

Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg

De medisch specialistische zorg (MSZ) in Nederland kent een nieuwe bekostigingsvorm: sinds januari 2015 declareren zorgaanbieders in deze sector integrale tarieven. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de opdracht gegeven om jaarlijks te onderzoeken wat de gevolgen zijn van deze nieuwe bekostigingsvorm en waar risico's of knelpunten liggen. Deze monitor is een beschrijving van onze bevindingen, een jaar na invoering van de integrale bekostiging.

Wat is deze monitor?

Dit is de eerste meting die we doen na de invoering van integrale tarieven. In 2014 hebben we, voorafgaand aan de invoering van de nieuwe regels, ook een onderzoek gedaan (een nulmeting). Die nulmeting was vooral kwalitatief ingestoken, omdat cijfermateriaal nog grotendeels niet beschikbaar was.

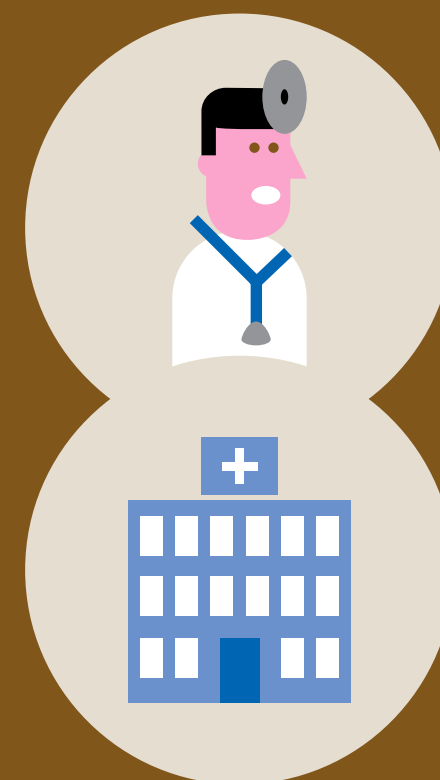
Dat materiaal is er nu wel. Daarmee ronden we via deze monitor ook het kwantitatieve deel van de nulmeting af. De monitor bevat dus cijfermatige analyses over de situatie tot en met 2014. Over het jaar 2015 is nog geen cijfermateriaal beschikbaar.

De kwalitatieve bevindingen in deze monitor zijn met name gebaseerd op de enquête die we hielden onder relevante partijen en gesprekken die we het afgelopen halfjaar met hen voerden. De monitor bevat aanbevelingen om knelpunten te ondervangen.

Wat doet de NZa?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt tarieven vast voor zorgbehandelingen en -diensten. Ook houden we toezicht op de zorg. We monitoren onder meer ontwikkelingen in de zorgmarkt en de gevolgen van grote beleidswijzigingen, bijvoorbeeld door jaarlijkse marktscans en specifieke onderzoeken. De invoering van de integrale bekostiging is zo'n grote beleidswijziging. Het gaat om een andere manier van het bekostigen van medisch specialistische zorg. De verandering heeft op dit moment vooral effect op ziekenhuizen en medisch specialisten. Voor consumenten is de wijziging vooralsnog minder zichtbaar en ingrijpend.

[Lees meer](#) over de NZa
Bekijk onze [marktscans](#)

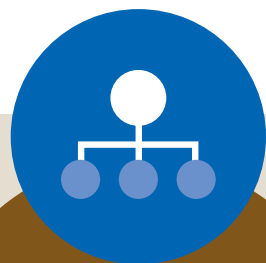




1

De bekostiging

- Wat is integraal bekostigen?
- Waarom deze nieuwe bekostigingsvorm?
- Welke regels en regelingen gelden sinds 2015?



2

Het speelveld

- Organisatiemodellen
- Komst van MSB's
- Instellingsoverstijgend werken



3

De afspraken

- Op welke niveaus worden MSZ-afspraken gemaakt?
- Welke afspraken maken de zorgverzekeraar en het ziekenhuis?
- Welke afspraken maken het MSB en het ziekenhuis?
- Welke afspraken maken medisch specialisten en hun MSB?



4

De sturing

- In hoeverre is de aansturing van ziekenhuizen veranderd?
- In hoeverre is de beleidsinvloed van medisch specialisten veranderd?
- In hoeverre worden taken van medisch specialisten herschikt?
- Hoe functioneren de MSZ-overlegstructuren?
- Hoe verloopt het interne toezicht op de sturing van ziekenhuizen?



Conclusie en
aanbevelingen



Waarom brengt de NZa deze monitor uit?

De NZa monitort bij grote beleidswijzigingen de ontwikkelingen in de zorgmarkten. De invoering van de integrale bekostiging is zo'n beleidswijziging. Het gaat om een andere manier van het bekostigen van medisch specialistische zorg (MSZ). Onderstaande vragen staan centraal bij onze monitoring van deze bekostiging:

1. Welk organisatiemodel kiezen medisch specialisten en ziekenhuizen?
2. Hoe ontwikkelen de uitgaven aan medisch specialisten zich?
3. Wat betekent de invoering van integrale tarieven voor de verhoudingen in ziekenhuizen?
4. Hoe beïnvloedt de invoering de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg?
5. Welke effecten heeft de beleidswijziging op de contractering door verzekeraars?

Hoe verloopt het monitoren?

- De NZa monitort sinds 2014 en zal dat de komende jaren blijven doen.
- Voor elk jaar verschijnt er een publicatie ('monitor') met de belangrijkste onderzoeksresultaten van dat jaar. Eind 2014 verscheen de nulmeting.
- Om de ontwikkelingen over het volledige jaar 2015 mee te kunnen nemen, publiceren we deze monitor begin 2016.
- Er zijn nog geen financiële cijfers over 2015 beschikbaar. Voor deze monitor hebben we de cijfers geanalyseerd die wél bekend zijn, namelijk die over 2012, 2013 en 2014. Met deze analyse ronden we het kwantitatieve deel van de nulmeting af. Volgend jaar hebben we de cijfers over 2015 tot onze beschikking. Daardoor kunnen we pas in de monitor die in 2017 verschijnt de financiële effecten weergeven van de integrale bekostiging.

Waarop baseren we deze monitor?

De NZa gebruikte voor deze publicatie:

- de enquêterespons van:
 - Raden van Bestuur (RvB's) van algemene ziekenhuizen; 46
 - Raden van Toezicht (RvT's) van algemene ziekenhuizen; 42
 - zorgverzekeraars; 7
 - zelfstandige behandelcentra (ZBC's); 19
 - besturen van medisch specialistische bedrijven (MSB's). 48
- aanvullende informatie uit interviews met:
 - bestuurders van algemene ziekenhuizen;
 - bestuurders van MSB's.
- door onszelf georganiseerde consultatie- en netwerk-bijeenkomsten;
- databronnen (voor de cijfermatige analyses):
 - Cijfers over de honorariumomzet 2012, 2013, 2014 van ziekenhuizen.
 - De fte-informatie over 2012, 2013 en 2014 van Dutch Hospital Data (DHD).
 - De declaratie-informatie over 2012, 2013 en 2014 van Vektis.
 - De toelatingen van het CIBG, een uitvoeringsinstantie van het ministerie van VWS.
 - De informatie van het ministerie van VWS over het gebruik van de subsidieregeling 'Overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg'.



1

2

3

4



1

De bekostiging

- Wat is integraal bekostigen?
- Waarom deze nieuwe bekostigingsvorm?
- Welke regels en regelingen gelden sinds 2015?



Wat is integraal bekostigen (en hoe werd voorheen bekostigd)?

Zorgverzekeraars en patiënten betalen behandelingen in de medisch specialistische zorg (MSZ) sinds 1 januari 2015 volgens een integraal tarief. Dat betekent dat een instelling nu **alle MSZ-behandelkosten declareert bij de verzekeraar en/of de patiënt en de volledige vergoeding hiervoor ontvangt. Zij beslist zelf wat ze met die inkomsten doet.**

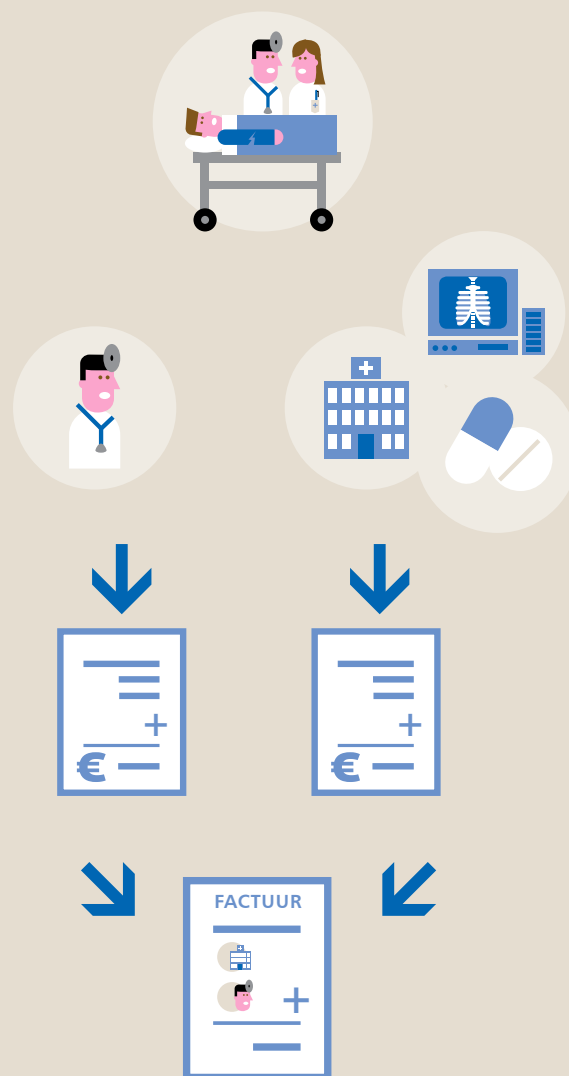
Voor de invoering van integrale tarieven was die situatie anders. Er was sprake van 'deelregulering'. De bekostiging en budgettaire overheidssturing had voor één deel betrekking op ziekenhuiskosten en voor één deel op de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten. De kosten van vrijgevestigde medisch specialisten en de kosten van het ziekenhuis stonden ook los van elkaar op de nota.

Tot 2015 (deelregulering)

Patiënt werd behandeld.

Vrijgevestigde medisch specialisten maakten behandelkosten (o.a. hun eigen tijd en een deel van de praktijkkosten). Zij vermeldden deze kosten apart op de nota voor de verzekeraar en/of patiënt. Op diezelfde nota stonden ook de ziekenhuiskosten los vermeld.

Het ziekenhuis maakte behandelkosten (o.a. personeel, gebouw, apparatuur, geneesmiddelen). Het ziekenhuis zette deze kosten op de nota voor de verzekeraars en/of patiënt, los van de kosten van de vrijgevestigde medisch specialisten.



Sinds 2015 (integrale tarieven)

Patiënt wordt behandeld.

Ziekenhuis maakt behandelkosten (o.a. medische handelingen, gebouw, apparatuur, geneesmiddelen, medisch personeel waaronder medisch specialisten).

Het ziekenhuis brengt deze kosten in rekening bij verzekeraars en/of patiënten.

De inkomsten dekken de totale behandelkosten, dus ook de kosten van de medisch specialisten in loondienst en de vrijgevestigde medisch specialisten.



1

2

3

4

Bekostiging toen en nu

Tot 2015 (deelregulering)

Op de nota stond afzonderlijk vermeld welke vergoeding het ziekenhuis kreeg en welke vergoeding ('honorarium') vrijgevestigde medisch specialisten kregen.

De NZa hanteerde voor de ziekenhuisvergoeding andere regels dan voor het honorarium van vrijgevestigde medisch specialisten. Voor ziekenhuizen golden meestal vrije tarieven, voor de honoraria maximumtarieven per zorgproduct. De NZa stelde dat maximum vast.

Binnen de budgettaire beschikbare financiële middelen voor ziekenhuisbehandelingen was jarenlang een afzonderlijk bedrag bestemd voor vrijgevestigde medisch specialisten.

Voor de beheersing van deze landelijke totale uitgaven hanteerde het ministerie van VWS een apart model (het 'beheersmodel') voor de vrijgevestigde medisch specialisten. De NZa stelde per ziekenhuis een individueel omzetplafond vast voor de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten die daar werkten.

VWS stelde jaarlijks het macrokader voor de medisch specialistische zorg vast: Als de totale kosten van alle ziekenhuizen samen hoger lagen dan dit collectieve plafond, werden zij naar rato van hun omzet (achteraf) gekort. Of die korting daadwerkelijk plaatsvond, dus of het MBI werd ingezet, was een politieke keuze van de minister. De honorariumuitgaven van vrijgevestigde medisch specialisten vielen buiten dit model. Hiervoor golden de individuele omzetplafonds.

Sinds 2015 (integrale tarieven)

Op de nota staat een integraal tarief voor de geleverde zorg. De kosten voor ziekenhuis en de vrijgevestigde medisch specialisten staan niet meer afzonderlijk vermeld. De instellingen betalen de vrijgevestigde medisch specialisten 'achter de voordeur'.

Er is één integraal tarief. Voor de meeste zorgproducten gelden vrije prijzen, voor andere gereguleerde prijzen. De NZa stelt de maximumhoogte van de prijs vast. Tot dat maximum zijn zorgaanbieder en zorgverzekeraar vrij om over de hoogte van die prijs te onderhandelen.

Het ministerie van VWS hanteert niet langer een apart budget voor vrijgevestigde medisch specialisten. VWS heeft de budgettaire kaders voor ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten samengevoegd.

Er geldt geen apart model meer om de uitgaven aan vrijgevestigde medisch specialisten te beheersen. De NZa geeft op voorhand geen individuele plafonds meer af. Die beheersing valt binnen het algemene macrobeheersinstrument (MBI) voor medisch specialistische zorgkosten.

VWS hanteert nog altijd een macrokader voor alle medisch specialistische zorg van alle ziekenhuizen samen, dat jaarlijks wordt vastgesteld. Als de totale kosten van ziekenhuizen hoger liggen dan dit collectieve plafond, worden zij naar rato van hun omzet (achteraf) gekort. Of die korting daadwerkelijk plaatsvindt, blijft een politieke keuze van de minister. Sinds 2015 vallen ook de honorariumuitgaven van vrijgevestigde medisch specialisten binnen dit model.



Waarom deze nieuwe bekostigingsvorm?

Het zorgstelsel beter laten functioneren. Dat is het overkoepelende doel van de overstap van deelregulering naar integrale bekostiging. Hieronder staat een samenvatting van vier subdoelen die onder dit overkoepelende doel vallen.

1. Doelmatigere productie

Voor ziekenhuizen maakt integrale bekostiging een doelmatigere inzet van productiefactoren mogelijk. Verpleegkundig specialisten en physician assistants kunnen, mede door aanpassingen in de regelgeving, vanaf 2015 bijvoorbeeld taken overnemen van vrijgevestigde medisch specialisten zonder dat de bekostiging daarvoor een belemmering vormt. Verder wordt onderlinge dienstverlening tussen instellingen makkelijker door de invoering van integrale bekostiging.

2. Selectieve inkoop

Zorgverzekeraars willen het liefst kwalitatief hoogwaardige en doelmatig geleverde zorg inkopen, die aansluit op de polis van hun verzekerden. Vanaf 2015 kunnen zorgverzekeraars ziekenhuizen en specialisten beter sturen in het leveren van die zorg. Er is immers maar één partij die declareert en voor de zorgverzekeraar als aanspreekpunt fungeert. Deze sturing werd tot 2015 bemoeilijkt door deelregulering (zoals honorariumplafonds) en de daardoor optredende belangenverschillen tussen ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten.

3. Gelijkgerichtheid

In de bekostiging van zorg moet niet het financiële eigenbelang van ziekenhuizen en specialisten voorop staan, maar het gezamenlijke belang om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden. Oftewel: een gelijkgerichtheid van belangen. Ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten moeten samen doelmatigheid en kwaliteit nastreven. Ze worden door de invoering van integrale tarieven gedwongen hier onderling goede afspraken over te maken en deze vast te leggen in bijvoorbeeld een samenwerkingsovereenkomst.

4. Gelijk speelveld

Doordat er verschillende (macro)beheersinstrumenten van toepassing waren voor de instellingen met medisch specialisten in loondienst en de ziekenhuizen met vrijgevestigde medisch specialisten, ontstond er een ongelijk speelveld tussen deze instellingen. Met integrale bekostiging zijn de honorariumplafonds verdwenen, is hetzelfde (macro)beheersinstrument van toepassing en is de concurrentie eerlijker.

Extra voordelen van integrale bekostiging

- Qua uitvoerbaarheid is integrale bekostiging minder complex dan deelregulering.
- Het is minder onderhoudsintensief.
- De nota's zijn simpeler: er is één tarief in plaats van gescheiden (deel)tarieven. Daardoor zijn de nota's makkelijker te controleren, ook voor patiënten.



Welke regels en regelingen gelden sinds 2015?

De overstap van deelregulering naar integrale bekostiging heeft nieuwe beleidsregels en regelingen met zich meegebracht voor ziekenhuizen en specialisten. Daarbij gaat het vooral om de vraag: wie mag wat declareren en onder welke voorwaarden?

Wie mag declareren aan patiënten/zorgverzekeraars?

- Instellingen voor medisch specialistische zorg die beschikken over een toelating op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Dit zijn vooral ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld ook zelfstandige instellingen voor kaakchirurgie en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Instellingen die uitsluitend onverzekerde zorg leveren, zoals privéklinieken, kunnen het integrale tarief in rekening brengen zonder te beschikken over een WTZi-toelating.
- Solisten. Een solist is een vrijgevestigde medisch specialist die van de NZa een beschikking heeft gekregen om als solopraktijk het integrale tarief te declareren aan zorgverzekeraars en/of patiënten. De NZa heeft strikte eisen geformuleerd waar solisten aan moeten voldoen om hiervoor in aanmerking te komen.

Wanneer mogen zij declareren aan patiënten/zorgverzekeraars?

Ze mogen een nota sturen voor zorg aan hun eigen patiënten. Dat zijn patiënten die met een zorgvraag bij hen aanklopten én bij wie zij verantwoordelijk zijn voor het afhandelen van die zorgvraag. Deze 'afhandeling' betekent dat ze een behandeling of zorgdienst leveren, al dan niet samen met andere zorgaanbieders. De afhandeling kan ook inhouden dat ze de patiënt overdragen aan een andere zorgverlener. Een interne overdracht valt overigens niet onder 'afhandelen'.

Wat als specialisten niet voldoen aan de criteria om zélf te declareren aan patiënten/zorgverzekeraars?

Zij kunnen dan alle denkbare zorgkosten factureren aan een zorgaanbieder die wél voldoet aan de voorwaarden om te declareren aan patiënten/zorgverzekeraars. Daarvoor maken zij gebruik van de prestatie 'onderlinge dienstverlening'. Hierbij geldt een vrij tarief: zorgaanbieders kunnen onderling de vergoeding bepalen.

Hoe worden de kosten beheerst?

