

Vergaderjaar 2020–2021

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 325**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 november 2020

In 2015 zijn de integrale tarieven in de medisch specialistische zorg (msz) ingevoerd. Hiermee verdween de gescheiden tariefregulering voor ziekenhuiskosten en specialistenhonoraria met onder andere als doel om de gelijkgerichtheid van belangen tussen vrijgevestigde medisch specialisten en ziekenhuizen te bevorderen. Anders dan het voorop stellen van (financieel) eigenbelang, gaat het om het gezamenlijk nastreven van kwaliteit en doelmatigheid. In het regeerakkoord is opgenomen dat het kabinet voor meer gelijkgerichtheid in het ziekenhuis stimuleert dat medisch specialisten de stap maken naar het participatiemodel of loondienst. Het belang van zorgprofessionals moet gericht zijn op de uitkomst van de zorg in plaats van omzet. Gelijkgerichtheid heeft ook een plek gekregen in het hoofdlijnenakkoord msz 2019–2022, waar een gelijkgerichtheid van belangen van alle partijen als katalysator gezien wordt voor de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. In deze brief ga ik in op hoe het ervoor staat met het thema gelijkgerichtheid in ziekenhuizen en op mijn invulling van het kabinetsvoornemen om gelijkgerichtheid te bevorderen.

#### **Stand van zaken gelijkgerichtheid**

##### *Het samenwerkingsmodel*

Met de invoering van integrale tarieven is door vrijgevestigde medisch specialisten voor hun samenwerkingsrelatie met het ziekenhuis veelal een afweging gemaakt tussen loondienst of werken als vrijgevestigde in een samenwerkingsmodel of participatiemodel met het ziekenhuis. Bij het merendeel van de ziekenhuizen is gekozen voor het samenwerkingsmodel, waarbij medisch specialisten in vrije vestiging zich organiseren in een medisch specialistisch bedrijf (msb) en een samenwerkingsovereen-

komst afsluiten met het ziekenhuis. Eerder schreef ik in een brief<sup>1</sup> aan uw Kamer al dat ziekenhuizen en msb's ervaren dat sinds 2015 vooruitgang is geboekt op verschillende belangrijke thema's, zoals kwaliteit en patiëntveiligheid als ook op het thema gelijkgerichtheid.

#### *Doorontwikkelen van msb's*

De NZa adviseerde in 2018 in de monitor integrale bekostiging om msb's de kans te geven zich verder door te ontwikkelen. Dat advies heb ik toen opgevolgd. Ook op fiscaal gebied zie ik een doorontwikkeling gebeuren. De integrale bekostiging die in 2015 is ingevoerd, betekende een relevante wijziging voor de fiscale positie van medisch specialisten. In de situatie dat de medisch specialisten binnen het msb kozen voor de rechtsvorm «transparante structuur» diende de medisch specialist voldoende ondernemersrisico's te lopen om succesvol een beroep op de fiscale faciliteiten te kunnen doen. In veel gevallen is dit goed geïmplementeerd. Ook is het voorgekomen dat niet voldoende ondernemersrisico's belegd konden worden bij de medisch specialisten, met als gevolg dat er dan alsnog voor een andere structuur (fiscaal niet transparante structuur) werd gekozen. Bij een steeds groter deel van de msb's neemt de fiscale onzekerheid af.

#### *Het participatiemodel*

Begin 2017 is over het vormgeven van het participatiemodel een onderzoek door EY<sup>2</sup> afgerond en naar de Tweede Kamer gestuurd. Het kunnen meedelen in de winst van het ziekenhuis werd door de onderzoekers als randvoorwaarde geformuleerd voor het doen slagen van het participatiemodel. Omdat winstuitkering in de msz verboden is, komt het participatiemodel tot op heden niet tot stand. In een eerdere brief<sup>3</sup> aan uw Kamer is toegelicht dat publieke randvoorwaarden (zoals beter inzicht in kwaliteit van zorg) beter moeten zijn gewaarborgd voordat een verruiming van de mogelijkheden voor winstuitkering aan de orde kan zijn. Het wetsvoorstel vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg (VIMSZ) is hierop ingetrokken. Winstuitkering in de medisch-specialistische zorg is daarom nu niet aan de orde. Daarnaast heeft de NZa in de monitor integrale bekostiging in 2018 al geadviseerd om niet in te zetten op beleid of maatregelen die als doel hebben een overgang naar het participatiemodel te bewerkstelligen. De NZa concludeerde dat door de ontwikkelingen van netwerkzorg die gaande zijn, een directe (vorm van) participatie minder voor de hand ligt.

