de vrijgevestigd specialisten risicodragend participeren, bijv. via aandelenbezit, in het ziekenhuis en aldus als mede-eigenaar van het ziekenhuis zeggenschap verwerven.

Ook zijn er op dit moment geen initiatieven gaande die de bestaande organisatiestructuur moeten doen wijzigen naar een participatiemodel. Uit de ontvangen antwoorden is gebleken dat zo'n participatiemodel is omgeven met te veel onduidelijkheden en onzekerheden, bijvoorbeeld over de mogelijkheden tot winstuitkering, en vooral juridisch gezien erg complex is. Het participatiemodel in deze vorm is daarmee op dit moment geen reëel alternatief voor het loondienst- en/of samenwerkingsmodel.

Overigens geven ziekenhuizen en msb's regelmatig aan, dat de participatie van vrijgevestigd medisch specialisten in de bestaande ziekenhuisorganisatie de afgelopen jaren is vergroot of is gewijzigd. Maar hier wordt dan telkens op een ander soort (niet risicodragende vorm van) participatie gedoeld. Binnen een flink aantal ziekenhuizen wordt dan ook gesproken over het doorontwikkelen of verbeteren van het bestaande organisatiemodel, veelal een combinatie van het loondienst- en samenwerkingsmodel. Hierbij wordt dan aangegeven dat de voorgestane veranderingen moeten leiden tot een grotere participatie van vrijgevestigde specialisten met typische ziekenhuisaangelegenheden.

Over de realisatie van de doelstellingen van het integraal tarief

Over de realisatie van de doelstellingen kunnen we, ruim drie jaar na de invoering van integrale tarieven in de msz, concluderen dat de msb's hier overwegend een positief oordeel over hebben. De ziekenhuizen zijn gematigd positief. Met name de realisatie van de doelstelling 'bevorderen gelijkgerichtheid van belangen' scoort bij zowel de msb's (83%) als de ziekenhuizen (48%) goed. Dat is een belangrijk signaal, dat hoopvol stemt voor de toekomst. Realisatie van de doelstelling 'efficiëntere inzet van mensen en middelen' is een aandachtspunt. Uit de antwoorden van zowel msb's als ziekenhuizen blijkt dat op dit onderdeel, c.q. deze doelstelling, nog forse stappen moeten worden gezet. Uit ons onderzoek is gebleken dat in de meeste ziekenhuizen een gezonde basis aanwezig is voor een vruchtbare samenwerking tussen msb- en ziekenhuisbestuur. Er moet op dit vlak in de toekomst dus verbetering mogelijk zijn. Dat is ook nodig, gelet op de meerjarendoelstelling van het kabinet om vol in te zetten op de realisatie van de juiste zorg op de juiste plek. Zowel verbetering van de gelijkgerichtheid van belangen tussen ziekenhuizen en msb's, als een doelmatiger inzet van mensen en middelen zullen direct bijdragen aan de realisatie van deze kabinetsdoelstelling. Het is dus belangrijk dat ziekenhuis- en msb-bestuurders hier ook de komende jaren serieuze aandacht aan blijven schenken.

Over de inkomensontwikkeling

De cijfers over de inkomens en de (honorarium)omzetten leveren geen bewijs op voor de stelling dat er een verband aanwezig is tussen de invoering van integrale tarieven in de msz enerzijds en de inkomensontwikkeling van vrijgevestigde artsen en artsen in loondienst anderzijds. Een vergelijking van de omzetgegevens vóór en na de invoering van integrale tarieven (dus vóór en na 2015) is omgeven met te veel onzekerheden om dat bewijs te kunnen leveren. Ook een vergelijking van de CBS-inkomensgegevens van de verschillende

²⁵ Ziekenhuis Bernhoven heeft eind 2016 de overstap gemaakt naar een gecombineerd loondienst- en participatiemodel. Alle medisch specialisten zijn in loondienst getreden van het ziekenhuis (geen stichting, maar een BV) en hebben een aandeel - nu nog in de vorm van obligaties - in het ziekenhuis.

categorieën artsen vóór en na 2015 levert dat bewijs niet, of onvoldoende, vanwege de definitieverschillen tussen begrippen als loon, winst, dividend uit aanmerkelijk belang en de verschillende manieren waarop deze inkomensvormen fiscaal worden belast.

Wat we wel met zekerheid kunnen zeggen, is dat er sinds de invoering van integrale tarieven, dus vanaf 2015, geen substantieel effect waarneembaar is op de hoogte van de vergoeding (omzet) aan, resp. de inkomens van, de (vrijgevestigde) medisch specialisten. Maar ook dat is een conclusie en bovendien een conclusie die eerder positief stemt, dan tot ongerustheid aanleiding geeft. Een relatie met de invoering van integrale tarieven, is - zoals gezegd - echter niet te leggen.