NZa voert sinds 1 januari 2015 het 'integrale macrobeheersmodel' uit. Dit model stelt een jaarlijks maximum aan de omzet van alle verzekerde medisch specialistische zorg samen. Als die totale omzet hoger ligt dan het maximum worden zorgaanbieders, zoals UMC's, ziekenhuizen en ZBC's, naar rato van hun omzet achteraf gekort. Zij moeten, zodra de landelijke 'macrogrens' is overschreden, een deel van de overschrijding terugbetalen aan het Zorgverzekeringsfonds. Op basis van individuele omzetgegevens van zorgaanbieders berekent de NZa hun afzonderlijke bijdrages. De kosten aan vrijgevestigde medisch specialisten vallen per 2015 ook onder dit model.

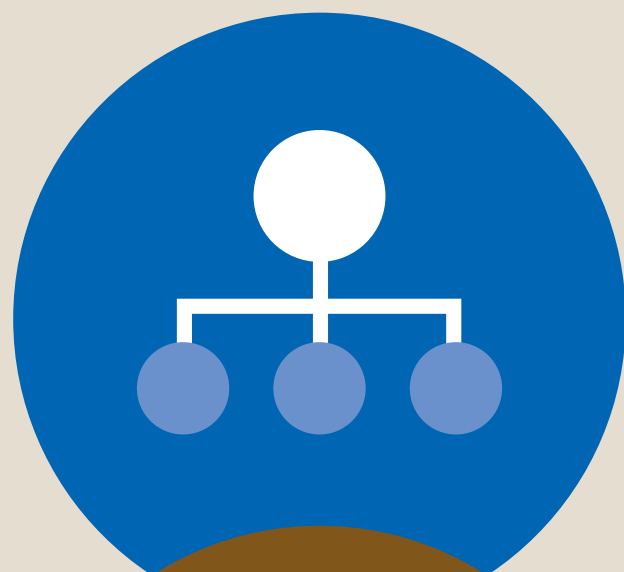


1

2

3

4



2

Het speelveld

Organisatiemodellen

- Welke organisatiemodellen komen vooral voor?
- Welk organisatiemodel was vóór 2015 leidend?
- Wat valt op bij de keuze voor modellen?
- Hoeveel specialisten waren er tot 2015 in loondienst en hoeveel waren vrijgevestigd?
- Welke gevolgen heeft de modelkeuze voor de publieke belangen?

Komst van MSB's

- Welke gevolgen heeft de komst van MSB's?

Instellingsoverstijgend werken

- Hoe zijn regiomaatschappen veranderd door de integrale bekostiging?
- In hoeverre werken specialisten nog instellingsoverstijgend?



1

2

3

4

Organisatiemodellen

Welke organisatiemodellen komen vooral voor?

Met de introductie van de integrale bekostiging gingen veel ziekenhuizen over op een nieuwe organisatiestructuur. Daarbij kozen ze in de regel voor één of meerdere van de onderstaande modellen (de hoofdvarianten). Elk model komt neer op een formele vorm van samenwerking tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten. Binnen de ziekenhuizen komen combinatievormen en varianten voor van de hier beschreven hoofdmodellen.



ziekenhuizen



MSB's

1 HET LOONDIENSTMODEL

Medisch specialisten werken in loondienst bij het ziekenhuis

Alle medisch specialisten die in het ziekenhuis werken, ook degenen die voorheen vrijgevestigd waren, doen dat in loondienst van het ziekenhuis op basis van een arbeidsovereenkomst.

98%

73%

3 HET PARTICIPATIEMODEL

Medisch specialisten worden mede-eigenaar van het ziekenhuis

Medisch specialisten verenigen zich (bijvoorbeeld in een coöperatie) en nemen met dit MSB een aandeel in de ziekenhuis-bv. Zij delen op deze manier in het resultaat van het ziekenhuis.

4%

2%

2 HET SAMENWERKINGSMODEL

Vrijgevestigde medisch specialisten zijn verenigd in een medisch specialistisch bedrijf (MSB). Dat kan op twee manieren:

A Het fiscaal transparante model: de vrijgevestigde medisch specialisten verenigen zich in een rechtsvorm, meestal een maatschap, waar zij rechtstreeks onderdeel van zijn. Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met de maatschap.

43%

38%

B Het fiscaal niet-transparante model: de vrijgevestigde medisch specialisten verenigen zich in een rechtsvorm, meestal een coöperatie, waarbij elke specialist een 'Personal Holding'-bv heeft. Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met deze coöperatie.

57%

56%



1

2

3

4

Organisatiemodellen

Welk organisatiemodel was vóór 2015 leidend?

Vóór de invoering van de integrale tarieven in 2015 was het gangbare organisatiemodel binnen ziekenhuis het 'specialistenmaatschap-model'. Daarin maakten vrijgevestigde medisch specialisten deel uit van een specialistenmaatschap.

Er waren meerdere van dit soort maatschappen actief binnen een ziekenhuis, meestal één per specialisme. Deze maatschappen hadden geen directe juridische relatie met het ziekenhuis. Alleen de medisch specialisten zelf, de maten van de maatschap, hadden een toelatingsovereenkomst met de instelling. In vrijwel alle ziekenhuizen was er vanaf 2012 al wel een collectief van medisch specialisten gevormd, omdat dit een eis was voor het via-declareren onder het honorariumomzetplafond. Ook had het ziekenhuis, naast de vrijgevestigde medisch specialisten, vaak specialisten in loondienst.

Nieuwe dynamiek

Als reactie op de invoering van integrale tarieven ontstond er een nieuwe dynamiek in de verhouding tussen ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten. De specialisten besloten zich, vanuit fiscale en andere overwegingen, te organiseren in medisch specialistische bedrijven (MSB's). De MSB's sloten vervolgens overeenkomsten af met het ziekenhuis. De oude collectieven van medisch specialisten vormden de basis voor het MSB. Meestal gingen de verschillende specialistenmaatschappen op in één MSB, die daardoor dus uit meerdere specialismen bestond. De toelatingsovereenkomst tussen ziekenhuizen en individuele specialisten verdween of werd herzien.

Fiscaal ondernemerschap

De Belastingdienst zag vrijgevestigde medisch specialisten tot en met 2014 als ondernemer. Met de invoering van het integrale tarief verviel het declaratierecht voor medisch specialisten en verviel de ruling die de specialisten hadden met het ministerie van Financiën. Daarom ontwikkelden ziekenhuizen en medisch specialisten nieuwe organisatiemodellen waardoor medisch specialisten alsnog als ondernemer aangemerkt kunnen worden.

Interne aangelegenheid

De NZa staat neutraal ten opzichte van de wijze waarop specialisten en ziekenhuizen intern georganiseerd zijn. Evenmin bemoeien we ons met de fiscale status van specialisten en/of ziekenhuizen. Dat we in deze monitor aandacht besteden aan deze onderwerpen, is omdat ze deel uitmaken van een belangrijke marktontwikkeling. Een ontwikkeling die mogelijk gevolgen heeft voor het zorgaanbod op korte en lange termijn. Ook de verzekeraars die deelnamen aan onze enquête vinden de modelkeuze een interne aangelegenheid. Zij proberen die op dit moment niet, bijvoorbeeld via contractvoorwaarden, te beïnvloeden.



1

2

3

4

Organisatiemodellen

Wat valt op bij de keuze voor modellen?

Minder problemen bij historisch goede relaties

De integrale bekostiging dwingt partijen om de onderlinge verhoudingen meer te formaliseren en juridiseren, maar dat leidt voorsnog niet tot grote veranderingen in de manier waarop ze met elkaar omgaan. Of een ziekenhuisbestuur en (een collectief van) vrijgevestigde medisch specialisten knelpunten ervaren in de nieuwe wijze van samenwerking, lijkt mede afhankelijk van de historische verhouding tussen de Raad van Bestuur (RvB) en de specialisten. Zowel RvB's als MSB's geven dat aan. Zo zei één van hen: 'Daar waar de oorspronkelijke relatie tussen RvB en het collectief [specialisten] goed was, verloopt het nu ook goed tussen RvB en MSB-bestuur.'

Vaak fiscale motieven achter modelkeuze

De belangrijkste reden waarom ziekenhuizen en MSB's voor een bepaald organisatiemodel kiezen, is dat ze voor zichzelf geen risico wilden lopen over hun fiscale positie. Het ziekenhuis vreesde een aanslag voor loonheffing en de specialist was bang zijn fiscale ondernemersvoordelen te verliezen. Beide partijen zijn dus op zoek gegaan naar organisatiestructuren waarin specialisten opnieuw als ondernemer aangemerkt konden worden. Het logische gevolg van deze financiële risico's is dat het thema 'integrale bekostiging' enorm is gefiscaliseerd.

Modelkeuze veelal beschouwd als definitief model

Instellingen en MSB's geven aan dat de praktische haalbaarheid op de korte termijn een belangrijke overweging was voor het gehanteerde samenwerkingsmodel. Het grootste deel van de instellingen en MSB's, meer dan driekwart van de enquêterespondenten, geeft aan niet te overwegen het huidige organisatiemodel te herzien. Een klein deel van hen, ongeveer één op de vijf ziekenhuizen en één op de vijf MSB's, ziet de huidige keuze als een opstap naar het participatiemodel.

Dat participatiemodel zorgt in hun ogen namelijk voor de meeste gelijkgerichtheid; in een participatiemodel hebben specialisten immers een rechtstreeks belang in (de winst van) het ziekenhuis. Tot het moment van overstappen zien ziekenhuizen nog veel mogelijkheden om binnen hun huidige model verbeteringen door te voeren. Ze willen kwaliteit en veiligheid bijvoorbeeld beter inbedden in het samenwerkingsmodel.

Minder vaak genoemde argumenten

Fiscale motieven en praktische haalbaarheid blijken dus de belangrijkste argumenten voor een bepaalde modelkeuze – maar niet de enige. Sommige ziekenhuizen en MSB's geven aan dat zij bij de keuze ook gekeken hebben naar welk model de beste mogelijkheden biedt voor het maken van afspraken over de inrichting van de zorg. Ook bekeken ze welk model het meeste bijdraagt aan de samenwerking tussen specialisten onderling, en tussen specialisten en het ziekenhuis.

In de structuur van solistische maatschappen die tot 2015 normaal was, werd zorg vaak rondom specialismen georganiseerd. In de nieuwe modellen kan dat meer rond patiënten en zorgketens gedaan worden. Het samenwerkingsmodel geeft volgens sommige respondenten meer ruimte voor het multidisciplinair inrichten van de zorg ten opzichte van de oude solistische maatschappen. In de praktijk blijkt dat voorsnog meer incidenteel dan structureel van deze ruimte gebruikt gemaakt wordt.



1

2

3

4

Organisatiemodellen

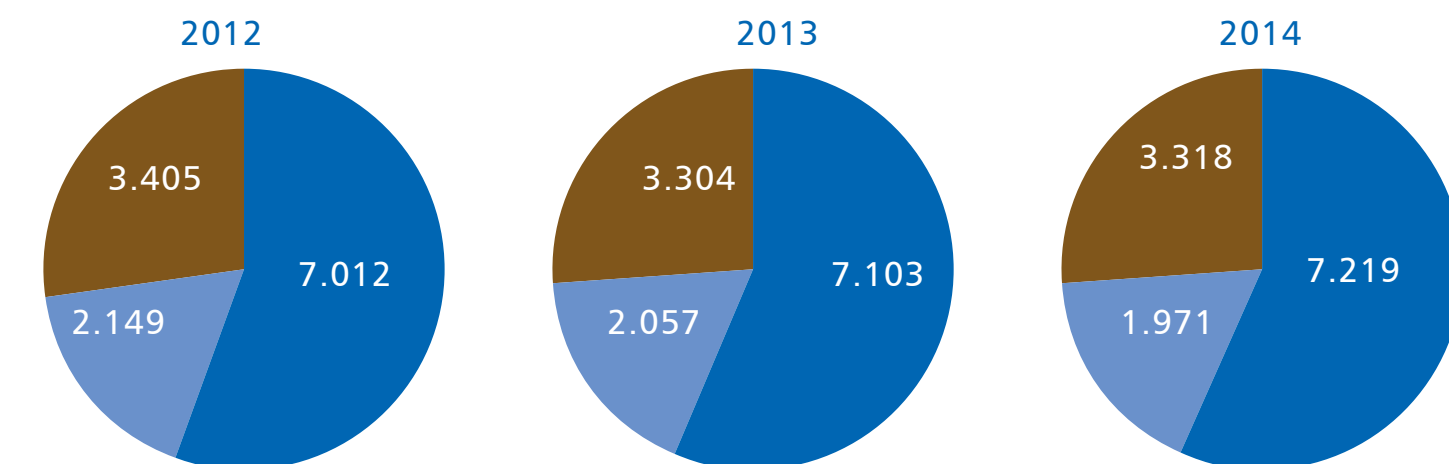
Hoeveel specialisten waren er tot 2015 in loondienst en hoeveel waren vrijgevestigd?

De NZa monitort de modelkeuze van medisch specialisten en ziekenhuizen. Uit onze nulmeting van vorig jaar bleek hoeveel fte aan medisch specialisten in 2012 in loondienst waren en hoeveel vrijgevestigd. Inmiddels zijn ook de cijfers over 2013 en 2014 beschikbaar. Hiermee ronden we de nulmeting, die betrekking heeft op de situatie vóór de invoering van integrale tarieven, af.

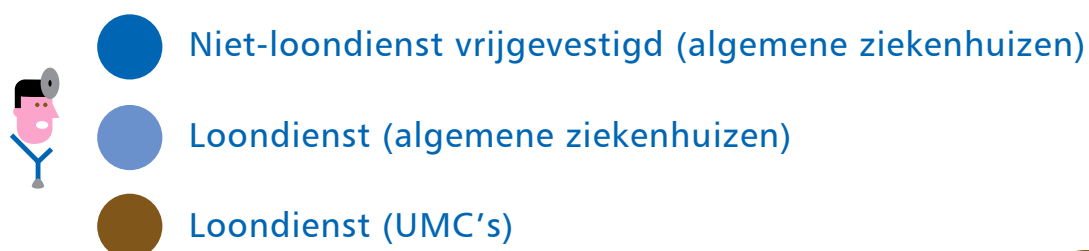
Wat zeggen de cijfers?

Uit onderstaande cijfers blijkt dat het aantal specialisten in loondienst of in vrije vestiging ongeveer hetzelfde bleef in de jaren voor de invoering van het integrale tarief. Grote fluctuaties vonden niet plaats, al daalde het aandeel 'specialisten in loondienst' licht. Deze trend boog in 2015 om. Hoewel de precieze fte-informatie over 2015 nog niet beschikbaar is, is wel bekend dat er 449 vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst zijn gegaan. VWS heeft deze verschuiving op 13 oktober 2015 gemeld in de brief aan de Tweede Kamer ([Subsidieregeling integrale tarieven](#)). Ook in 2016 geldt vrijwel dezelfde subsidie-regeling.

Specialisten: fte in loondienst en vrijgevestigd



NB De cijfers over 2012 wijken licht af ten opzichte van de cijfers uit de monitor van vorig jaar. We hebben een aantal extra databewerkingen (opschoningen en extrapolaties) uitgevoerd om een goede vergelijking over de verschillende jaren te kunnen maken.



TERUG



VERDER

Organisatiemodellen

1 Het loondienstmodel

Kenmerken

In dit model is de medisch specialist in loondienst van het ziekenhuis. In 2015 zijn er in 34 instellingen in totaal 449 medisch specialisten overgestapt van vrije vestiging naar dienstverband. Zij maakten gebruik van de [subsidieregeling](#). In vier ziekenhuizen zijn minstens veertig medisch specialisten in dienstverband gekomen. Bij deze vier ziekenhuizen zijn daardoor (nagenoeg) alle medisch specialisten in loondienst. De meeste medisch specialisten kiezen er echter voor om vrijgevestigd te blijven.

Subsidieregeling

Bij de overstap van vrije vestiging naar loondienst zijn er diverse hobbels voor medisch specialisten. Zo moeten zij rekening houden met een verlaging van hun inkomen, de afwikkeling van goodwill en het ontbinden van de maatschap. De subsidieregeling uit 2015 beoogt de financiële belemmeringen weg te nemen voor het aangaan van een loondienstverband. Hiermee wordt dit een meer reële keuzemogelijkheid.

De ziekenhuizen met veel 'overstappers' geven verschillende redenen voor hun modelkeuze. Van het opheffen van verschillen tussen specialisten in (de manier van) belonen, tot het vergemakkelijken van de toe- en uittreding van specialisten. Ook noemen ze het eenduidiger maken van het besturingsmodel als reden. Soms was de grootschalige overstap een belangrijke voorwaarde bij een fusie of overname. De ziekenhuizen geven verder aan dat de subsidieregeling van VWS de overstap makkelijker heeft gemaakt. De meesten hebben daarnaast ook zelf additionele overgangsregelingen gecreëerd. Bijna alle ziekenhuizen met veel overstappers geven aan dat voor nieuwe specialisten alleen het loondienstverband mogelijk is.

In sommige ziekenhuizen waar loondienst de regel is, werkt ook nog een aantal vrijgevestigde medisch specialisten. Volgens de NZa kan de [subsidieregeling](#) in 2016 deze ziekenhuizen helpen om ook die laatste specialisten in loondienst te nemen. Zodra ze dit gedaan hebben, is er in die ziekenhuizen geen hybride besturingsmodel meer.



Aandachtspunt

Mogelijke verdeeldheid onder medisch specialisten



De meeste ziekenhuizen hebben een gemengde structuur, met zowel specialisten in loondienst als specialisten in vrije vestiging. Dat gold overigens ook vóór 2015. De subsidieregeling heeft niet veel aan deze mengvorm veranderd: alleen een paar algemene ziekenhuizen hebben per 2015 (net als UMC's, die we in deze monitor buiten beschouwing laten) alle specialisten in loondienst. We hebben instellingen met een gemengde structuur gevraagd welke consequenties de integrale bekostiging heeft voor de specialisten in loondienst. Velen noemen de opkomst van het MSB als formeel sterker front in de ziekenhuisorganisatie. Die komst heeft ervoor gezorgd dat de Vereniging voor Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) zich ook nadrukkelijker mengt in beleidsdiscussies. Het risico is dat medisch specialisten nu met verschillende monden spreken (deels via het MSB, deels via het VMSD). Dat vertraagt besluitvormingsprocessen en bemoeilijkt de sturing van de organisatie. Op dit punt gaan we in hoofdstuk 4 ('De sturing') dieper in.



1

2

3

4

Organisatiemodellen

2 Het samenwerkingsmodel

De meeste ziekenhuizen kiezen voor een samenwerkingsmodel. Hierin sluit het ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst met minstens één medisch specialistisch bedrijf (MSB). Het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de diensten die het uitvoert op basis van de samenwerkingsovereenkomst. De tot en met 2014 bestaande maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis vervallen bij dit model.