#### *Werken in loondienst*

Tot en met 2019 is de subsidieregeling overgang integrale tarieven msz van kracht geweest. Deze regeling is erop gericht de financiële belemmeringen te verminderen bij medisch specialisten die willen overstappen van vrije vestiging naar loondienst. Vrijgevestigd medisch specialisten die overstappen naar loondienst kunnen aanspraak maken op een subsidie van € 100.000. Deze regeling is vanwege de invoering van integrale tarieven gestart in 2015. Daarna is een nieuwe regeling opgesteld in 2016 (vrijwel met dezelfde voorwaarden) en is de regeling verlengd voor de jaren 2017, 2018 en 2019. In totaal hebben 474 medisch specialisten gebruik gemaakt van de subsidieregeling. Doordat de regeling vorig jaar afliep en toen vijf jaar bestond, was een evaluatie op haar plaats. Bij het onderdeel kabinetsvoornemen in deze brief ga ik hier verder op in.

<sup>1</sup> Kamerstukken 29 248 en 32 620, nr. 314.

<sup>2</sup> Rapport EY- Onderzoek mogelijkheden tot bevorderen participatiemodel (2017).

<sup>3</sup> Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 133.

Het aandeel medisch specialisten in loondienst laat al jaren een lichte stijging zijn. Sinds 2016 zijn er voor het eerst meer medisch specialisten in loondienst dan in vrije vestiging<sup>4</sup>. Een stijging in het aandeel vrouwelijke medisch specialisten die meer dan gemiddeld in loondienst werken, draagt hier mogelijk aan bij. Ook is een deel van de oudere medisch specialisten, die relatief vaker vrijgevestigd waren/zijn, met pensioen gegaan. Daarnaast nemen medisch specialistische bedrijven door de invoering van integrale bekostiging vaker specialisten in tijdelijke loondienst aan<sup>5</sup>.

#### *Inkomens en omzet van medisch specialisten*

De inkomens en/of omzet van vrijgevestigde medisch specialisten is een onderwerp dat met regelmaat terugkomt in uw Kamer, als ook in de media. Aan uw Kamer heeft mijn voorganger begin dit jaar toegezegd<sup>6</sup> nog met een nadere duiding te komen over cijfers die in media genoemd worden wat betreft het inkomen van medisch specialisten. Afhankelijk van de juridische structuur waarin de specialist werkt, zijn er verschillen mogelijk in de hoogte en de samenstelling (winstdeling, salaris, dividend) van hetgeen een specialist ontvangt. In zijn algemeenheid is daardoor niet te zeggen hoeveel inkomen individuele vrijgevestigde medisch specialisten ontvangen en/of toebedeeld krijgen via een eigen B.V. Ik wil hierbij benadrukken dat de hoogte van het salaris van de medisch specialist niet verward moet worden met de omzet van de eigen B.V. waar nog kosten van moeten worden afgetrokken. Dit zijn twee verschillende begrippen. Ziekenhuisbestuurders zijn verantwoordelijk om in de samenwerkingsovereenkomst met het msb afspraken te maken over een passende vergoeding voor de geleverde zorg. Het msb is vervolgens verantwoordelijk voor de verdeling over de verschillende specialismen. Per specialisme vindt tot slot een verdeling plaats naar de individuele specialist en die heeft – afhankelijk van de structuur – de mogelijkheid om een groter of een kleiner deel van dat honorarium als inkomen aan zichzelf uit te keren. Overigens trok de NZa in 2018 in de monitor integrale tarieven met enige voorzichtigheid de conclusie dat de invoering van integrale tarieven geen effect heeft gehad op de hoogte van de vergoeding aan – en de inkomensontwikkeling van – medisch specialisten.