Samenvattend (in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid)

Op grond van bovenstaande conclusies kan samenvattend worden opgemerkt dat de invoering van integrale bekostiging in de msz niet heeft geleid tot een verslechtering van de toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg. Voor het omgekeerde, namelijk dat de invoering van integrale bekostiging heeft geleid tot een betere toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg, is in deze monitor echter evenmin bewijs geleverd. Wel is uit de monitor naar voren gekomen dat msb's en ziekenhuizen verbeteringen zien in de afspraken over de kwaliteit van de zorg en de manier waarop deze afspraken tot stand komen. Dat is goed nieuws voor de patiënt, ondanks het feit dat msb's en ziekenhuizen van mening verschillen over de vraag of de invoering van integrale tarieven daaraan nu wel of niet heeft bijgedragen. Het mag inmiddels geen verbazing meer wekken dat ook hier de msb's aan de invoering van integrale tarieven een positiever effect toekennen dan de ziekenhuizen.

Méér gelijkgerichtheid tussen de belangen van ziekenhuizen en vrijgevestigde specialisten, alsmede een doelmatiger inzet van mensen en middelen, dragen direct bij aan de verwezenlijking van een belangrijke doelstelling van het huidige kabinet, namelijk het creëren van de juiste zorg op de juiste plek, waarbij de patiënt centraal staat. In het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022, maar ook in de strategische agenda 2018-2020 van de NZa, is deze doelstelling expliciet vastgelegd in de overtuiging dat deze uiteindelijk leidt tot kwalitatief betere zorg, die ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar blijft. Uit deze monitor blijkt dat de invoering van het integraal tarief (nog) niet heeft geleid tot substantiële verbeteringen op het gebied van het slimmer en doelmatiger inrichten van de zorg, dichtbij of rondom de patiënt en met de inzet van de juiste mensen. Dit is een belangrijke constatering, omdat de urgentie van het leveren van de juiste zorg op de juiste plek juist toeneemt. Er is dus meer nodig. Omdat er in het bestuurlijk akkoord vanuit wordt gegaan dat de maatregelen om deze kabinetsdoelstelling te bereiken op lokaal niveau verder moeten worden ingevuld, acht de NZa het van belang dat de overheid op dit punt nadrukkelijk de vinger aan de pols houdt en zo nodig bijstuurt.

9. Aanbevelingen

1. Geef de huidige situatie rondom de msb's de kans zich verder door te ontwikkelen

Vrijwel unaniem komt uit de enquêtes en interviews terug dat de totstandkoming van de samenwerkingsmodellen (met msb's), die een direct gevolg was van de invoering van integrale tarieven, heel veel tijd, geld en energie heeft gekost. We hebben nu, ruim drie jaar na de invoering van integrale bekostiging in de msz, opnieuw geen signalen ontvangen dat msb's het bereiken van de doelstellingen zoals die bij de introductie van het integraal tarief zijn geformuleerd, in de weg zitten. Integendeel, in de meeste gevallen heeft de komst van de msb's juist gezorgd voor soepeler afstemming, efficiëntere afspraken, doelmatiger bedrijfsvoering met efficiëntere inzet van personeel, en een toegenomen besef van gedeelde verantwoordelijkheid. Kortom, de gelijkgerichtheid van belangen tussen ziekenhuizen en vrijgevestigde specialisten is met de komst van de msb's in de meeste ziekenhuizen toegenomen. De msb's hebben een volwaardige positie in de ziekenhuisstructuren ingenomen. Er is, ook vanuit inkomensperspectief, beleidsmatig gezien geen aanleiding om hierin nu een andere koers te varen, c.q. sturend op te treden in de richting van msb's. De constatering dat er op enkele belangrijke thema's, waaronder een doelmatiger inzet van mensen (arbeid) en geld (kapitaal), nog verbetering mogelijk en nodig is in de wijze waarop ziekenhuizen en msb's met elkaar omgaan, is zonder meer relevant, maar doet aan deze aanbeveling verder niet af. De NZa zal in samenwerking met IGJ via het programma Goed Bestuur bijzondere aandacht houden voor de samenwerkingsmodellen in de msz en de mate waarin gelijkgerichtheid van de grond komt en wordt gestuurd op een doelmatige inzet van mensen en middelen.