Fiscaal transparant model

- Vrijgevestigde medisch specialisten verenigen zich, doorgaans, in een maatschap.
- Het ziekenhuis huurt deze maatschap in.
- De specialisten zijn maat binnen de maatschap.
- Het *fiscaal transparant model* betekent het volgende: de individuele medisch specialisten in de maatschap zijn zelf belastingplichtig. De specialist profiteert als ondernemer van een aantal belastingvoordelen voor ondernemers, zoals de zelfstandigenaftrek.
- Voorwaarde voor de fiscus is dat de onderneming van de specialisten een echt bedrijf is en aan een aantal voorwaarden voldoet. Die voorwaarden zijn onder meer het aannemen van eigen personeel en het doen van reële, substantiële investeringen.
- Het ondersteunend en medisch personeel dat nodig is voor de uitvoering van overeengekomen werkzaamheden komt doorgaans rechtstreeks in loondienst van het MSB.
- Het is voor het behoud van hun status als fiscaal ondernemer noodzakelijk dat de medisch specialisten reële en substantiële (fiscale) ondernemersrisico's lopen, net als andere ondernemers. Om deze risico's af te dekken, moet er voldoende eigen vermogen zijn.

Fiscaal niet-transparant model

- Vrijgevestigde medisch specialisten verenigen zich, doorgaans, in een coöperatie.
- Het ziekenhuis huurt deze coöperatie in.
- De specialisten brengen hun eigen bedrijf onder in een 'Personal Holding'-bv en sluiten een ledenovereenkomst met de coöperatie.
- Het *fiscaal niet-transparant model* betekent het volgende: de individuele specialisten zijn zelf niet belastingplichtig, hun onderneming wel. Door de bedrijfsmatige activiteit onder te brengen in een PH-bv, worden die activiteiten belast volgens de vennootschapsbelasting en niet volgens de inkomstenbelasting.
- De fiscus eist onder meer dat de coöperatie zelfstandig genoeg is, een eigen bestuurlijke organisatie heeft, substantieel tijd besteedt aan het bestuurswerk, voldoende bestuursondersteuning garandeert en eigen risico's kan opvangen met het eigen vermogen.



1

2

3

4

Organisatiemodellen

2 Het samenwerkingsmodel

Toepassing in de praktijk

Uit onze enquête blijkt dat het fiscaal niet-transparante model (of coöperatiemodel) populairder is dan het fiscaal transparante model (of maatschapmodel). Dit sluit ook aan bij onze verwachting in de monitor van vorig jaar. De redenen om voor een coöperatiemodel te kiezen variëren. Sommige ziekenhuizen zijn er bijvoorbeeld geen voorstander van dat een medisch specialist ook investeringen doet of personeel van het ziekenhuis in dienst neemt. Beide zaken zijn vereist in een maatschapmodel, maar niet in een coöperatiemodel. De onduidelijkheid rondom fiscale investeringsvereisten in het maatschapmodel heeft ook geleid tot een beweging naar het coöperatiemodel. Ook geven sommige MSB's de voorkeur aan het coöperatiemodel, omdat zij vinden dat dit model meer bestuurskracht geeft aan het MSB.

Ziekenhuizen en MSB's over het samenwerkingsmodel

Zowel ziekenhuizen als MSB's geven aan dat er sinds 2015 veel is veranderd in de relatie tussen enerzijds de RvB's van ziekenhuizen en anderzijds de vrijgevestigde medisch specialisten die in de instellingen werken en vertegenwoordigd worden door het bestuur van het MSB. Deze gewijzigde relatie is volgens hen de meest in het oog springende verandering van de integrale bekostiging. De meeste ziekenhuizen en MSB's vinden dat het gaat om een verbetering van de onderlinge relatie. Ze leggen de oorzaak van deze verbetering in de professionaliseringsslag die specialisten hebben gemaakt met het MSB – vooral op zakelijk gebied, zowel financieel als strategisch. Ook vinden ze het goed dat vrijgevestigde medisch specialisten beter vertegenwoordigd zijn in overleggen en beslisorganen. Bij deze ziekenhuizen was de relatie voor de invoering van de integrale tarieven ook al goed.

Waar de relatie tussen het ziekenhuis en het collectief van vrijgevestigde medisch specialisten in het verleden mínder goed was, kan de meer invloedrijke rol van het MSB in de nieuwe organisatiestructuur tot knelpunten leiden. Zo noemen ziekenhuizen en MSB's het risico op verdeeldheid tussen specialisten; bijvoorbeeld tussen de Vereniging Medische Staf (VMS), het VMSD en het MSB. Die verdeeldheid kan leiden tot defensief gedrag en forse juridisering. Een aantal MSB's erkent dat zij nog zoeken naar een juist evenwicht en het geven van een goede invulling aan hun nieuwe rol.

Praktische problemen die MSB's en ziekenhuizen noemen, betreffen bijvoorbeeld het feit dat zij in zeer kort tijdsbestek overeenkomsten moesten aanpassen, afspraken dienden te formuleren en de organisatie opnieuw moesten inrichten. Sommige MSB's worstelen daarnaast met het oppakken van de medeverantwoordelijkheid, ervaren onduidelijkheid over de oude bevoegdheid van het VMS in relatie tot de nieuwe verplichtingen binnen het MSB, en/of hebben moeite met de vacaturestelling en benoemingsprocedure bij nieuwe medisch specialisten.



1

2

3

4


Organisatiemodellen

2 Het samenwerkingsmodel

Aandachtspunten


Duidelijkheid over fiscale kaders

Veel instellingen en MSB's worstelen met de voorwaarden voor fiscaal ondernemerschap. Zij zouden het liefst een cijfermatig normenkader met minimumgrenzen hebben. De Belastingdienst geeft aan zo'n normenkader vooraf niet te kunnen geven: het gaat om een beoordeling van (het samenspel van) alle relevante ondernemersrisico's in individuele gevallen, waarbij zij ook kijkt naar de lokale situatie. Wel heeft de Belastingdienst de afgelopen periode veel [guidance](#) proberen te geven met haar publicaties. Ook beoordeelde zij aan haar voorgelegde individuele casussen. Omdat er in de loop van 2016 aangifte voor de inkomstenbelasting over 2015 moet worden gedaan, zal er binnenkort vanzelf meer duidelijkheid komen voor fiscaal transparante MSB's. Dan zal blijken of vrijgevestigde medisch specialisten hun MSB voldoende hebben geladen met ondernemersrisico's.

 Wij raden zorgaanbieders en MSB's aan om bij onduidelijkheden over de lokale situatie of bij vragen over de publicaties contact op te nemen met de Belastingdienst.

Facturatie van onverzekerde zorg

Om zich fiscaal ondernemer te mogen noemen, moeten vrijgevestigde medisch specialisten aan een aantal voorwaarden voldoen. Eén van deze voorwaarden is dat zij meerdere opdrachtgevers hebben. Om discussies met de Belastingdienst over dit onderwerp tot een minimum te beperken, brengen sommige MSB's onder meer de onverzekerde zorg rechtstreeks in rekening bij patiënten. Hun veronderstelling is dat iedere patiënt kan worden gezien als een opdrachtgever van het MSB. Los van de vraag hoe de Belastingdienst hier tegenaan kijkt, schrijft onze regelgeving voor dat dit alleen is toegestaan op het moment dat de declarerende partij over een WTZi-toelating beschikt óf op het moment dat deze zorg is ondergebracht in een organisatorisch verband dat uitsluitend onverzekerde zorg levert.

 Uit gesprekken maken wij op dat het voor sommige ziekenhuizen onduidelijk is hoe het factureren van de onverzekerde zorg nu intern verloopt. Wij roepen ziekenhuizen en MSB's op om hier goede afspraken over te maken.

1

2

3

4

Organisatiemodellen

3 Het participatiemodel

Kenmerken

- In het participatiemodel wordt de medisch specialist mede-eigenaar van het ziekenhuis. Daarmee krijgt hij een financieel belang in dat ziekenhuis.
- Er zijn twee manieren van participatie: een ziekenhuis-vennootschap onder firma (ziekenhuis-vof) óf een ziekenhuis-bv. In de eerste situatie spreken we van een fiscaal transparant model, in de tweede van een fiscaal niet-transparant model. In de vof-overeenkomst of de bv-overeenkomst leggen ziekenhuis en medisch specialisten vast hoe zij de participatie vormgeven.
- De ziekenhuis-vof of ziekenhuis-bv moet in het bezit zijn van een eigen WTZi-toelating als instelling voor medisch specialistische zorg.

Toepassing

Geen enkel ziekenhuis heeft het participatiemodel al ingevoerd. Relatief veel instellingen geven aan dat ze dit aanvankelijk wel wilden, maar dat het niet haalbaar bleek op korte termijn. Daarom kozen ze voor een samenwerkingsmodel (model 2). Voor sommige instellingen is het samenwerkingsmodel niet automatisch het eindmodel. Ze ervaren op dit moment alleen te veel belemmeringen om tot het participatiemodel te komen.

Aandachtspunten

• Onduidelijkheid over wettelijke kaders

De grootste belemmering in de keuze van instellingen voor een participatiemodel, is de onduidelijkheid over de toekomst van de Wet vergroten investeringsmogelijkheden medisch specialistische zorg (ook wel 'Wet Winstuitkering' genoemd) en onduidelijkheid over de toekomst van de Wet Normering Topinkomens (WNT).

• Belemmerende fiscale wetgeving

Ook de gevolgen die voortvloeien uit fiscale wetgeving belemmeren instellingen, in het bijzonder de consequenties van de vrijstelling van de btw- en vennootschapsbelasting. Het ontbreken van die vrijstelling betekent namelijk dat de instelling of het MSB deze afdracht óf zelf moet betalen óf in de prijzen moet doorberekenen.

• Onduidelijkheid over praktische zaken

Andere vragen van instellingen zijn bijvoorbeeld: 'Hoe waardeer je een ziekenhuis financieel? Zoals is vereist als een specialist mede-eigenaar wil worden', en 'Wat vindt de publieke opinie ervan als specialisten mede-eigenaar worden van een ziekenhuis?'



Aanbeveling

Als het ministerie van VWS het wenselijk acht dat het participatiemodel ook ingevoerd kan worden, raadt de NZa haar aan om instellingen waar mogelijk duidelijkheid te bieden over de bovengenoemde punten. Centrale begeleiding vanuit branche-partijen zal hierbij helpen, omdat bij individuele instellingen soortgelijke vragen leven. Die helderheid en begeleiding zijn nodig voordat deze instellingen het participatiemodel zullen invoeren.



1

2

3

4

Organisatiemodellen

Welke gevolgen heeft de modelkeuze voor de publieke belangen?

Bijna alle algemene ziekenhuizen (zowel de Raden van Bestuur als de Raden van Toezicht) geven aan dat er qua publieke belangen niets veranderd is ten opzichte van 2014. De kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg zijn volgens hen gelijk gebleven. Wel geven zij aan dat de invoering van integrale tarieven per ziekenhuis veel tijd, geld en energie heeft gekost. Dit geld is besteed aan adviseurs, fiscalisten en juristen, maar niet aan patiëntenzorg.

Ziekenhuisbestuurders en MSB's merken op dit moment geen fundamentele gevolgen van hun modelkeuze voor de patiëntenzorg. Zij sluiten echter niet uit dat er een effect mogelijk is. Zo zouden de kwaliteit en veiligheid van zorg vooruit kunnen gaan doordat er nu binnen het ziekenhuis meer strategisch wordt samengewerkt. Sommige ziekenhuisbestuurders en MSB's verwachten een verbetering van de medisch inhoudelijke kwaliteit, doordat er beter doorgedacht kan worden bij het aannamebeleid van medisch specialisten. Ook geven sommige instellingen aan dat er extra aandacht is voor kwaliteitseisen aan specialisten (ISO-certificering).

Een aantal respondenten denkt verder dat het huidige organisatie-model, waarin alle vrijgevestigde medisch specialisten verenigd zijn in minstens één MSB, betere mogelijkheden biedt voor multidisciplinaire zorgvormen dan het voorgaande model. Enkele andere respondenten gaven juist aan dat zij denken dat het lastiger wordt om de medisch inhoudelijke kwaliteit te borgen, op het moment dat er twee bedrijven binnen een instelling actief zijn.

Conclusie van de NZa

De NZa vindt het nog te vroeg voor algemene conclusies en beleidsaanbevelingen over het effect van de integrale bekostiging op de publieke belangen. De nieuwe organisatiemodellen zijn immers pas in 2015 ingegaan. We kunnen hooguit concluderen dat de integrale tarieven vooralsnog weinig effect hebben op de geleverde patiëntenzorg en op de publieke belangen. Zorgconsumenten hebben tot op heden niets gemerkt van de wijzigingen.

Uiteindelijk beschouwt de NZa een organisatie-model vooral als instrument om de belangen van de medisch specialisten en het ziekenhuis te harmoniseren. In dat licht hebben we bij alle modellen aanbevelingen gedaan. We vinden verder dat ziekenhuizen en MSB's de ruimte moeten krijgen zich in de door hen gekozen structuur te bewijzen. Die structuur is immers net nieuw en instellingen en de MSB's moeten de kans krijgen om de door hen gekozen structuur te optimaliseren.

Nieuwe ad-hoc regelgeving zou een belemmering kunnen vormen voor de doorontwikkeling van modellen in de praktijk. Wij raden dan ook af om nu al met nieuwe regelgeving te komen. We vinden het belangrijk dat instellingen en MSB's de vrijheid hebben om hun eigen vorm van samenwerking te kiezen, binnen de algemene kaders van verantwoording en transparantie.



Komst van MSB's

Welke gevolgen heeft de komst van MSB's?

Bijna alle ziekenhuizen hanteren een samenwerkingsmodel. Voor dit model hebben specialisten één of meerdere MSB's gevormd. Het heeft ziekenhuizen en specialisten veel tijd en energie gekost om deze organisatiestructuur op te zetten. In veel ziekenhuizen zijn daarnaast incidentele kosten gemaakt voor fiscale en juridische adviezen rond de organisatievorm. Deze extra kosten waren veel enquêterespondenten een doorn in het oog. Tegelijkertijd heeft de nieuwe organisatiestructuur nog niet de verwachtingen waargemaakt die de overheid vooraf had geuit bij de overgang naar integrale tarieven. Toch ziet de NZa positieve ontwikkelingen.

Positieve gevolgen

Een groot deel van de enquêterespondenten (vooral MSB's) noemt juist positieve gevolgen van de MSB-constructie ten opzichte van de situatie tot 2015. Uit deze respons maken we op dat ziekenhuizen en MSB's zich bewust zijn van hun publieke verantwoordelijkheid. We lichten zes genoemde gevolgen uit:

- Medisch specialisten worden dankzij hun MSB intensiever betrokken bij het ziekenhuisbeleid. Het gaat dan bijvoorbeeld om strategie, bedrijfsvoering en kwaliteitsbeleid.
- De MSB-constructie verenigt verschillende specialismen makkelijker en biedt meer ruimte voor multidisciplinair overleg en samenwerking binnen het ziekenhuis. De oude maatschappen opereerden solistisch, wat leidde tot versnippering; de maten van zo'n maatschap waren vooral gericht op hun eigen specialisme. Een aantal respondenten geeft aan in de praktijk een meer multidisciplinaire insteek te hanteren. In de toekomst zou dit mogelijk verbreed kunnen worden naar de hele zorgketen, dus ook naar de

eerste lijn, zoals huisartsenorganisaties, en de verpleegzorg. De komst van MSB's zou zo ook een bijdrage kunnen leveren aan verdere ontschotting.

- De werving en selectie van nieuwe specialisten is formeler en professioneler vormgegeven dan voorheen. Zo zijn MSB's ook bezig met het ontwikkelen van HR-beleid.
- MSB's hebben meer (financiële) mogelijkheden dan een afzonderlijke maatschap om via een in- en uitstroomregeling de goodwill af te kopen bij vertrek van een maat uit het MSB.
- MSB's kunnen besluiten om het vertrek van een specialist, bijvoorbeeld een KNO-arts, op te vangen door een andersoortige specialist, bijvoorbeeld een internist. Dit soort keuzes worden niet op maatschapsniveau maar op totaalniveau gemaakt. Hierdoor zijn MSB's flexibeler en kunnen ze beter inspelen op selectieve inkoop en productportfoliokeuzes van het ziekenhuis. Dat komt de ziekenhuiszorg ten goede. Voorwaarde hierbij is wel dat het MSB qua doelen en wensen rondom productportfoliokeuzes op één lijn zit met het ziekenhuis. Is dit niet het geval, dan komen dergelijke keuzes vermoedelijk minder makkelijk van de grond.
- MSB's doen financiële investeringen en nemen daarmee risico. Specialisten zijn zich hiervan bewust, letten er beter op dat ze zelf niet ondermaats presteren en zoeken eerder mogelijkheden om de kwaliteit van dienstverlening op niveau te houden. Bovendien spreken ze sneller collega's aan – ook specialisten uit andere disciplines – op bijvoorbeeld hun bijdrage aan kwaliteit en veiligheid. In de enquête werd hierover onder meer het volgende gezegd: 'Als een MSB veel risico loopt en heeft genomen, dan werkt dat ook intern zuiverend richting disfunctionerende collega's.'



Komst van MSB's

Welke gevolgen heeft de komst van MSB's?

De positieve gevolgen van de komst van MSB's voeren bij geënquêteerden de boventoon. Dit geldt vooral voor de MSB's zelf, bij de ziekenhuisbestuurders is 35 procent positief. De meeste andere ziekenhuisbestuurders, 35 procent, geeft aan dat er weinig is veranderd in de interne organisatie. Er worden in de media, maar ook in het onlangs gepubliceerde TIAS rapport, kritische kanttekeningen geplaatst bij de komst van MSB's. De NZa onderzocht of die negatieve impact en vermeende risico's zich ook daadwerkelijke voordoen.

Risico's en negatieve gevolgen

De afnemende invloed van het instellingsbestuur op de specialist

Heeft de Raad van Bestuur(RvB) van een ziekenhuis met de komst van MSB's minder invloed en zicht gekregen op het functioneren van de individuele medisch specialist? Aan de ene kant wel: de MSB heeft deze rol deels overgenomen. Aan de andere kant hebben bijna alle RvB's individuele overeenkomsten gesloten met specialisten, of overeenkomsten met MSB's waar de individuele specialisten zich aan moeten houden. Door dit soort afspraken houdt de RvB toch vrij veel invloed op het functioneren (en op het aanspreken bij het disfunctioneren) van individuele specialisten. In hoofdstuk 3 (De Afspraken) gaan we hier dieper op in.

MSB als concurrent van het ziekenhuis

Als MSB's zelf een WTZi-toelating aanvragen als instelling, kunnen zij ook zelf zorgproducten in rekening brengen. Daarmee zouden zij een concurrent worden van het ziekenhuis. Er zijn op dit moment geen voorbeelden bekend van MSB's die een toelating hebben aangevraagd. Over het algemeen is het aantal aanvragen voor een

WTZi-toelating voor de gehele curatieve zorg in de afgelopen jaren niet aanzienlijk toegenomen. Een individuele medisch specialist kan overigens ook als solist zorg in rekening brengen. Hiervoor is geen WTZi-toelating nodig, maar moet de specialist bij de NZa een solistenbeschikking aan te vragen. In 2014 werden landelijk zeven beschikkingen aangevraagd, in 2015 waren dat er 17; nog steeds een heel beperkt aantal.

We concluderen dat het MSB op dit moment niet als concurrent van het ziekenhuis optreedt. Er is dan ook geen sprake van een versnipperde declaratie van verzekerde medisch specialistische zorg. Het ziekenhuis declareert de geleverde zorg aan de zorgverzekeraar en patiënten. Het MSB ontvangt vervolgens een vergoeding voor de uitgevoerde werkzaamheden conform de afspraken tussen het MSB en het ziekenhuis.