#### *Gelijkgerichtheid in het ziekenhuis*

Enkele jaren na de invoering van integrale tarieven lijkt er een bepaalde mate van stabiliteit en rust te zijn ontstaan wat betreft de modellen. Msb's ontwikkelen zich verder, er is duidelijkheid rondom het participatiemodel gekomen en het aandeel medisch specialisten in loondienst loopt langzaam maar gestaag op. Daarbij zijn er goede voorbeelden van ziekenhuizen die zich gelijkgericht organiseren. Zo hebben verschillende grote STZ-ziekenhuizen de vergaderingen van de raad van bestuur en van de medisch specialisten geïntegreerd. Beide partijen vergaderen niet meer apart van elkaar, maar ze vergaderen gezamenlijk met een gezamenlijke agenda, waardoor meer gelijkgerichtheid gewerkt wordt. Ook zijn er voorbeelden van msb's waarbij de vrijgevestigde medisch specialisten voornamelijk op basis van werkzame dagdelen en disutility (dienstbelasting van de medisch specialist) beloond worden, waardoor de belangen van ziekenhuis en zijn medisch specialisten meer gelijk lopen. Daarnaast toont de evaluatie van de verbeterprogramma's bij Bernhoven en Rivas dat er meerdere manieren zijn om de gelijkgerichtheid van medisch

<sup>4</sup> Bron CBS.

<sup>5</sup> Brancherapport NVZ Ziekenhuiszorg in cijfers 2018.

<sup>6</sup> Tijdens algemeen overleg medisch zorglandschap op 6 februari 2020, Kamerstuk 32 620, nr. 260.

specialisten met de rest van de organisatie te versterken. Bij ziekenhuis Bernhoven zijn de medisch specialisten in loondienst gegaan, bij zorggroep Rivas hebben de medisch specialisten een ander verdeelmodel ingevoerd<sup>7</sup>.

## **Kabinetsvoornemen**

### *Onderzoeken adviesbureau SiRM*

Om invulling te geven aan het kabinetsvoornemen van meer gelijkgerichtheid in het ziekenhuis heeft mijn voorganger allereerst een onderzoek uit laten voeren naar hoe gelijkgerichtheid in de msz kan worden bevorderd, mede ten behoeve van de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Een evaluatie van de subsidieregeling is meegenomen in dit onderzoek. Beide onderzoeksrapporten heb ik u vorig jaar aangeboden<sup>8</sup>.

### *Voortzetting subsidieregeling overgang integrale tarieven msz 2020 en 2021*

In de evaluatie van de subsidieregeling wordt geconcludeerd dat het subsidiegeld effectiever kan worden ingezet door de subsidieregeling niet te verlengen en gelijkgerichtheid op andere manieren te bevorderen. Mijn voorganger heeft dit advies ter harte genomen door breder naar gelijkgerichtheid te kijken, maar zich tegelijkertijd wel in te blijven zetten voor medisch specialisten die willen overstappen naar loondienst. Het is belangrijk dat ziekenhuizen en medisch specialisten blijven nadenken over en werken aan wat voor hen de beste manier is om de samenwerking zo in te richten dat deze is afgestemd op de behoeften en wensen van patiënten en het de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg ten goede komt. Dat kan betekenen dat medisch specialisten overwegen om over te gaan op het loondienstmodel. Daarom is voor 2020 en 2021 de subsidieregeling voortgezet. Deze regeling heeft een subsidieplafond van € 8 miljoen euro voor twee jaar, wat ruimte biedt aan 80 medisch specialisten die willen overstappen<sup>9</sup>. Aangezien de voortzetting van de regeling in de periode van de eerste Covid-19 golf was, is er weinig gelegenheid voor communicatie richting medisch specialisten geweest en er is in 2020 dan ook weinig gebruik gemaakt van de regeling. Voor 2021 zal ik, indien dat op dat moment passend is, de regeling meer onder de aandacht brengen.