2. Zet niet in op beleid of maatregelen die als doel hebben een overgang naar het participatiemodel²⁶ te bewerkstelligen

Het participatiemodel is en blijft omgeven met veel onduidelijkheden en onzekerheden. Dit geldt ook, nadat bekend werd dat de onzekerheden zijn weggenomen rondom de toepasselijkheid van de Wet normering topinkomens (Wnt) op medisch specialisten die een directie- of bestuursfunctie vervullen in een ziekenhuis. Daarnaast is ons o.a. uit enkele interviews duidelijk geworden dat er nieuwe ontwikkelingen gaande zijn, waarbij vrijgevestigde medisch specialisten verkennen in hoeverre deelname aan nieuwe zorgnetwerken voor hen interessant kan zijn. Dit wordt mede ingegeven door afspraken in de bestuurlijke hoofdlijnakkoorden. Deze zorgnetwerken zijn ziekenhuis overstijgend. Vanuit die invalshoek ligt een directe (vorm van) participatie in het ziekenhuis minder voor de hand. Ten slotte blijft het juridisch zeer complex om vanuit een loondienst- of samenwerkingsmodel tot een participatiemodel te komen. Met stimulerend beleid lijkt dat probleem niet te worden opgelost. Een en ander geldt voor de ziekenhuizen, maar even zo goed voor de vrijgevestigde medisch specialisten. Tegen die achtergrond, maar ook op basis van onze eerste aanbeveling, raden wij af om actief beleid te voeren, of verder te ontwikkelen, dat gericht is op het stimuleren van het participatiemodel.

²⁶ Voor alle duidelijkheid: we doelen hier op het participatiemodel zoals omschreven in paragraaf 2.1 van deze monitor. Het gaat dus niet om participatie van medisch specialisten via het bekleden van een zetel in de raad van bestuur van een ziekenhuis (bestuurlijke participatie), het uitoefenen van een managementfunctie, of van hiermee vergelijkbare functies binnen het ziekenhuis.

Wellicht ten overvloede merken we op, dat deze aanbeveling niet geldt voor het loondienstmodel. Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat een aanzienlijk aantal ziekenhuizen een volledig loondienstmodel prefereert boven de bestaande combinatie van samenwerkingsmodel (met msb's) en loondienstmodel. In sommige gevallen zijn ten tijde van de overgang naar integrale tarieven (oriënterende) gesprekken met de toenmalige maatschappen en collectieven van vrijgevestigd medisch specialisten gevoerd over de haalbaarheid van een overgang van de vrijgevestigde specialisten naar een loondienstverband. In de praktijk heeft dit slechts in een enkel geval tot een overgang naar een volledig loondienstmodel geleid. Toch blijkt, o.a. uit de CBS-data, dat het aantal medisch specialisten in loondienstverband sinds 2015 jaarlijks gematigd, maar wel gestaag stijgt. De ziekenhuizen geven aan dat de stimuleringsmaatregel van de minister van VWS (subsidiebedrag van € 100.000 per specialist die de overstap maakt van vrije vestiging naar loondienst) hier een belangrijk aandeel in heeft gespeeld, naast enkele stimuleringsmaatregelen die vanuit de ziekenhuizen zelf beschikbaar zijn gesteld. Realisatie van een volledig loondienstmodel is juridisch in ieder geval minder complex dan de omvorming naar een participatiemodel.

3. Jaarlijkse monitoring van de gevolgen van de invoering van integrale tarieven in de msz niet langer noodzakelijk

Bij de invoering van integrale bekostiging in de msz heeft de minister van VWS de NZa verzocht de gevolgen hiervan jaarlijks te monitoren en daar verslag van te doen. De trend die zich in de eerste en tweede monitor reeds aftekende, zet zich in deze derde monitor voort. We doelen hiermee op de vaststelling dat de invoering van integrale tarieven in de msz eigenlijk op geen enkel van de door ons onderzochte gebieden tot verontrustende of ongewenste gevolgen heeft geleid. Zoals we hierboven in onze eerste aanbeveling al opmerkten, is eerder sprake van het tegenovergestelde: de invoering van integrale tarieven en de komst van de msb's hebben over het algemeen in positieve zin bijgedragen aan de realisatie van de vooraf bepaalde doelstellingen.

Nu de stofwolken rondom de komst van de msb's zijn opgetrokken, dringt zich de vraag op, of het nog langer wenselijk en noodzakelijk is om jaarlijks een dergelijke monitoring te blijven uitvoeren. Dit mede gelet op het grote tijdbeslag en de inspanningen die de totstandkoming van zo'n monitor van alle betrokken partijen vergt. De NZa raadt aan de huidige frequentie van monitoring los te laten en in te wisselen voor een monitoring als de omstandigheden daar (in de toekomst) aanleiding toe geven.