Versnippering als gevolg van meerdere MSB's

Het is in theorie mogelijk dat verschillende groepen specialisten elk een MSB opzetten. Specialisten kunnen dat bijvoorbeeld doen voor hun eigen specialisme. Bijvoorbeeld omdat ze het oneens zijn met de centraal gemaakte afspraken of omdat ze meerdere instellingen willen bedienen. Hun keuze kan ertoe leiden dat één ziekenhuis uiteindelijk meerdere MSB's herbergt met elk een eigen set eisen en afspraken. Zo'n situatie kan de bestuurbaarheid van dat ziekenhuis bemoeilijken. Dit gold overigens ook voor de situatie vóór 2015 toen sommige instellingen met verschillende maatschappijen afzonderlijke afspraken maakten.



1

2

3

4

Komst van MSB's

Welke gevolgen heeft de ontwikkeling van MSB's?

Uit onze enquête blijkt dat de angst voor versnippering, verwarring en beperkte betrokkenheid vooralsnog ongegrond is:

- Ongeveer 80 procent van de MSB's geeft aan uitsluitend aan één instelling verbonden te zijn. Circa 10 procent van de instellingen geeft aan een samenwerkingsovereenkomst te hebben met een MSB dat aan meerdere instellingen is verbonden.
- De meeste grote MSB's vertegenwoordigen het merendeel van de specialismen in het ziekenhuis. Maar een aantal specialismen is apart georganiseerd in een eigen MSB. Meestal zijn dit de kaakchirurgen: zij hebben vaak een Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB) opgericht. Tenminste 41 procent van alle ziekenhuizen werkt met een apart TSB. Kaakchirurgen waren ook voor de komst van de integrale bekostiging vaak apart georganiseerd.

Complexere governance en machtsmisbruik

Een ander veel gehoord risico is dat de formelere organisatiestructuur leidt tot een complexere governance. In hoofdstuk 4 (De Sturing) gaan we hier verder op in. Daarnaast zouden specialisten op een grotere afstand van het ziekenhuis komen te staan en kunnen ze diensten verlenen aan meerdere (met elkaar concurrerende) ziekenhuizen. MSB's kunnen zo een machtspositie misbruiken richting instellingen. Daarom hebben we onderzocht in hoeverre specialisten instellingsoverstijgend werken. In het vervolg van dit hoofdstuk zoomen we daar op in.

Conclusie van de NZa

MSB's hebben in 2015 een intensieve start gemaakt en zijn hun rol in het samenwerkingsmodel sindsdien aan het vormgeven. Dit uit zich onder meer in een toenemend verantwoordelijkheidsbesef, met aandacht voor de kwaliteit en de veiligheid van zorg. Uit de reacties

op de enquête en de gesprekken met bestuurders van ziekenhuizen en MSB's constateert de NZa dat er op dit moment in de praktijk geen grote knelpunten zijn door de komst van MSB's. Sommige bovengenoemde potentiële negatieve gevolgen konden zich overigens ook voordoen voor de invoering van de integrale bekostiging voordoen. Hoewel er nu geen grote knelpunten lijken voor te doen, zullen organisaties nog moeten bewijzen of ze in hun nieuwe vorm de gestelde doelen kunnen bereiken en of ze 'crisis-proof' zijn. Bijvoorbeeld als er in de toekomst problemen ontstaan in de relatie tussen het MSB en de RvB, of als de ziekenhuisorganisatie op andere manier onder druk komt te staan.

MSB's zijn nog lang niet allemaal robuuste ondernemingen. Dat komt ook doordat ze pas een jaar oud zijn. Ze hebben meer tijd nodig om zich te ontwikkelen. In dat proces geeft de NZa hen de volgende aandachtspunten mee:

- **Positieve ontwikkelingen kunnen uitgebreid worden**
De komst van MSB's kan verschillende positieve effecten opleveren. Eerder noemden we er zes. Deze ontwikkelingen komen echter niet in alle instellingen in dezelfde mate van de grond. Individuele instellingen en MSB's moeten aan de slag om deze ontwikkelingen in hun eigen praktijk tot stand te brengen, te versterken en te verankeren. De NZa blijft monitoren in hoeverre dit gebeurt.
- **Rem door meerdere MSB's per ziekenhuis**
We kunnen ons voorstellen dat de genoemde positieve ontwikkelingen vooralsnog minder sterk naar voren komen in ziekenhuizen met meerdere MSB's. Zodra er meerdere MSB's zijn, spelen waarschijnlijk de bekende nadelen van het oude model op: minder flexibiliteit bij de werving/selectie en taakherschikking, en eilandjes van maatschappen die met name gericht zijn op het eigen belang.



1

2

3

4

Instellingsoverstijgend werken

Hoe zijn regiomaatschappen veranderd door de integrale bekostiging?

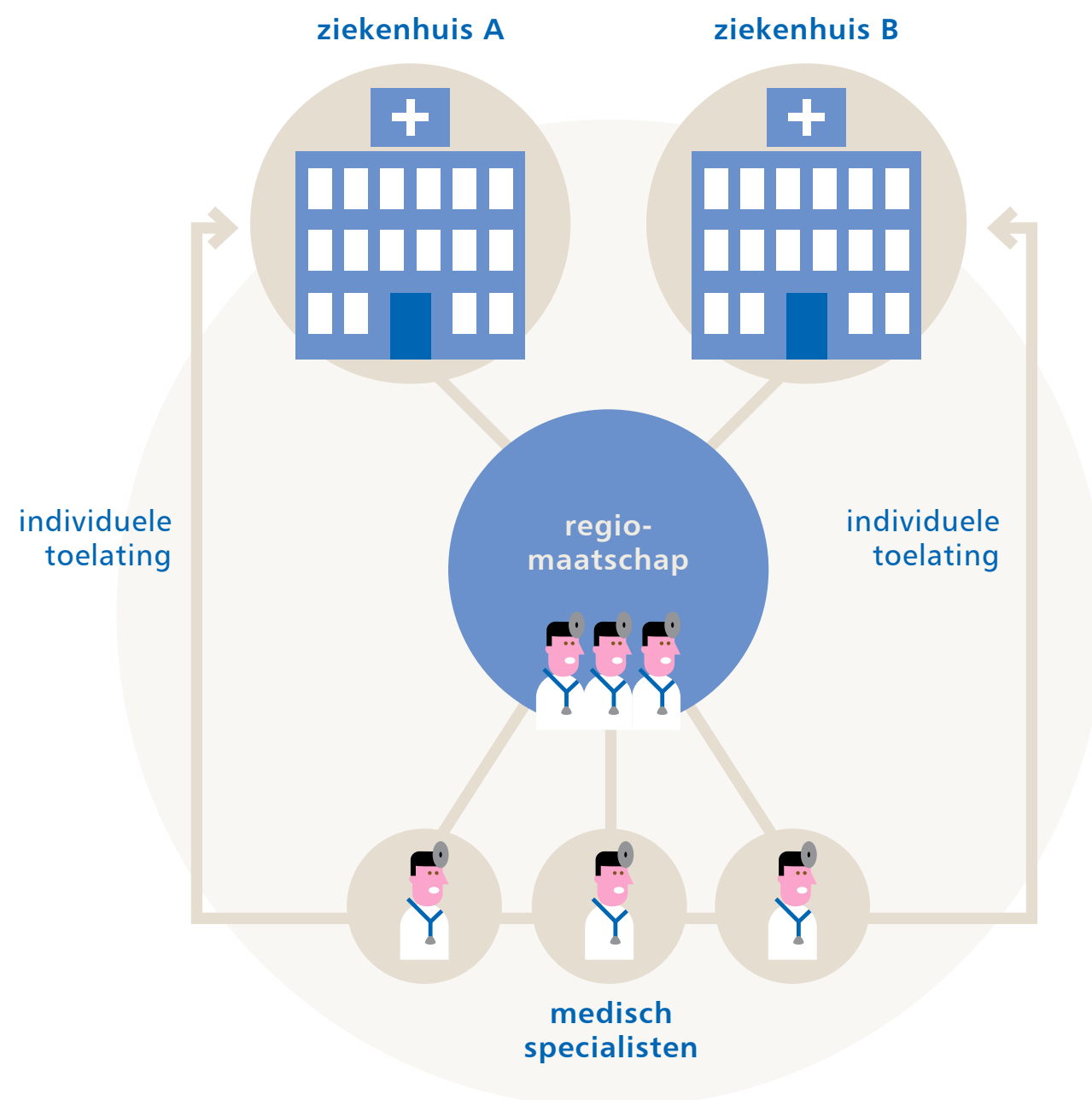
In aanloop naar de invoering van integrale bekostiging verschenen er berichten in de media over de vorming van regiomaatschappen. Konden vrijgevestigde specialisten hun fiscaal ondernemerschap veiligstellen door zo'n regiomaatschap te vormen en door meerdere ziekenhuizen te bedienen? En zou dat leiden tot een toename van regiomaatschappen?

Als het aantal regiomaatschappen zou groeien, dan zou dat in strijd zijn met het voornemen in het regeerakkoord. Daarin staat immers opgenomen dat regiomaatschappen onwenselijk zijn en ontmoedigd moesten worden. De minister vroeg de NZa dan ook om (in deze monitor over 2015) expliciet aandacht te besteden aan de ontwikkeling van regiomaatschappen in de aanloop naar de integrale bekostiging.

Wat is een regiomaatschap?

Een regiomaatschap is een maatschap van vrijgevestigde medisch specialisten van een bepaalde discipline die in de regel in twee of meer ziekenhuizen werken en dus instellingsoverstijgend werkzaam zijn. Zij hebben ieder voor zich een individuele toelatingsovereenkomst met de desbetreffende ziekenhuizen.

Situatie vóór 2015



1

2

3

4

Instellingsoverstijgend werken

Hoe zijn regiomaatschappen veranderd door de integrale bekostiging?

Onderzoek naar regiomaatschappen (2013)

De NZa liet in 2013 door iBMG een [onderzoek](#) uitvoeren naar het aantal regiomaatschappen in Nederland, de beweegredenen voor de vorming ervan, en de mogelijke gevolgen.

Aantal regiomaatschappen

Er bleken medio januari 2013 naar schatting ruim honderd regiomaatschappen. Het aantal instellingsoverstijgende maatschappen was in de jaren daarvoor toegenomen en de verwachting was dat dit in aanloop naar de invoering van integrale tarieven een grote vlucht zou nemen.

Beweegredenen

De belangrijkste motieven voor het vormen van een regiomaatschap waren:

- schaalvoordelen: het biedt een mogelijkheid om te voldoen aan de door de beroepsgroep en/of zorgverzekeraar gestelde volumenor- men;
- subspecialisatie: het biedt specialisten meer mogelijkheden om zich te subspecialiseren;
- onafhankelijkheid en macht: specialisten kunnen hun onafhanke- lijkheid en macht vergroten ten opzichte van de ziekenhuizen waaraan ze verbonden zijn;
- fiscaal ondernemerschap: specialisten dachten hiermee het fiscaal ondernemerschap te kunnen veiligstellen (aangezien ze zo meerdere opdrachtgevers zouden hebben).

Gevolgen

Regiomaatschappen hadden volgens het onderzoek zowel voorde- len (schaalvoordelen, subspecialisaties, investeringsmogelijkhe- den) als nadelen (beperking op selectieve inkoop en de mogelijk- heid om instellingen tegen elkaar uit te spelen).

Adviezen (2013)

Naar aanleiding van het onderzoek uit 2013 gaf de NZa de minister de volgende adviezen:

1. Voer geen algemeen verbod op regiomaatschappen, maar hanteer de rule of reason. Treed alleen op tegen een regio- maatschap als de nadelen van die maatschap zwaarder wegen dan de voordelen.
2. Stel de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de NZa in staat effectiever toezicht te houden. Versterk het toezicht op de (regio)maatschappen door de NZa wettelijk in staat te stellen om met haar AMM-bevoegdheid direct tegen (regio)maat- schappen op te treden. Maak in het geval van ernstige bedreiging van de publieke belangen bovendien ontbinding van maatschappen mogelijk. De NZa maakt een regeling waarin staat dat partijen de NZa vooraf moet informeren over de vorming van een regiomaatschap.

De minister nam het advies over en kondigde een wetsaanpassing aan waardoor de NZa direct zou kunnen optreden tegen (regio-) maatschappen.



1

2

3

4

Instellingsoverstijgend werken

Hoe zijn regiomaatschappen veranderd door de integrale bekostiging?

Met de integrale bekostiging verruilden vrijgevestigde medisch specialisten hun klassieke maatschap voor een MSB. De individuele toelatingsovereenkomsten vervielen ook. Wat betekende dit alles voor de regiomaatschappen? In hoeverre hielden die stand? En welke vorm zouden ze aannemen?

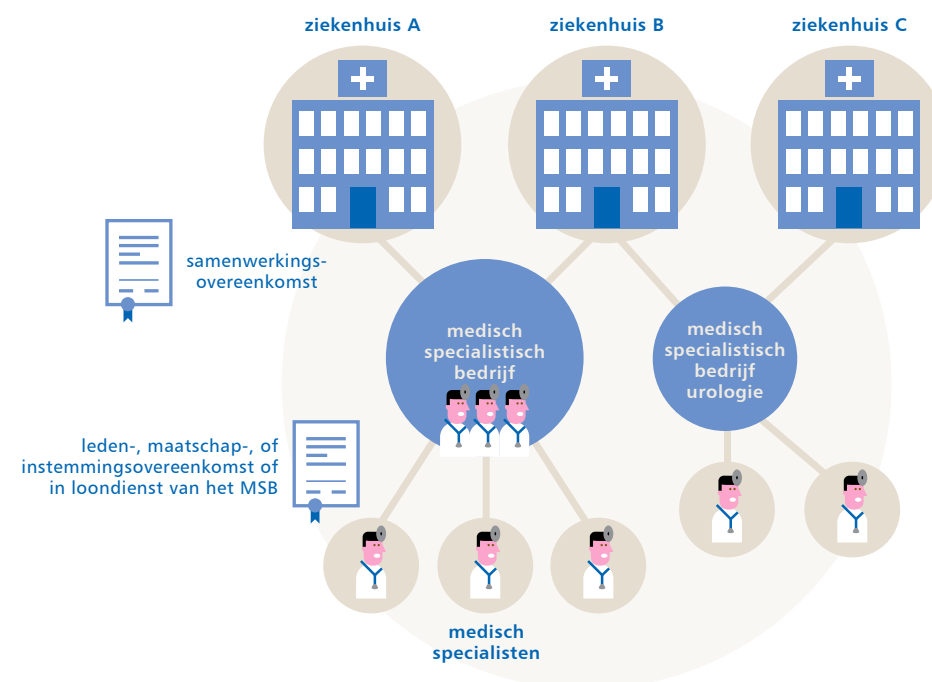
Die onduidelijkheid hierover was reden om de in 2013 geadviseerde wetsaanpassing en voorgenomen transparantiemaatregelen nog niet in te voeren, maar eerst de ontwikkelingen te monitoren. Zeker was in elk geval dat de 'regiomaatschap' door de invoering van de integrale bekostiging in een ander licht kwam te staan.

Verschijningsvormen van instellingsoverstijgend werkend specialisten

De klassieke regiomaatschap die vóór de invoering van integrale tarieven bestond is van gedaante veranderd. Daarom spreken we in deze monitor niet van regiomaatschappen, waar het 2015 betreft, maar van 'instellingsoverstijgend werkende specialisten'. Deze term kan twee betekenissen hebben:

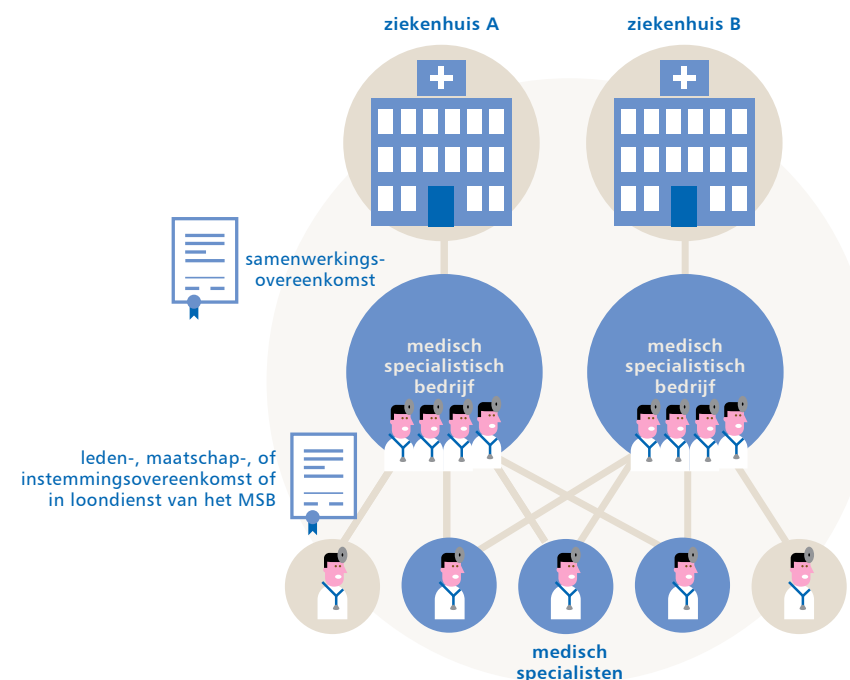
1. Een geformaliseerde samenwerkingsvorm waarbij de medisch specialisten verenigd zijn in een rechtspersoon of maatschap/vof en deze rechtspersoon of maatschap/vof diensten verleent voor meerdere instellingen tegen vergoeding en op basis van een contractuele overeenkomst.
2. (Een groep) medisch specialisten die verbonden zijn aan meerdere MSB's.

De figuren illustreren deze beide verschijningsvormen. In de praktijk zijn combinaties of varianten mogelijk.



Scenario 1

Medisch specialisten werken voor meerdere instellingen doordat het MSB een samenwerkingsovereenkomst heeft met meerdere ziekenhuizen.



Scenario 2

Medisch specialisten werken voor meerdere instellingen doordat (groepen van) individuele medisch specialisten gelieerd zijn aan meerdere MSB's.



1

2

3

4

Instellingsoverstijgend werken

In hoeverre werken specialisten nog instellingsoverstijgend?

De NZa heeft aan MSB's en ziekenhuizen gevraagd in hoeverre zij instellingsoverstijgend werken. Dit geeft, gelet op de enquêterespons, een goede kwalitatieve quick-scan, maar geen compleet landelijk beeld.

Hoe zijn overstijgend werkende specialisten georganiseerd?

Uit ons onderzoek is niet gebleken dat er op dit moment MSB's zijn die meerdere specialismen omvatten én als geheel MSB voor meerdere ziekenhuizen werken. De variant waarin het MSB aan zowel ziekenhuis A als ziekenhuis B is verbonden (zie figuur 1 op de vorige sheet), zijn we dus niet tegengekomen.