### *Bevorderen gelijkgerichtheid*

Bij het bevorderen van gelijkgerichtheid komen volgens het rapport van SiRM veel aspecten kijken; ook zaken als goed leiderschap, een duidelijke strategie, gezamenlijke afspraken en overleggen en een professioneel bestuur spelen hierin mee. Een signaalanalyse van de NZa<sup>10</sup> noemt vergelijkbare zaken, zoals een goede relatie, betrokkenheid en wederzijds vertrouwen tussen het ziekenhuisbestuur en msb. SiRM beschrijft dat er niet één manier is om gelijkgerichtheid te realiseren. De ene situatie vraagt om een andere aanpak dan de andere. Het is wel belangrijk dat we naar de gedeelde lessen van succesvolle voorbeelden van gelijkgerichtheid kijken, zodat gelijkgerichtheid ook beter en sneller vorm kan krijgen bij anderen. Door voorbeelden met elkaar te delen, hoeft niet

<sup>7</sup> Kamerstuk 31 016, nr. 291.

<sup>8</sup> Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 134.

<sup>9</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 320, <https://wetten.overheid.nl/BWBR0043552/2020-05-20>.

<sup>10</sup> <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2019/01/innovatieve-financiele-afspraken-binnen-het-ziekenhuis>.

iedere organisatie het wiel op dit gebied opnieuw uit te vinden. Daarom ga ik, samen met de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), een handreiking met concrete aanbevelingen, randvoorwaarden en do's en dont's opstellen over hoe bijvoorbeeld «samen besturen» georganiseerd kan worden. Het rapport van SiRM met aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid en de signaalanalyse van de NZa kunnen hiervoor als aanknopingspunt dienen.

#### *Financiële afspraken in de msz*

De juiste randvoorwaarden waarop we de zorg in ziekenhuizen bekostigen vind ik van groot belang. Het gaat dan bijvoorbeeld om meerjarige contracten via aanneemsommen. Voor gelijkgerichtheid is het belangrijk dat de afspraken met de zorgverzekeraars vervolgens doorvertaald worden naar de gehele organisatie. Dit geldt zowel voor de afspraken op het niveau van de raad van bestuur met het msb, als op het niveau van de individuele medisch specialisten toe. De NZa kijkt momenteel naar de financiële afspraken op verschillende niveaus en de gelijkgerichtheid daarbij. Voor de beweging van de Juiste Zorg op de Juiste Plek is het nodig dat afspraken over die beweging worden doorgevoerd in de hele organisatie en er gelijkgericht gewerkt wordt met de vrijgevestigde medisch specialisten in het msb. Mocht daarbij ondersteuning gewenst zijn, dan ben ik graag bereid dit te faciliteren. Aspecten van de hiervoor genoemde handreiking kunnen dan ook daadwerkelijk in praktijk worden gebracht, passend bij de organisatie. Een voorbeeld zou kunnen zijn dat de raad van bestuur van het ziekenhuis en het msb ondersteuning inroepen om de gezamenlijke strategie te bepalen. Of begeleiding bij het doorvertalen van innovatieve contracten met de verzekeraar naar afspraken tussen ziekenhuis en msb, en vervolgens tussen msb en vakgroepen. Deze ondersteuning komt mijns inziens ook ten goede aan de doorontwikkeling en verdere professionalisering van msb's.

#### *Tot slot*

Eerder schreef ik uw Kamer al<sup>11</sup> dat ik verwacht dat zowel ziekenhuizen als msb's zich blijven inzetten om verdere stappen te zetten in het bevorderen van gelijkgerichtheid. Juist ook gezien de beweging naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek en de afspraken uit de hoofdlijnenakkoorden is het zo belangrijk om gezamenlijk op te trekken en dezelfde doelen na te streven. Langs bovengenoemde lijnen bied ik hier graag ondersteuning aan. Ook de NZa zal met ziekenhuizen en msb's in gesprek blijven en de ontwikkelingen op dit gebied in beeld blijven brengen. Zo stimuleren en helpen we partijen om de breed gedeelde ambities op alle fronten in de medisch-specialistische zorg te realiseren.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark

---

<sup>11</sup> Kamerstukken 29 248 en 32 620, nr. 314.