Wel komt het voor dat specialisten uit een bepaalde discipline zich verenigen in een eigen MSB dat losstaat van het grote instellingsgebonden MSB. Dit specifieke MSB, dat in zo'n geval één specialisme vertegenwoordigt, is dan verbonden aan meerdere instellingen. In de figuur op de vorige pagina namen we het MSB urologie als voorbeeld. Een dergelijk MSB vertoont grote gelijkenissen met de klassieke regiomaatschap. Ongeveer 10 procent van de responderende instellingen geeft aan met zo'n MSB te maken te hebben. Vermoedelijk zijn dit regiomaatschappen die al vóór de invoering van integrale tarieven bestonden en die ervoor hebben gekozen om niet op te gaan in de grote MSB's. Vaak gaat dit om kaakchirurgen die in een apart Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB) zijn verenigd.

Uit onze quick-scan blijkt dat een groot deel van de instellingsoverstijgend werkende specialisten op individuele basis instellingsoverstijgend werken (zie figuur 2 op de vorige sheet). In deze variant is een specialist doorgaans lid van meerdere instellingsgebonden MSB's en verricht hij dus via die MSB's werkzaamheden bij verschillende instellingen. Het komt voor dat de specialisten van een gehele vakgroep binnen een instellingsgebonden MSB ook lid zijn van een ander instellingsgebonden MSB. Het lijkt er daarom op dat veel al bestaande regiomaatschappen zijn opgegaan in de MSB's van de instellingen waaraan zij verbonden waren.

Neemt het overstijgend werken toe?

Vóór de invoering van integrale tarieven was de verwachting dat het instellingsoverstijgend werken van specialisten vanaf 2015 een grote vlucht zou nemen. Deze vrees lijkt ongegrond. De meeste respondenten geven aan niet instellingsoverstijgend te werken. Degene die dat wel doen, deden dat ook al vóór 2015.

We verwachten ook niet dat de 'grote vlucht' de komende jaren wel zal komen. Dit komt waarschijnlijk doordat er geen fiscaal motief voor is. In aanloop naar de invoering van integrale tarieven is door de [Belastingdienst](#) duidelijk gemaakt dat enkel het hebben van meerdere opdrachtgevers niet voldoende is voor fiscaal ondernemerschap.



1

2

3

4

Instellingsoverstijgend werken

In hoeverre werken specialisten nog overstijgend?

Wat zijn de motieven?

Schaalvoordelen, subspecialisatie en volumennormen blijken leidend voor de keuze van specialisten om instellingsoverstijgend te werken. Fiscaal ondernemerschap wordt niet meer als reden genoemd. Als MSB's wel overstijgend werken dan geven instellingsbesturen aan dat zij daar geen hinder van ondervinden. Instellingen zelf lijken ook een belangrijke aanjager te zijn van het instellingsoverstijgend werken van specialisten. Vaak komt dit voort uit samenwerkingsovereenkomsten die instellingen onderling sluiten. Specialist van het ene ziekenhuis bundelen dus de krachten met specialisten van het andere ziekenhuis, vaak binnen één discipline, als gevolg van een samenwerkingsovereenkomst tussen ziekenhuizen.

Welke afspraken worden vastgelegd over werkzaamheden buiten de deur?

In het oude ziekenhuis-maatschapsmodel kon een vrijgevestigde medisch specialist bij een instelling werken als hij via een toelatingsovereenkomst was toegelaten door de instelling. Die overeenkomst verbood hem zonder toestemming van de instelling bij een concurrent aan de slag te gaan. Hierdoor had het bestuur van de instelling zicht en invloed op waar de aan die instelling verbonden specialisten werkzaam waren.

Dit is door de invoering van de integrale bekostiging niet veranderd. MSB's en ziekenhuizen spreken meestal een non-concurrentiebeding af. Het MSB, maar ook de aan dat MSB verbonden individuele specialisten, mogen niet zomaar werken voor een andere instelling en/of MSB. Aan het non-concurrentiebeding is vaak een meldplicht en toestemmingseis gekoppeld. Dit houdt in dat als (één of meer specialisten van) het MSB wil werken voor een andere instelling het

MSB dit moet melden en om toestemming moet vragen. Andersom moet de instelling het ook melden en om toestemming vragen als zij werkzaamheden wil laten verrichten door (de specialisten van) een ander MSB. De individuele specialisten van het MSB zijn gebonden aan de afspraken tussen het MSB en de instelling, inclusief het non-concurrentiebeding. Vaak zorgt een kettingbeding ervoor dat de individuele medisch specialisten zich confirmeren aan de samenwerkingsovereenkomst tussen MSB en ziekenhuisbestuur.

Hebben de in 2013 geconstateerde risico's ook plaatsgevonden?

Het risico van de beperking van selectieve inkoop is potentieel nog aanwezig, maar er zijn geen aanwijzingen dat het zich in de praktijk voordoet. Verzekeraars geven aan geen (extra) moeilijkheden te ondervinden bij de inkoop van zorg door het instellingsoverstijgend werken van specialisten.

Het lijkt erop dat de macht van de instellingsoverstijgend werkende specialisten na de invoering van integrale bekostiging is afgenomen. Dat wil zeggen, als zij onderdeel zijn gaan uitmaken van instellingsgebonden MSB's waarin meerdere specialismen – en dus ook meerdere belangen – zijn vertegenwoordigd. Dit instellingsgebonden MSB vertegenwoordigt de collectieve belangen van alle specialismen, terwijl maatschappen voorheen meer afzonderlijk waren georganiseerd. Hierdoor is het nu vermoedelijk lastiger voor de instellingsoverstijgend werkende specialisten om instellingsbesturen tegen elkaar uit te spelen. Zij moeten dan namelijk ingaan tegen het collectieve belang van het MSB waaraan zij verbonden zijn en die tussen hen en het instellingsbestuur staat. Bovendien moeten deze specialisten zich confirmeren aan de afspraken die het MSB met de instelling maakt.



1

2

3

4

Instellingsoverstijgend werken

In hoeverre werken specialisten nog overstijgend?

Conclusies en aanbevelingen

De conclusie is dat ook na de invoering van de integrale bekostiging nog sprake is van instellingsoverstijgend werkende specialisten. Uit ons onderzoek is niet gebleken dat er MSB's zijn die meerdere specialismen omvatten én als geheel MSB voor meerdere ziekenhuizen werken. In de meeste gevallen gaat het namelijk om individuele specialisten die instellingsoverstijgend werken. Soms zijn het ook geïsoleerde maatschappen die in een apart MSB aan meerdere instellingen verbonden zijn. Het aantal instellingsoverstijgende samenwerkingen van specialisten lijkt na de invoering van de integrale tarieven niet toegenomen. Alle overstijgende samenwerkingsvormen die we hebben aangetroffen, zijn voorzettingen van samenwerkingsverbanden die al vóór 2015 bestonden. De motieven voor deze overstijgende samenwerking zijn overwegend inhoudelijk (volume-normen halen, subspecialisatie mogelijk maken) en komen in veel gevallen tot stand op initiatief van het ziekenhuisbestuur. Instellingsbesturen hebben daarbij via non-concurrentiebedingen en toestemingsvereisten voldoende zicht op het werkkterrein van de medisch specialisten.

Aanbevelingen

Het doorvoeren van nieuwe maatregelen is niet nodig

Er is, anders dan in 2013 gevreesd werd, geen 'overstroming' van instellingsoverstijgend werkende specialisten om in te dammen. Op basis van ons onderzoek zien we op dit moment dan ook geen directe aanleiding voor nieuwe beleids- en/of toezichtsmaatregelen. Voorzichtigheid is echter geboden: er zijn wel potentiële risico's. De NZa en ACM houden daarom de vinger aan de pols.

De NZa moet direct kunnen optreden tegen maatschappen

Wij hebben in 2013 om een technische aanpassing in de Wmg gevraagd, zodat we met onze AMM-bevoegdheid direct kunnen optreden tegen maatschappen. Het wetsvoorstel dat dit mogelijk maakt, ligt nu bij de Tweede Kamer. Hoewel ons nieuwe onderzoek geen concrete aanleiding geeft, vinden we een dergelijke aanpassing nog steeds een wenselijke aanscherping van ons toezichtinstrumentarium. Als door een overstijgende samenwerkingsvorm de publieke belangen in het geding komen, zou de toezichthouder rechtstreeks moeten kunnen optreden.

De NZa vooraf informeren is niet meer nodig

In ons advies aan VWS in 2013 kondigden we aan dat we een regeling zouden maken: één waardoor wij vooraf zouden moeten worden geïnformeerd over de vorming van een instellingsoverstijgende maatschap. Dit voorstel vond zijn oorsprong in de toenmalige vrees dat het aantal instellingsoverstijgende maatschappen een grote vlucht zou nemen. Nu daarvan geen sprake lijkt te zijn en er geen aanwijzingen zijn dat het alsnog gaat gebeuren, kan het opleggen van deze verplichting – mede vanuit het perspectief van administratieve lasten – (vooralsnog) achterwege blijven.



1

2

3

4



3

De afspraken

- Op welke niveaus worden MSZ-afspraken gemaakt?
- Welke afspraken maken de zorgverzekeraar en het ziekenhuis?
- Welke afspraken maken het MSB en het ziekenhuis?
 - Over declaraties en registraties
 - Over terugvorderingen
 - Over kwaliteits- en veiligheidseisen
 - Over deelname in investeringen
 - Over vergoedingen
- Welke afspraken maken medisch specialisten en hun MSB?



1

2

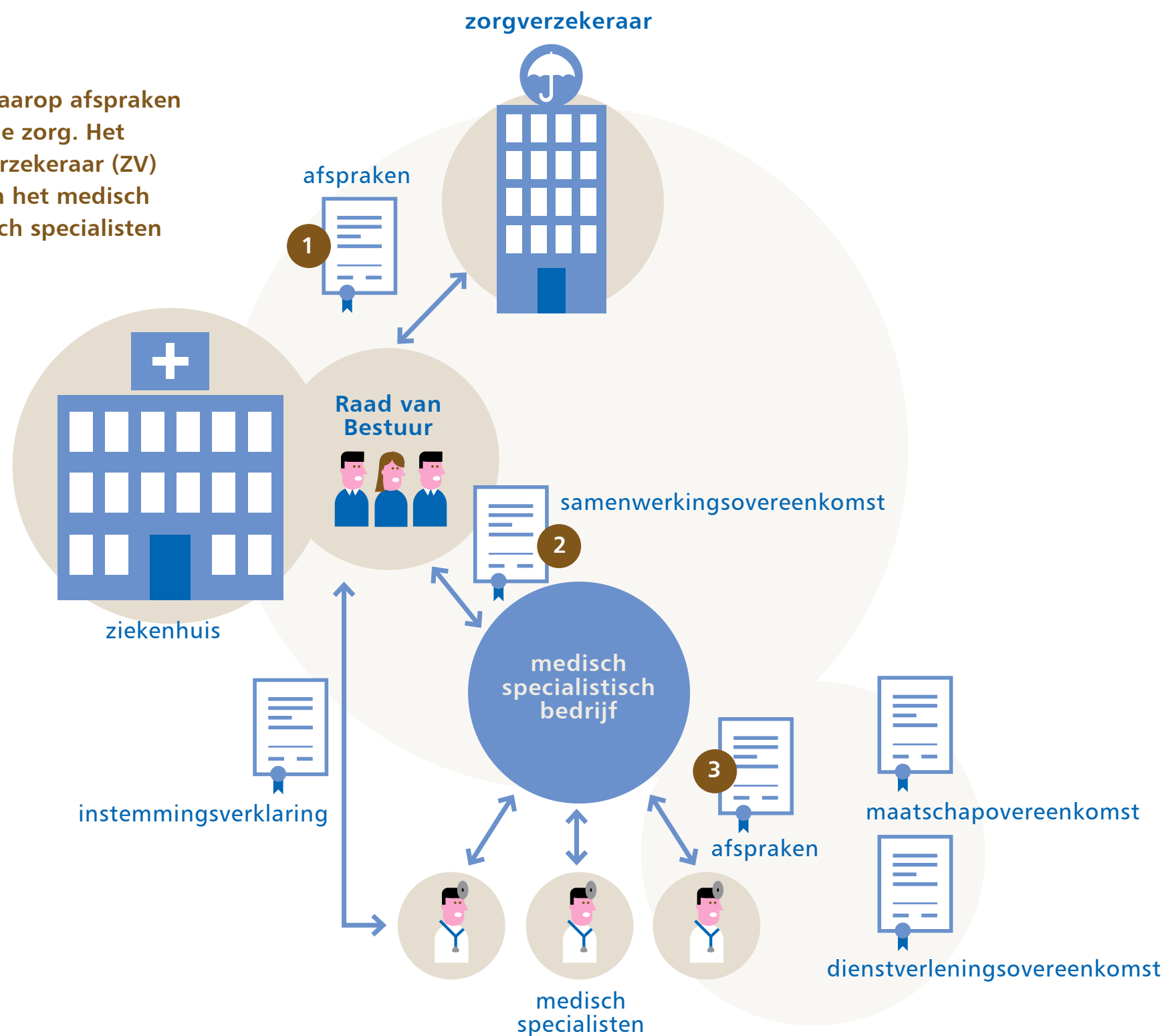
3

4

Op welke niveaus worden MSZ-afspraken gemaakt?

We behandelen in dit hoofdstuk drie niveaus waarop afspraken worden gemaakt over de medisch specialistische zorg. Het gaat dan om overeenkomsten tussen de zorgverzekeraar (ZV) en het ziekenhuis, tussen het ziekenhuis (ZH) en het medisch specialistisch bedrijf (MSB); en tussen de medisch specialisten (MS) en hun MSB.

- 1 Afspraken tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis gaan over inkoopcontracten en over de hoogte van het integrale tarief. Het ziekenhuis is de partij waarmee de zorgverzekeraar financiële afspraken maakt.
- 2 Afspraken tussen een ziekenhuis en MSB gaan over de inhoud van een samenwerkingsovereenkomst. Die afspraken kunnen bijvoorbeeld gaan over de kwaliteit van te leveren zorg en de registratie- en de declaratieverantwoordelijkheid.
- 3 Afspraken tussen specialisten en hun MSB gaan onder meer over de verdeling van de vergoeding tussen de specialisten en specialisten.



Welke afspraken maken de zorgverzekeraar en het ziekenhuis?

Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders afspraken over het integrale tarief. Volgens onze enquête kijken zij hierbij niet naar de samenstelling (het personeelskosten- en een instellingskostendeel). Ook kunnen zij selectief inkopen, maar dit blijkt vooralsnog nauwelijks te gebeuren. Bovendien is de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars naar eigen zeggen nauwelijks veranderd.

Geen zicht op samenwerkingsovereenkomst

Zorgverzekeraars spreken een integraal tarief af met het ziekenhuis, maar laten de opsplitsing in personeels- en instellingsvergoeding volledig over aan het ziekenhuis en het MSB. Ze stellen hier geen eisen aan en hebben hier veelal ook geen zicht meer op. Net als bij de organisatiemodellen beschouwen zorgverzekeraars de samenwerkingsovereenkomst primair als een interne aangelegenheid.

Ze geven aan het niet nodig te vinden eisen te stellen aan de inhoud van de samenwerkingsovereenkomst, aangezien de integrale tariefafspraken nog niet tot onwenselijke situaties hebben geleid. Pas bij onwenselijke situaties, zoals [verdringing](#), wordt de inhoud van de samenwerkingsovereenkomst voor verzekeraars van belang. De NZa vraagt zich af of zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg kunnen waarborgen als ze geen zicht hebben op de samenwerkingsovereenkomst. In deze overeenkomst worden immers ook afspraken over kwaliteit en veiligheid vastgelegd.

Geen selectieve inkoop

Eén van de doelen van de invoering van integrale tarieven was het

bevorderen van selectieve inkoop. In de praktijk blijken zorgverzekeraars echter nog niet of nauwelijks selectief in te kopen. Veel van de geënquêteerde zorgverzekeraars geven aan niet direct meer ruimte te voelen voor het selectief inkopen van zorg als gevolg van het afschaffen van het honorariumplafond. Sommigen zeggen dat ze wel weten dat ze die ruimte hebben, maar dat ze deze nog niet in de praktijk toepassen. Ten algemene zien zorgverzekeraars de invoering van integrale bekostiging niet als bepalende factor voor selectieve inkoop.

Geen andere onderhandelingspositie

De zorgverzekeraar hoeft per 2015 nog maar met één partij, het ziekenhuis, integrale afspraken te maken. In de praktijk is het MSB echter vrijwel altijd betrokken bij onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis. Het neemt bijvoorbeeld deel aan de onderhandelingen of speelt een rol in het bepalen van de onderhandelstrategie. Ondanks het feit dat er meer partijen deelnemen aan de onderhandelingen geven zorgverzekeraars aan dat hun onderhandelingspositie niet is gewijzigd ten opzichte van de periode vóór de invoering van integrale tarieven.

Zowel enkele ziekenhuisbestuurders als enkele MSB's merken wel een verandering. Zij stellen dat, doordat er meerdere partijen aan de onderhandeltafel zitten, afspraken met de zorgverzekeraars soms moeilijker tot stand komen. Volgens enkele ziekenhuisbestuurders en MSB's helpt bij het goed laten verlopen van de onderhandelingen dat het ziekenhuis en het MSB dezelfde belangen uitdragen.



Welke afspraken maken het MSB en het ziekenhuis?

Een MSB en ziekenhuis stellen met elkaar een samenwerkingsovereenkomst op waarin zij afspraken vastleggen over de taken, rollen en verantwoordelijkheden van het ziekenhuis, het MSB en de individuele medisch specialisten.

Er is een aantal standaardsamenwerkingsovereenkomsten in omloop waarin de volgende onderwerpen zijn opgenomen:

- Productie en prijzen.
- Taken en verantwoordelijkheden bij bepaling van het zorgaanbod.
- Taken en verantwoordelijkheden bij onderhandelingen met zorgverzekeraars.
- Continuïteit.
- Organisatie en administratie.
- Kwaliteit en veiligheid.
- Financiële verhoudingen.
- Verantwoording.
- Aanwijzingsbevoegdheid.
- Registraties en declaraties.

Vrijwel alle instellingen maken over al deze punten afspraken en formaliseren die vervolgens in een samenwerkingsovereenkomst (of 'overeenkomst van opdracht'). Op hoofdlijnen bevatten de overeenkomsten van verschillende instellingen geen fundamenteel onderscheid. Dat komt doordat de branchepartijen van ziekenhuizen en medisch specialisten de structuur van samenwerkingsovereenkomsten faciliteren via voorbeeld- of modelovereenkomsten. De precieze invulling van overeenkomsten verschilt wel per MSB en ziekenhuis. Ziekenhuizen geven aan dat, als zij zich verbinden met meerdere

MSB's, ze doorgaans bij elke MSB dezelfde samenwerkingsovereenkomst opstellen. In sommige gevallen kiest een ziekenhuis voor een andere invulling, bijvoorbeeld als één van de MSB's ook voor een andere instelling werkt. Of als het gaat om een MSB en een Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB).

Conclusie van de NZa

We zien geen aanleiding om over de samenwerkingsovereenkomsten concrete aanbevelingen te doen. Vorig jaar constateerden we dat, gezien de fiscaal gedreven discussie en ontwikkelingen, bepaalde niet-fiscale aspecten achter dreigden te blijven (zoals de kwaliteit van zorg, de veiligheid, en de kwaliteit van registratie en declaratie). Nu zien we echter dat die aspecten goed geregeld zijn, althans, op papier. De NZa blijft monitoren of er in de praktijk daadwerkelijk voldoende aandacht aan wordt geschonken.



Welke afspraken maken het MSB en het ziekenhuis?

Afspraken over declaraties en registraties

De eindverantwoordelijkheid voor correcte declaratie ligt bij het ziekenhuis. Om correct te kunnen declareren is het erg belangrijk dat er correct wordt geregistreerd. De verantwoordelijkheid voor het correct registreren van geleverde zorg ligt ook voor een belangrijk deel bij de medisch specialist. Dit is als zodanig vastgelegd in de nadere regel 'medisch specialistische zorg'. Dat neemt niet weg dat ook ziekenhuizen de kwaliteit van registraties kunnen verbeteren, bijvoorbeeld door een goed werkend registratiesysteem te hebben en door interne controles uit te voeren. De juistheid van registratie en declaratie blijft dan ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Om te waarborgen dat er goed geregistreerd en gedeclareerd wordt, moeten ziekenhuizen en MSB's hierover afspraken maken. In de samenwerkingsovereenkomsten wordt daarom expliciet opgenomen dat medisch specialisten hun registratie dienen uit te voeren conform de geldende regels van de NZa, en dat de registratie dient overeen te komen met de administratieve organisatie en interne controle van het ziekenhuis.

Vorig jaar kregen we nog signalen dat sommige partijen in de samenwerkingsovereenkomst vastlegden dat de medisch specialist niet verantwoordelijk is voor kwaliteit van registratie en declaratie. We benadrukten toen dat het de verantwoordelijkheid van de medisch specialist is én blijft om de zorg op een juiste manier te registreren. Kennelijk hebben partijen daar gehoor aan gegeven. We hebben dit jaar namelijk geen signalen meer ontvangen dat partijen in hun samenwerkingsovereenkomst opnamen dat de medisch specialist niet verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de registratie.

Afspraken over terugvorderingen

Als een ziekenhuis te veel of onjuist heeft gedeclareerd, dan kunnen de te veel betaalde gelden teruggevorderd worden. Deze situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen als het macrobeheersplafond is overschreden en de minister van VWS besluit het macrobeheersinstrument (MBI) in te zetten. Of als de zorgverzekeraar achteraf vaststelt dat er fout of te veel gedeclareerd is en hij deze declaraties terugvordert. De terugvordering van te veel betaald geld wordt door de verzekeraar verhaald op de declarerende partij (het ziekenhuis). Aangezien zowel het ziekenhuis als het MSB een deel van het geld heeft ontvangen, is het belangrijk om in een overeenkomst vast te leggen of, en zo ja hoe, terugvorderingen doorbelast worden aan het MSB.

In de vorige monitor constateerden we dat nog lang niet alle ziekenhuizen zich ervan bewust waren dat zij de toepassing van het integrale MBI ook moesten doorvertalen naar afspraken met medisch specialisten. Hier hebben we toen expliciet aandacht voor gevraagd. Inmiddels blijkt dat de meeste ziekenhuizen en MSB's inderdaad in de samenwerkingsovereenkomst hebben opgenomen of (en zo ja hoe) deze terugvorderingen worden doorbelast aan het MSB. Veelal worden de terugvorderingen naar rato doorbelast aan het MSB, of wordt de doorbelasting per situatie bekeken. Ook kan de doorbelasting afhankelijk zijn van het MSB of ziekenhuis dat verantwoordelijk is voor de onjuiste declaratie.



Welke afspraken maken het MSB en het ziekenhuis?

Afspraken over kwaliteits- en veiligheidseisen

In de monitor van vorig jaar gaven we aan dat het relevant is dat individuele medisch specialisten en ziekenhuizen een instemmingsverklaring tekenen. Dit is een verklaring die de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg moet borgen. Zo verklaart een individuele specialist dat hij zich gebonden acht aan wettelijke verplichtingen en aan regels die de instelling heeft vastgesteld omtrent zorgverlening, kwaliteit en veiligheid.

In de praktijk blijken niet alle instellingen een separate overeenkomst te hebben gesloten met de individuele medisch specialist. Zo'n aanvullende overeenkomst is voor kwaliteits- en veiligheidseisen in veel gevallen ook niet nodig, aangezien de instelling en het MSB in de samenwerkingsovereenkomst reeds bepalingen overeen zijn gekomen die de kwaliteit en veiligheid van de zorg moeten waarborgen. Die bepalingen (zie kader) maken het bovendien mogelijk dat het bestuur van een ziekenhuis de individuele medisch specialisten direct kan aanspreken op eventueel disfunctioneren.

Afspraken over deelname in investeringen

De fiscus stelt bij medisch specialisten sinds 2015 dezelfde eisen aan ondernemerschap als bij andere ondernemers. Een medisch specialist is voor de fiscus alleen een fiscaal ondernemer indien zijn onderneming aan een aantal voorwaarden voldoet. In geval van het fiscaal transparante samenwerkingsmodel zijn die voorwaarden onder andere het aannemen van eigen personeel en reële, substantiële investeringen doen. Het blijkt dat MSB's met name investeren in de eigen onderneming door het aannemen van personeel en materieel

voor kantoorautomatisering. Soms neemt het MSB ook personeel over van het ziekenhuis. Dat laatste vinden sommige ziekenhuisbestuurders geen goede ontwikkeling. Slechts een beperkt aantal MSB's levert een financiële bijdrage aan investeringen die door het ziekenhuis worden gedaan. Maar ook als MSB's zelf niet investeren in ziekenhuizen, kunnen zij nog wel meebeslissen over investeringen van het ziekenhuis. Sterker nog: MSB's zijn steeds vaker betrokken bij investeringsbeslissingen van het ziekenhuis. Zo zijn ze onder andere vertegenwoordigd in investeringscommissies en worden zij geraadpleegd via de VMS.

Uit de standaardsamenwerkingsovereenkomst:

- 'De Medisch Specialisten handelen overeenkomstig de kwaliteits- en veiligheidsrichtlijnen van de landelijke wetenschappelijke verenigingen op het gebied van hun specialismen.'
- 'De Raad van Bestuur kan de Medisch Specialisten aanwijzingen geven omtrent de kwaliteit en veiligheid en de organisatie en administratie van de zorg.'
- 'De Raad van Bestuur kan, na overleg met het Maatschapsbestuur, een Medisch Specialist, of een andere natuurlijke persoon die door de Maatschap wordt ingezet, de toegang tot het Ziekenhuis ontzeggen, op grond van omstandigheden van zo ernstige aard of een gegrond vermoeden van zodanige aard dat aanwezigheid van die Medisch Specialist of andere natuurlijke persoon in het ziekenhuis niet langer kan worden geaccepteerd.'



1

2

3

4

Welke afspraken maken het MSB en het ziekenhuis?

Vergoedingen vóór 2015: honorariumomzetplafonds

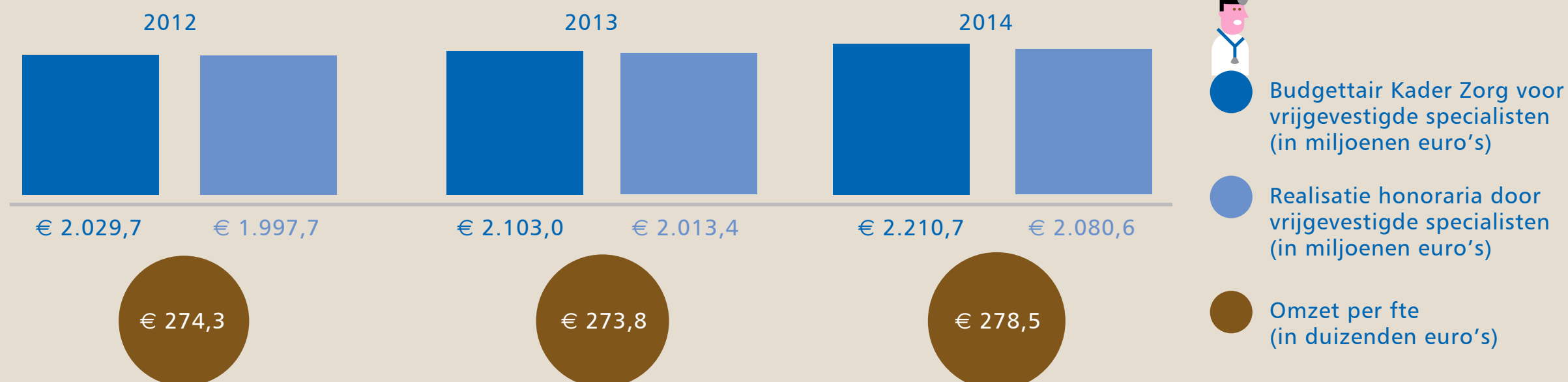
Tot en met 2014 kenden instellingen met vrijgevestigde medisch specialisten een honorariumomzetplafond. Met dit plafond beperkte de overheid de totale uitgaven aan vrijgevestigde medisch specialisten. Van 2012 tot en met 2014, de jaren waarin dit beheersmodel gold, bleven de totale uitgaven aan vrijgevestigde medisch specialisten binnen de landelijk beschikbare budgettaire kaders.

Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) werd van 2012 tot en met 2014 geïndexeerd voor prijsinflatie en een beperkte groei in zorgvraag. Zoals uit onderstaande tabel blijkt, bleef de landelijk gemiddelde omzet per fulltime werkende medisch specialist (fte) ook erg stabiel.

De lichte omzettoename valt te verklaren door de prijs- en volume-index. De stijging van de omzet per fte was overigens minder groot dan de groei van het BKZ.

We concluderen dat de gemiddelde omzet van en de uitgaven aan vrijgevestigde medisch specialisten stabiel waren in de jaren voor invoering van het integrale tarief. De omzetplafonds hadden het beoogde effect. Dit kwam ook doordat zorgverzekeraars en aanbieders deze omzetplafonds bewust meenamen in de contractafspraken.

NB Voor de vergelijking van de omzet per fte laten we zelfstandige behandelcentra (ZBC's) buiten beschouwing, omdat zij geen fte-informatie aanleveren aan Dutch Hospital Data.



Welke afspraken maken het MSB en het ziekenhuis?

Stabiele vergoedingsverdeling tot en met 2014

Uit de hiernaast weergegeven figuur blijkt dat de verdeling van de vergoeding voor personeels- en instellingskosten in de periode 2012 tot en met 2014 stabiel is gebleven, zowel in het gereguleerde als vrije segment. Dit is deels ook te verklaren doordat de honorariumtarieven tot en met 2014 volledig gemaximeerd waren.

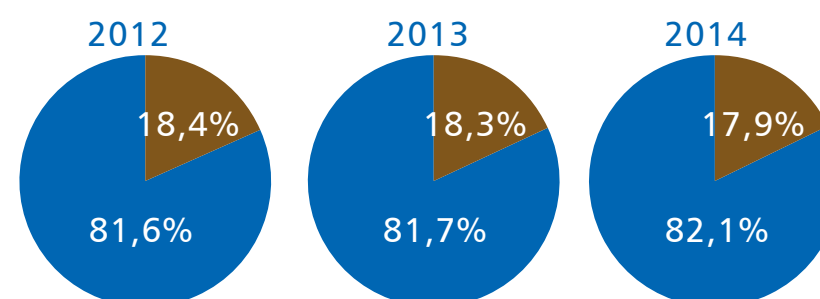
Afspraken over vergoedingen vanaf 2015

De NZa stelt vanaf 2015 geen aparte honorariumomzetplafonds en honorariumtarieven meer vast. De invoering van integrale tarieven maakt een herverdeling van de kosten mogelijk. Deze herverdeling kan positieve prikkels geven voor kwaliteit, veiligheid en de borging van patiëntbelangen. Er kan bijvoorbeeld een deels vaste en deels variabele vergoeding overeengekomen worden, waarbij de hoogte van de variabele vergoeding gekoppeld wordt aan kritieke prestatie-indicatoren (KPI's). Voorbeelden van dit soort indicatoren zijn kwaliteit, doelmatigheid, preventie, gepast gebruik, doelmatig voorschrijven en correcte registratie.

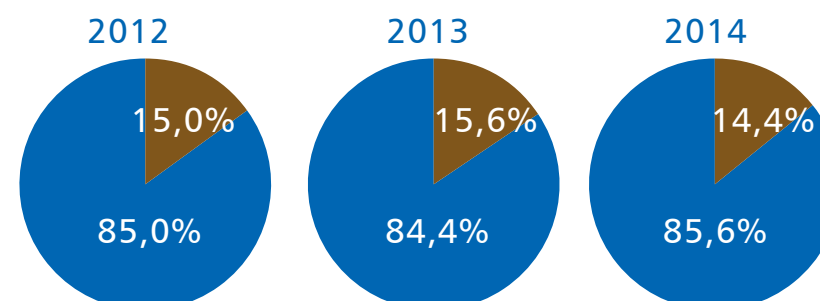
In de praktijk blijkt echter nog weinig veranderd in de wijze waarop de instellings- en personeelskosten worden verdeeld. Slechts 19 procent van de MSB's en 11 procent van de ziekenhuizen geven aan een deels vaste en deels variabele vergoeding af te spreken, waarbij de variabele vergoeding afhangt van overeengekomen kwaliteitsparameters. Bijna 30 procent van de ziekenhuizen en 47 procent van de MSB's die onze enquête beantwoordden, geeft verder aan dat ze het honorariumomzetplafond van 2014 hanteren als uitgangspunt voor het bepalen van de hoogte van de vergoeding aan de specialisten.

Declaratie onderverdeeld naar honorarium medisch specialisten en instellingskosten:

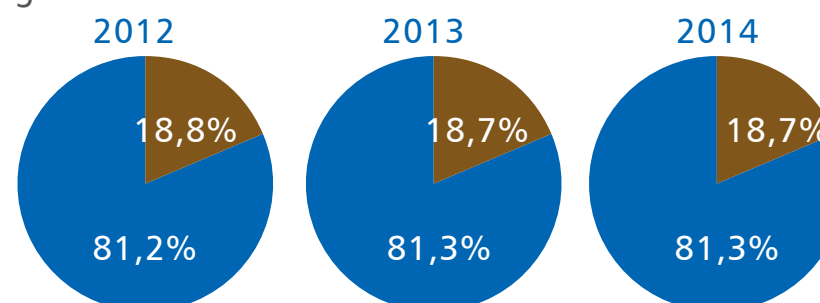
Totaal niveau



Uitgesplitst: Gereguleerde segment



Vrije segment



● Honorarium ● Kosten



Welke afspraken maken het MSB en het ziekenhuis?

Vooralsnog geen verdringingseffect

Per 2015 ontstaat de mogelijkheid dat een andere verdeling van personeels- en instellingskosten plaatsvindt, waarbij medisch specialisten een groter aandeel van de totale omzet claimen, ten koste van de ziekenhuisinkomsten. Dit 'verdringingseffect' zou uiteindelijk de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg kunnen verminderen.

In de praktijk zien wij geen signalen dat de omzet van medisch specialisten substantieel is gestegen. Vooralsnog geven de meeste MSB's en ziekenhuizen aan dat het omzetaandeel van medisch specialisten gelijk is gebleven aan dat van 2014. Een kleiner aantal MSB's en ziekenhuizen geeft een omzetstijging aan. Die stijging wordt verklaard doordat diverse MSB's personeelskosten van het ziekenhuis hebben overgenomen en MSB's ondersteunende en faciliterende diensten hebben ingekocht. Niet zozeer het inkomen van de medisch specialist neemt in zo'n geval toe, als wel de omzet waaruit het MSB nieuwe kostenposten moet financieren. Hierdoor kan het inkomens-aandeel dat medisch specialisten ontvangen zelfs afnemen.

Onze verwachting is niet dat specialisten de inkomsten van ziekenhuizen zullen verdringen. Ziekenhuizen en MSB's hebben voor de personeels- en instellingskosten namelijk het jaar 2014 als uitgangspunt hebben gehanteerd. Daarnaast zien specialisten in dat zij baat hebben bij een goede relatie met het ziekenhuis voor de lange termijn en bij het voortbestaan van ziekenhuizen. Dat voortbestaan kan in het geding komen als de verdeling te scheef wordt.

Mochten zich toch verdringingseffecten voordoen, hoe gaat de NZa die dan monitoren?

Tot aan 2015 konden we honorariumomzetten en het verdringingseffect monitoren, omdat in de databronnen DIS en Vektis de honorarium- en ziekenhuisdeclaraties apart waren opgenomen. Sinds 2015 wordt dit onderscheid niet meer gemaakt. Met de introductie van integrale tarieven en de afschaffing van het beheersmodel moet het verdringingseffect dus anders gemonitord worden. De hierboven genoemde bronnen zijn voor dit doel niet meer bruikbaar. Vergelijkingen van uitgaven aan medisch specialisten vóór en na invoering van de integrale bekostiging worden daarnaast vertroebeld doordat medisch specialisten sinds 2015 kosten van het ziekenhuis, zoals de kosten van ondersteunend personeel, hebben overgenomen. Ook ontstaat er als gevolg van verschillende definities (kosten versus omzet) een verschil in de te meten grootheden. Wat tot en met 2014 de omzet was die de instelling doorsluisde naar de medisch specialisten, is sinds 2015 een kostenpost van het ziekenhuis.

Voor de volgende monitor zal de NZa alternatieven verkennen om de ontwikkeling in de uitgaven aan medisch specialisten te blijven volgen in de situatie van integrale bekostiging. Hierbij valt te denken aan het analyseren van de omzetgegevens die bij het CBS bekend zijn, het gebruiken van jaardocumenten van instellingen of het opvragen van aanvullende data bij instellingen.



Welke afspraken maken medisch specialisten en hun MSB?

Nadat de instelling en het MSB samen hebben vastgesteld wat de omzet van het MSB is, bepaalt het MSB-bestuur de wijze waarop die omzet verdeeld wordt onder de medisch specialisten.

De meeste MSB's gebruiken in 2015 dezelfde modellen om de totale honorariumomzet te verdelen onder hun medisch specialisten als onder het honorariumomzetplafond (2012–2014). In deze verdeelmodellen is het uitgangspunt de geleverde productie ten opzichte van de landelijke benchmark. Dit productiegedreven verdeelmodel geeft de individuele medisch specialist een prikkel om meer productie te draaien.

MSB's hebben echter de vrijheid om naast productie ook andere parameters te hanteren voor de omzetverdeling. Denk hierbij aan criteria als kwaliteit, doelmatigheid, registratiekwaliteit en gepast gebruik (oftewel: KPI's). De NZa constateert dat MSB's bij de omzetverdeling nauwelijks gebruikmaken van deze alternatieven. Als ze dit wél zouden doen, zou dat voordeel kunnen opleveren op het gebied van kwaliteit, veiligheid en borging van patiëntenbelangen.

Verschil in vergoedingssystemen

Verzekeraars vergoeden instellingen, instellingen vergoeden MSB's en op hun beurt vergoeden MSB's weer de medisch specialisten. Deze drie geldstromen zijn elk gebaseerd op eigen afspraken, waardoor prikkels rondom de vergoedingen vaak niet goed op elkaar aansluiten.

De vergoeding van individuele medisch specialisten kan bijvoorbeeld productiegedreven zijn, zonder plafond, terwijl aan de vergoeding van het MSB en het ziekenhuis meestal wél een productieplafond zit. Dit verschil zorgt ervoor dat individuele specialisten binnen het MSB andere prikkels hebben dan het MSB of het ziekenhuis zelf. Instellingen en MSB's hebben sinds 2015 meer vrijheid, doordat er van overheidswege geen honorariumregulering meer plaatsvindt. Zij kunnen van deze vrijheid gebruik maken door de afspraken en prikkels over enerzijds de omzetverdeling binnen het MSB en anderzijds de omzetverdeling tussen instelling en MSB beter op elkaar te laten aansluiten.

Aanbevelingen van de NZa

De NZa raadt aan om in de onderlinge productie- en prijsafspraken tussen ziekenhuis en MSB ook aandacht te besteden aan onderwerpen als kwaliteit en/of kwaliteitsindicatoren (KPI's). Vervolgens kan het MSB bestuur deze afspraken ook een plek geven in het verdeelmodel binnen het MSB. Het is immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis en MSB om productie van goede kwaliteit te leveren. Door de (financiële) prikkels voor alle betrokkenen goed af te stemmen kan dat doel eenvoudiger worden behaald.



1

2

3

4



4

De sturing

- In hoeverre is de aansturing van ziekenhuizen veranderd?
- In hoeverre is de beleidsinvloed van medisch specialisten veranderd?
- In hoeverre worden taken van medisch specialisten herschikt?
- Hoe functioneren de MSZ-overlegstructuren?
- Hoe verloopt het interne toezicht op de sturing van ziekenhuizen?



In hoeverre is de aansturing van ziekenhuizen veranderd?

De invoering van de integrale bekostiging heeft geleid tot nieuwe organisatiemodellen, waarvan het samenwerkingsmodel veruit het meest gehanteerd wordt. De introductie van dit samenwerkingsmodel heeft invloed gehad op de aansturing binnen ziekenhuizen. Of deze invloed positief is of negatief, daarover verschillen de meningen.

Met name *MSB's* (67 procent) zijn positief over de impact van het samenwerkingsmodel op de interne aansturing. Ze geven hiervoor de volgende redenen:

- De Raad van Bestuur (RvB) van het ziekenhuis heeft nu een centraal aanspreekpunt in de vorm van het MSB-bestuur. Dat vergemakkelijkt de communicatie van de RvB met medisch specialisten.
- Vrijgevestigde medisch specialisten hebben, nu zij zich verenigd hebben in een MSB, een grotere inbreng in de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en voelen zich hier sterker bij betrokken.
- Er is minder onderlinge strijd tussen medisch specialisten en een grotere eenheid tussen vrijgevestigde medisch specialisten. Vrijgevestigde medisch specialisten spreken meer met één stem en werken beter samen dan voorheen.

Raden van bestuur van ziekenhuizen zijn verdeeld over de impact van de nieuwe modellen op de interne aansturing. Een deel van de bestuurders (35 procent) ziet geen fundamentele verandering qua aansturing of vinden het te vroeg om daar nu al iets over te zeggen. Andere bestuurders (28 procent) geven aan dat de interne aansturing is verslechterd. Sommigen van hen geven aan dat de invoering van integrale tarieven er voor heeft gezorgd dat het primaire proces

(het verlenen van zorg) is uitbesteed. Zij hebben daar geen goed gevoel bij. De bestuurders van ziekenhuizen die wel positief zijn (35 procent), geven de volgende argumenten:

- De RvB en de vrijgevestigde medisch specialisten zien beter hun gedeelde belangen en hebben de neuzen meer dezelfde kant op staan.
- De RvB heeft een centraal aanspreekpunt in het MSB-bestuur, wat de communicatie en aansturing vergemakkelijkt.

55 procent van de *Raden van Toezicht* ziet in de overgang naar het samenwerkingsmodel vooral een verslechtering van de aansturing. Zij noemen de volgende punten:

- Er is een organisatie (MSB) in een andere organisatie (ziekenhuis) gecreëerd, waarbij de belangen op onderdelen uiteenlopen. De organisatie die door de RvB moet worden aangestuurd is daardoor gecompliceerder geworden.
- Vrijgevestigde medisch specialisten zijn op meer afstand van het ziekenhuis komen te staan.

Conclusie en aanbevelingen van de NZa

Uit de enquêterespons blijkt geen eenduidige beleving van de gevolgen van de nieuwe organisatiemodellen voor de aansturing binnen ziekenhuizen. Waarschijnlijk speelt de onderlinge relatie en samenwerking een grotere rol in die beleving dan het gehanteerde model. Het belang van een goede onderlinge relatie is dan ook onverminderd groot. Een conflictsituatie tussen het ziekenhuisbestuur en het MSB zou de onderlinge relatie ernstig kunnen aantasten, wat negatieve gevolgen kan hebben op de interne aansturing. Partijen moeten daarom blijven investeren in deze onderlinge relatie.



In hoeverre is de beleidsinvloed van medisch specialisten veranderd?

Volgens 48 procent van de MSB's heeft de integrale bekostiging geleid tot een grotere invloed van vrijgevestigde medisch specialisten op het beleid van ziekenhuizen. Zij ervaren meer zeggenschap. De ziekenhuizen zelf nuanceren die claim.

Veel *MSB's* geven aan dat zij intensiever dan voorheen bijdragen aan de strategievorming van het ziekenhuis. Ook stellen ze dat vrijgevestigde medisch specialisten nu meer informatie uitwisselen met het ziekenhuisbestuur. De specialisten geven aan dat ze meer bij beleid betrokken worden, in het bijzonder via commissies, en dat mede daardoor hun verantwoordelijkheidsgevoel is toegenomen. Andere *MSB's* (44 procent) merken weinig verschillen, omdat de relatie met de Raad van Bestuur (RvB) en de invloed van de vrijgevestigde medisch specialisten ook vóór de invoering van integrale tarieven al goed geborgd waren. Met de invoering van de integrale bekostiging is deze invloed meer geformaliseerd in de samenwerkingsovereenkomsten.

De meeste *ziekenhuisbestuurders* geven aan dat het nog te vroeg is om te oordelen over de beleidsinvloed van vrijgevestigde medisch specialisten, aangezien het *MSB* pas één jaar bestaat. Het merendeel (59 procent) geeft aan dat de invloed van *MSB's* ongewijzigd lijkt, omdat de wijze waarop vrijgevestigde medisch specialisten en RvB's samenwerken niet anders is geworden. De invloed van het stafbestuur is eveneens gelijk gebleven. Verder was er vóór 2015 in de meeste gevallen ook al een geharmoniseerde maatschap en waren vrijgevestigde medisch specialisten toen evengoed nauw betrokken bij de verkoop van medisch specialistische zorg aan zorgverzekeraars.

Transparantie over bedrijfsvoering

MSB's zijn onlosmakelijk verbonden met het ziekenhuis. Hierin vervullen *MSB's* een maatschappelijk belangrijke taak. De Wet Toelatingen Zorginstellingen (WTZi) verplicht enkel toegelaten instellingen om verantwoording af te leggen en transparant te zijn over de bedrijfsvoering. *MSB's* vallen hier op dit moment niet onder, omdat ze doorgaans niet over een toelating beschikken. Hierdoor gelden de transparantie-eisen uit de WTZi rondom de bedrijfsvoering niet voor *MSB's*. Dit hoeft geen probleem te vormen, omdat de transparantie-eisen wel gelden voor het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan enkel transparant zijn over zijn bedrijfsvoering als hij hierin ook aspecten van het *MSB* betreft. Wij doen daarom de volgende aanbevelingen:

- De NZa raadt ziekenhuizen aan om met het *MSB* af te spreken dat ook het *MSB* verantwoording aflegt en transparant is over zijn bedrijfsvoering. De uitkomsten van die verantwoording en transparantie kan het ziekenhuis dan meenemen in de documenten die vereist zijn vanuit de Zorgbrede Governance-code, die nu door vrijwel alle ziekenhuizen wordt gevolgd.
- De NZa benadrukt bij ziekenhuizen het belang om in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (dat voor ziekenhuizen en andere zorginstellingen verplicht is) ook een verantwoording op te nemen over het *MSB* waarmee het een samenwerkingsovereenkomst heeft. Ziekenhuizen moeten dat doen in afstemming met het *MSB*. Zij onderstrepen zo de visie dat het ziekenhuis en het *MSB* een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de levering van zorg die voldoet aan de wettelijke en maatschappelijke eisen van kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid.



In hoeverre worden taken van medisch specialisten herschikt?

Eén van de doelen van integrale bekostiging was het beter mogelijk maken van taakherschikking. Onder taakherschikking verstaan we het verplaatsen van zorg van medisch specialisten naar andere typen zorgverleners. Op dit moment zijn dat verpleegkundig specialisten, physician assistants en SEH-artsen.

In aanvulling op de invoering van de integrale bekostiging heeft de NZa per 2015 een aantal aanpassingen in de regelgeving doorgevoerd. Die aanpassingen nemen bij zorgaanbieders financiële belemmeringen weg voor de taakherschikking. Zo verruimden we de registratie- en declaratiemogelijkheden voor verrichtingen van de SEH-arts, verpleegkundig specialist en physician assistant. Deze verruiming houdt onder meer in dat die beroepsbeoefenaren nu een polikliniekbezoek vast kunnen leggen. Ook kunnen ze een dbc-zorgproduct openen en sluiten als ze geheel zelfstandig een traject uitvoeren. Tot 2015 was dat aan (poort)specialisten voorbehouden.

Hoe verloopt taakherschikking nu?

Ziekenhuizen en MSB's melden dat taakherschikking slechts in beperkte mate van de grond komt. Hiervoor noemen ze verschillende redenen:

- Afspraken tussen het MSB en het ziekenhuis over de vergoeding en kosten voor de inzet van verpleegkundig specialisten, physician assistants en SEH-artsen moeten nog gemaakt worden of verlopen stroef.
- De huidige bezetting van medisch specialisten in het MSB is vaak bepalend. Pas als een medisch specialist vertrekt, overwegen de specialisten de uitvoering van taken via taakherschikking als alternatief voor de vertrekkend specialist.

- De verwachting van ziekenhuizen en MSB's is dat taakherschikking in de toekomst meer van de grond komt, omdat er meer druk komt op de tarieven.

Conclusie van de NZa

Uit ons onderzoek maken we op dat taakherschikking nog maar beperkt van de grond komt. We hebben hiervan echter geen landelijk beeld, omdat taakherschikking in systemen niet zichtbaar vastgelegd wordt. De SEH-arts, verpleegkundig specialist en physician assistant hebben geen eigen typeringslijsten, maar maken gebruik van de diagnosetyperingslijst van één van de poortspecialisten. De diagnoses waarvoor zorg wordt verleend zijn daar immers al beschreven. Vaak legt de SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant zijn handelingen en dbc-zorgproducten vast op naam van de medisch specialist. Hierdoor is niet inzichtelijk of het betreffende dbc-zorgproduct (geheel) onder de verantwoordelijkheid van genoemde beroepsbeoefenaren heeft plaats gevonden.

De transparantie die nu ontbreekt is om meerdere redenen wel belangrijk. De NZa en VWS willen de ontwikkeling van taakherschikking monitoren, om de effecten van het beleid te kunnen evalueren en bij te sturen waar nodig. Bovendien is het voor de NZa en de zorgverzekeraar (vanuit het oogpunt van toezicht en handhaafbaarheid) van belang om inzicht te hebben in de hoofdbehandelaar van het dbc-zorgproduct.

Taakherschikking kan een manier zijn om zorg doelmatiger te leveren. Daarom gaan we onderzoeken hoe we meer inzicht kunnen krijgen in de mate waarin taakherschikking wordt uitgevoerd, welke belemmeringen er nog zijn in de toepassing én hoe we veldpartijen nog verder kunnen ondersteunen bij de uitvoering.



Hoe functioneren de MSZ-overlegstructuren?

Eerder gaven we aan dat medisch specialisten beter vertegenwoordigd zijn in overleggen en beslisorganen, waardoor ze meer betrokken zijn bij het (strategisch) ziekenhuisbeleid. Maar hoe verlopen die overlegstructuren?

De interne organisatie van ziekenhuizen kent verschillende overlegstructuren waarin medisch specialisten vertegenwoordigd zijn: het medisch specialistische bedrijf (MSB), de Vereniging Medische Staf (VMS) en de Vereniging van Medische Specialisten in Dienstverband (VMSD). Het VMSD behartigt specifiek de beroepsbelangen van specialisten in dienstverband, het MSB omvat het oude collectief van vrijgevestigde medisch specialisten.

In onze vorige monitor stelden we dat het van groot belang is dat er goede afspraken worden gemaakt tussen de verschillende vertegenwoordigende organen. Het moet duidelijk zijn waar met wie over welk onderwerp overlegd en beslist wordt. De meeste ziekenhuizen en MSB's geven aan dat dit in de praktijk nog onvoldoende geregeld is en ervaren hieromtrent knelpunten:

- Door de komst van het MSB is er een formelere organisatiestructuur ontstaan die leidt tot een complexere governance.
- Verdeeldheid tussen het VMSD en specialisten die verenigd zijn in het MSB heeft defensief gedrag als gevolg.
- In de ogen van sommige VMSD's heeft het MSB het afgelopen jaar te veel aandacht gehad voor fiscale en financiële zaken.
- Ziekenhuisbestuurders zien het risico dat zij van het VMS, MSB en VMSD verschillende boodschappen krijgen.
- MSB's geven aan dat het nog zoeken is naar het evenwicht en het geven van invulling aan hun nieuwe rol. Doordat het VMS wordt

overruled door het MSB, gaat ook het VMSD een belangrijke positie claimen; door de komst van het MSB beginnen specialisten in dienstverband zich nadrukkelijker te profileren.

Veel MSB's en ziekenhuizen hebben voor zichzelf dezelfde uitdaging en wens voor de toekomst geformuleerd: zij willen de governance vereenvoudigen door de krachten van het MSB, VMSD en VMS te bundelen tot één aanspreekpunt van alle medisch specialisten. Dit zou leiden tot meer onderlinge samenhang tussen het MSB, VMS en VMSD. Met name in fusieziekenhuizen of ziekenhuizen waar nu nog meerdere MSB's zijn, vormt het opzetten van één medisch aanspreekpunt een uitdaging. Een aantal ziekenhuizen is hier al wel in geslaagd, door specialisten in dienstverband buitengewoon lid te maken van het MSB. Het ziekenhuisbestuur heeft daardoor één krachtig en slagvaardig medisch aanspreekpunt.

Conclusie en aanbevelingen van de NZa

Bij een aantal ziekenhuizen verlopen de overlegstructuren efficiënt, maar bij veel ziekenhuizen is nog winst te behalen op het gebied van de governance. Hoewel er in veel ziekenhuizen een intensievere dialoog op gang is gekomen tussen het MSB, VMS en VMSD blijkt het moeilijk om de eenheid te bewaken en versplintering tegen te gaan. Vrijgevestigde medisch specialisten en specialisten in dienstverband zouden de governance kunnen vereenvoudigen door gezamenlijk één medisch aanspreekpunt te vormen voor de Raad van Bestuur. De NZa raadt hen aan om de mogelijkheden daartoe te verkennen.



Hoe verloopt het interne toezicht op de sturing van ziekenhuizen?

Welk effect heeft de invoering van de integrale tarieven gehad op de interne sturing van ziekenhuizen? In hoeverre is dit effect wenselijk? Voldoen ziekenhuizen bijvoorbeeld nog wel aan de eisen van transparantie en verantwoording? Dat zijn het soort vragen waarop interne toezichthouders zich richten.

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

Zorginstellingen moeten op grond van de WTZi beschikken over een speciale 'toelating' als zij zorg willen aanbieden die in aanmerking komt voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg (Wlz).

Om voor een WTZi-toelating in aanmerking te komen, moeten zorginstellingen voldoen aan diverse krachtens deze wet gestelde eisen op het gebied van transparantie en verantwoording. Zo moet de instelling een Raad van Toezicht (RvT) en een Raad van Bestuur (RvB) hebben. Er moet bovendien een cliëntenraad zijn. De RvT benoemt de RvB en houdt toezicht op onder meer het naleven van regels en het handelen naar de (statutaire) doelen van de instelling.

De WTZi bepaalt de regels voor goed bestuur, stelt vast in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden en legt verplichtingen op omtrent het waarborgen van een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op naleven van de transparantie-eisen in de WTZi. Diezelfde eisen waren voor de NZa reden om het declaratierecht voor medisch specialistische zorg alleen nog toe te kennen aan de toegelaten instelling.

Kwaliteits- en veiligheidseisen

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) verving per 1 januari 2016 de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi) en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkzc). Hier heeft de minister de Tweede Kamer met de brief 'Goede zorg vraagt om goed bestuur' op 13 januari 2016 over geïnformeerd. De Wkkgz schrijft voor dat ziekenhuisbesturen de zorg zó moeten organiseren dat die organisatie (redelijkerwijs) leidt tot goede zorg. Dit betekent dat de instellingsbesturen de eindverantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit en veiligheid en er op moeten toezien dat alle betrokken zorgverleners zich houden aan bepalingen van de Wkkgz. Dat zij zich aan deze bepalingen houden, dient te worden gewaarborgd op grond van de Wkkgz verplichte overeenkomst tussen aanbieders en de voor hen werkzame zorgverleners. Het ziekenhuis zal dus in een samenwerkingsovereenkomst met het MSB moeten regelen dat de medisch specialisten die voor het MSB werken zich houden aan alle bepalingen van de Wkkgz. Hierbij valt te denken aan klachten- en geschillenregelingen, vergewisplicht, het verstrekken van keuze-informatie aan de cliënt of het veilig melden van incidenten. De IGZ ziet onder andere toe op de naleving van de Wkkgz. Zoals door de minister in bovengenoemde brief is aangekondigd ontwikkelen de IGZ en de NZa een gezamenlijk toezichtkader voor goed bestuur.



Hoe verloopt het interne toezicht op de sturing van ziekenhuizen?

Toeziht in het samenwerkingsmodel

Tot en met 2014 hadden individuele vrijgevestigde medisch specialisten elk een toelatingsovereenkomst met de Raad van Bestuur (RvB) van een ziekenhuis. Die overeenkomst was de enige formele binding tussen deze specialisten en de zorginstelling. Met de invoering van integrale bekostiging hebben veel specialisten zich verenigd in MSB's. Die MSB's werken samen met ziekenhuizen, maar zijn anders dan ziekenhuizen in de regel zelf géén toegelaten instellingen. De transparantie-eisen van de WTZi zijn dus niet van toepassing op MSB's.

Een Raad van Toezicht (RvT) is voor een MSB bijvoorbeeld niet verplicht. De maten benoemen doorgaans het bestuur – via respectievelijk de matenvergadering en de algemene ledenvergadering. Het MSB valt verder ook niet onder de reikwijdte van de Wet normering topinkomens (Wnt). Die wet geldt alleen voor bestuurders van organisaties in het publieke domein, zoals instellingen met WTZi-toelating, zorgverzekeraars en uitvoerders van de Wet langdurige zorg (Wlz).

De RvT ziet erop toe dat de instelling verantwoorde zorg levert en kan de Raad van Bestuur aanspreken op zijn verantwoordelijkheid voor die zorg. De RvB draagt, op grond van de Wkkgz, de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en maakt hierover afspraken met de MSB's. Om verantwoordelijkheden voor kwaliteit en veiligheid goed te waarborgen zou een RvT zich ook moeten richten op de rol van het MSB. De RvT kan niet direct toezicht houden op het MSB, maar heeft wel de mogelijkheid om via de RvB eisen te stellen aan het MSB. Deze eisen kunnen opgenomen worden in de samenwerkingsovereenkomst.

De Raad van Toezicht in de praktijk

De Raad van Toezicht (RvT) heeft juridisch en formeel dus geen directe invloed op de vrijgevestigde medisch specialisten, die verenigd zijn in het MSB in het samenwerkingsmodel. Indirecte invloed is er wel. De RvT houdt immers toezicht op het functioneren van de RvB. In dat kader kunnen zij via de RvB invloed uitoefenen op de MSB's. We hebben aan Raden van Toezicht gevraagd hoe zij hun invloed op het MSB in de praktijk ervaren.

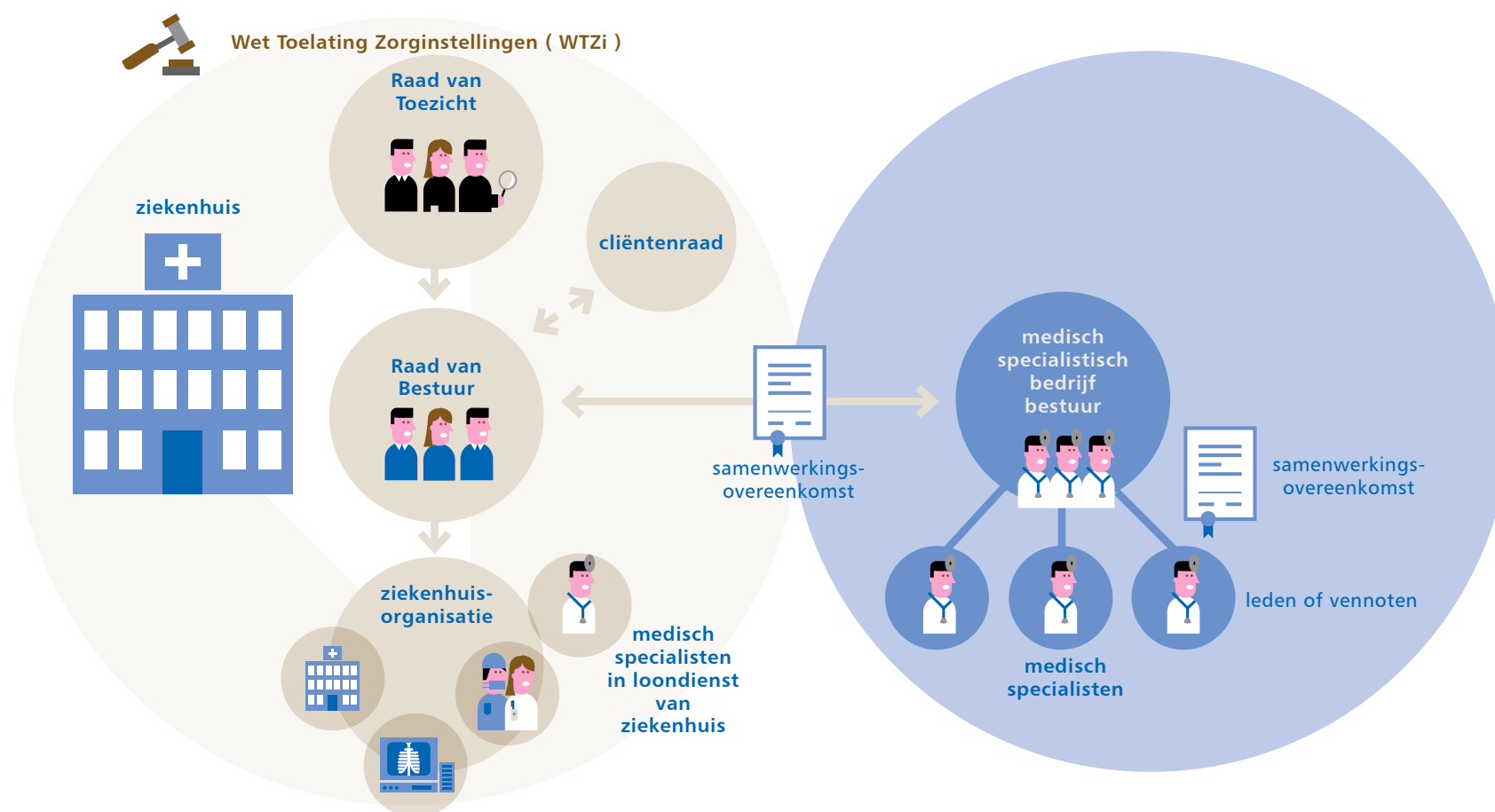
Uit de enquête blijkt dat Raden van Toezicht het lastig vinden om grip te krijgen op het MSB, terwijl zij in principe wel zicht hebben op de samenwerkingsovereenkomst en in sommige gevallen ook betrokken zijn geweest bij de totstandkoming daarvan. De Raad van Toezicht is niet verantwoordelijk voor het MSB, maar wel voor het feit dat de Raad van Bestuur goede afspraken maakt met dat MSB. Deze verantwoordelijkheid hebben de meeste Raden van Toezicht nog niet scherp genoeg op het netvlies.



Hoe verloopt het interne toezicht op de sturing van ziekenhuizen?

Het samenwerkingsmodel wijkt voor wat betreft intern toezicht formeel niet wezenlijk af van het loondienstmodel of het participatiemodel. In geen enkel model is de Raad van Toezicht bevoegd om rechtstreeks toezicht uit te oefenen op medisch specialisten of de entiteit (MSB, VMS, VMSSD) waarin de specialisten zich hebben georganiseerd. Dat toezicht vindt formeel altijd indirect, via de Raad van Bestuur, plaats. Echter, in het samenwerkingsmodel zijn de MSB's zelfstandige entiteiten, die los staan van het

ziekenhuis, maar toch zorg leveren onder de WTZi-toelating van het ziekenhuis. Dit maakt het van belang dat deze onderlinge relatie geformaliseerd is in de samenwerkingsovereenkomst tussen MSB en ziekenhuisbestuur. Via die overeenkomst heeft de RvB de mogelijkheid om vorm en inhoud te geven aan de aansturing van het MSB en meer in het bijzonder van de vrijgevestigde medisch specialisten die voor het MSB werkzaam zijn. Onderstaande figuur illustreert dit.



Hoe verloopt het interne toezicht op de sturing van ziekenhuizen?

Conclusie en aanbevelingen van de NZa

Hoe kan het toezicht op MSB's vergroot worden? Is het een oplossing als een MSB een eigen Raad van Toezicht (RvT) aanstelt? Dit zou het gevolg zijn als MSB's ook onder de governance- en transparantie-eisen van de WTZi vallen. De NZa acht een wijziging van de WTZi niet aan de orde. Enerzijds is het een goede zaak als MSB's op het gebied van bedrijfsvoering, governance en transparantie aan eisen moeten voldoen die in de WTZi zijn opgenomen. Anderzijds zou het bestaan van MSB's met eigen raden van toezicht, naast de raad van toezicht van het ziekenhuis, leiden tot een nog complexere governancestructuur en een ongewenste verzuiling binnen de zorgverlenende organisatie als geheel.

We raden eerder oplossingen aan waarbinnen de RvT van het ziekenhuis een grotere rol krijgt. Hiervoor doen we de volgende aanbevelingen:

- **Het MSB-bestuur zou (meer) openheid mogen geven**
In het samenwerkingsmodel is het uitvoering geven aan toezicht door de RvT op zowel de Raad van Bestuur (RvB) als de medisch specialist complexer dan in de andere modellen. Aansturing en toezicht vereisen een goed functionerend MSB-bestuur dat openheid van zaken geeft. Tegelijkertijd is een MSB niet wettelijk verplicht om zich te verantwoorden of openheid aan de Raad van Toezicht te geven. De NZa acht het van belang dat het MSB-bestuur toch openheid van zaken geeft richting de RvT. In de vorige paragraaf noemden we de Zorgbrede Governancecode en het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording van het ziekenhuis als bruikbare instrumenten.

- **De RvT doet er goed aan het MSB zoveel mogelijk te volgen**
Formeel verandert er voor de RvT niets door de komst van het samenwerkingsmodel. De formele directie invloed van de RvT op het MSB is net zo beperkt als de invloed op vrijgevestigde medisch specialisten vóór 2015. In de praktijk kan er echter wel sprake zijn van een ingewikkelde driehoeksverhouding tussen de RvT van een ziekenhuis, de RvB van dat ziekenhuis en het MSB. De RvT kan alleen de RvB naar huis sturen bij disfunctioneren, niet het MSB-bestuur. Het MSB-bestuur kan alleen door de eigen achterban ter verantwoording worden geroepen. Hoewel de formele invloed beperkt is, raadt de NZa de Raden van Toezicht toch aan om de MSB's zoveel mogelijk (informeel) te volgen voor het adequaat functioneren van het ziekenhuis.
- **De RvT zou zijn grip op MSB's kunnen vergroten**
De afspraken tussen het instellingsbestuur en het MSB worden in de samenwerkingsovereenkomst vastgelegd. De RvT moet zich bewust zijn van het belang van goede afspraken in deze overeenkomsten. De RvT kan het instellingsbestuur erop aanspreken dat er goede afspraken worden gemaakt en monitoren in hoeverre de afspraken worden nageleefd. De RvT kan een sterkere grip krijgen op het MSB door zich meer en grondiger te verdiepen in de samenwerkingsovereenkomst en daar vervolgens meer invloed op uit te oefenen. Dit gebeurt tot nog toe te weinig.



Conclusie, aanbevelingen en vooruitblik

In hoeverre zijn de doelen behaald?

Met de invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg beoogde de minister van VWS vier doelstellingen te bereiken:

1. Het mogelijk maken van een doelmatige inzet van productiefactoren.
2. Het wegnemen van belemmeringen voor selectieve inkoop.
3. Het meer op één lijn brengen van de belangen van de instelling en de belangen van de vrijgevestigde medisch specialisten.
4. Het creëren van een gelijk speelveld voor instellingen met specialisten in loondienst en specialisten in vrije vestiging.

De NZa heeft aan veldpartijen gevraagd in hoeverre zij vinden dat deze doelstellingen gerealiseerd zijn. Partijen geven unaniem aan dat de doelstellingen nog niet gerealiseerd zijn, maar dat het op dit moment te vroeg is om definitieve conclusies te trekken. Wel melden ze dat in de praktijk de eerste uitwerkingen van sommige doelstellingen zichtbaar beginnen te worden. Zowel ziekenhuisbesturen en MSB's als Raden van Toezicht noemen daarbij in het bijzonder doelstelling 3. De onderlinge relatie tussen de verschillende entiteiten binnen een instelling is bij deze ziekenhuizen zichtbaar verbeterd. Die entiteiten zijn gelijkwaardiger en intensiever betrokken bij het opstellen van instellingsbeleid. Hierdoor is er een gemeenschappelijk belang en wordt er een meer gemeenschappelijk doel nagestreefd binnen een instelling.

In welk licht moeten de bevindingen en aanbevelingen in deze monitor beschouwd worden?

De beoogde doelen van de integrale bekostiging zijn nog niet gerealiseerd. Maar evenmin doen zich grote knelpunten voor door invoering van nieuwe organisatiemodellen en de komst van MSB's.

Deze organisatiemodellen waren op zichzelf niet het doel van de integrale bekostiging, maar zijn wel een begrijpelijke reactie op de gevolgen van de fiscale aspecten die met de invoering van die bekostiging samenhangen. Instellingen hebben het afgelopen jaar vooral gebruikt om hun nieuwe organisatiestructuur (fiscaal, financieel en op het gebied van de samenwerking) goed neer te zetten. Dit heeft hoge incidentele kosten met zich meegebracht, in het bijzonder fiscaal-juridische en bedrijfskundige advieskosten. Voor een gedeelte zat dit ook in het opnieuw formuleren en formaliseren van reeds bestaande (informele) afspraken.

MSB's en ziekenhuisbesturen leggen in voldoende mate afspraken vast over financiële en niet-financiële aspecten. Doordat in deze overeenkomsten ook afspraken zijn opgenomen over kwaliteit en veiligheid, concluderen we dat het instellingsbestuur genoeg grip houdt op deze aspecten. Zo bieden overeenkomsten onder andere voldoende handvatten om individuele specialisten aan te spreken op hun functioneren.

Minstens zo belangrijk als de organisatiemodellen en de op schrift gestelde afspraken is de onderlinge relatie tussen de medisch specialisten en het instellingsbestuur. Of de beoogde doelstellingen van de invoering van integrale tarieven zullen worden behaald, zal in belangrijke mate afhangen van de onderlinge verstandhouding en samenwerking tussen de medisch specialisten en het instellingsbestuur.



Conclusie, aanbevelingen en vooruitblik

De onderlinge relatie is in de meeste ziekenhuizen goed, net als in het verleden. Partijen zijn op sommige onderdelen nog op zoek naar de rolverdeling, maar grote problemen doen zich, op een enkele uitzondering na, niet voor.

Het is desondanks verstandig (in het kader van 'good governance') om niet alleen op de goede onderlinge relatie te vertrouwen. Het is immers de vraag hoe die relatie zich houdt op het moment er in de toekomst wél serieuze probleem- of conflictsituaties ontstaan. Of op het moment dat er lastige vraagstukken moeten worden besproken, bijvoorbeeld op het gebied van productportfoliokeuzes of het verdelen van (investerings- en/of taakherschikkings)kosten. Het behandelen van dergelijke vraagstukken vereist taakvolwassenheid van alle betrokken partijen. Daarnaast dienen de gemaakte afspraken genoeg aangrijpingspunten te bevatten om ook in conflictsituaties in gesprek te kunnen blijven. Ziekenhuizen en MSB's zullen hierop moeten anticiperen door onderling voldoende duidelijkheid te hebben over de wederzijdse rolverdeling, verwachtingen, rechten en verplichtingen en bevoegdheden.

De NZa zal de ontwikkelingen daarom de komende jaren blijven monitoren en vindt dat partijen de tijd moeten krijgen om de noodzakelijke stappen te zetten die bijdragen aan het behalen van de beoogde doelstellingen. Tegen die achtergrond doet de NZa de volgende aanbevelingen.

Wat zijn onze belangrijkste aanbevelingen?

- Vrijwel alle partijen noemen de onduidelijkheid rondom de voorwaarden voor fiscaal ondernemerschap als belangrijkste knelpunt bij het kiezen tussen de organisatiemodellen. De Belastingdienst heeft in reactie hierop aangegeven meerdere publicaties te hebben uitgebracht om die onduidelijkheden weg te nemen. De NZa raadt zorgaanbieders en MSB's aan om bij onduidelijkheden over de lokale situatie of bij vragen over de publicaties contact op te nemen met de Belastingdienst.
- Sommige instellingen overwegen serieus een keuze voor het participatiemodel, maar lopen vast op onduidelijkheden over toekomstige wetgeving, bijvoorbeeld de WNT en de Wet vergroten investeringsmogelijkheden medisch specialistische zorg (ook wel 'Wet Winstuitkering' genoemd). Als het ministerie van VWS het wenselijk acht dat het participatiemodel ingevoerd kan worden, raadt de NZa haar aan om instellingen hierover zoveel mogelijk duidelijkheid te bieden. Ook centrale begeleiding vanuit branchepartijen zal hierbij helpen, omdat bij individuele instellingen soortgelijke vragen leven. Die duidelijkheid en begeleiding zijn nodig voordat de instellingen het participatiemodel zullen invoeren.
- De NZa raadt de minister af om overhaast met nieuwe regelgeving te komen ten aanzien van de organisatievormen. Het is van belang dat instellingen en MSB's de vrijheid hebben om hun eigen vorm van samenwerking te kiezen, binnen de algemene kaders van verantwoording en transparantie. MSB's moeten ook de tijd krijgen om zich verder te ontwikkelen en een volwaardige positie te verwerven binnen de bestaande kaders. Nu al met nieuwe (ad-hoc)regelgeving komen, ontnemt hen die mogelijkheid.



Conclusie, aanbevelingen en vooruitblik

- De NZa heeft een aantal gevolgen beschreven van de komst van MSB's in 2015 ten opzichte van de situatie tot en met 2014. Er zijn voordelen te zien, maar wij constateren ook dat die voordelen nog geen gemeengoed zijn. MSB's moeten aan de slag om deze potentiële voordelen ook daadwerkelijk (lokaal) te realiseren.
- De NZa raadt aan om in de onderlinge productie- en prijsafspraken tussen ziekenhuis en MSB ook aandacht te besteden aan onderwerpen als kwaliteit en/of kwaliteitsindicatoren. Vervolgens kan het MSB bestuur deze afspraken ook een plek geven in de wijze waarop het de omzet verdeelt over de leden. Het is immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis en MSB om productie van goede kwaliteit te leveren. Door de (financiële) prikkels voor alle betrokkenen goed af te stemmen kan dat doel eenvoudiger worden behaald.
- Knelpunten in de relatie tussen specialisten en het instellingsbestuur zijn niet toegenomen ten opzichte van de situatie tot en met 2014. Het belang van een goede onderlinge relatie is onverminderd groot. MSB's en ziekenhuisbesturen moeten - ook in de toekomst - blijven investeren in deze onderlinge relatie.
- We vinden het belangrijk voor de aansturing en het interne toezicht van een instelling dat het MSB-bestuur meer openheid van zaken geeft. De NZa raadt ziekenhuizen aan om met het MSB afspraken te maken over het afleggen van verantwoording en het voeren van een transparante bedrijfsvoering door het MSB. De Zorgbrede Governancecode en het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording zijn volgens ons bruikbare instrumenten om via de verantwoordings-

documenten van het ziekenhuis die openheid te geven. Hiermee wordt dan de visie onderstreept dat het ziekenhuis en het MSB een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de levering van zorg die voldoet aan de wettelijke en maatschappelijke eisen van kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid.

- Het blijkt in veel ziekenhuizen lastig om de eenheid te bewaken tussen het MSB, VMS en VMSSD en om versplintering tegen te gaan. Vrijgevestigde medisch specialisten en specialisten in dienstverband zouden de governance kunnen vereenvoudigen door gezamenlijk één medisch aanspreekpunt te vormen voor de Raad van Bestuur. De NZa roept hen op om de mogelijkheden daartoe te verkennen.
- De NZa roept Raden van Toezicht op om het adequaat functioneren van het ziekenhuis intensief te (blijven) toetsen. Het is van belang om hiervoor niet alleen het instellingsbestuur te volgen, maar ook het MSB. Daarbij doen Raden van Toezicht er goed aan om de (naleving van de) samenwerkingsovereenkomst tussen RvB en MSB regelmatig te monitoren.

Vooruitblik

In deze monitor heeft de NZa gewezen op een aantal belangrijke aandachtspunten. Het is nu aan betrokken partijen om deze punten (verder) op te pakken. De komende jaren zal de NZa de ontwikkelingen blijven volgen. Zodra we daar de gegevens voor hebben, zullen we ook in kaart brengen wat de financiële effecten zijn van de invoering van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg.

