

# Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt tarieven vast voor behandelingen en houdt toezicht op de zorg. Ook monitort ze ontwikkelingen in de zorgmarkten, bijvoorbeeld door middel van jaarlijkse marktscans. Daarnaast monitort ze bepaalde marktonderdelen of de gevolgen van grote beleidswijzigingen. De invoering van de integrale bekostiging is een belangrijke wijziging in de bekostiging van de medisch specialistische zorg.

Deze eerste monitor is een kwalitatieve beschrijving van waarnemingen van de NZa, gebaseerd op eigen analyses en interviews met ziekenhuisbesturen, medisch staven, zorgverzekeraars, banken, overheidsorganen en andere deskundigen uit de sector. Op 27 oktober heeft de NZa een [brief](#) met eerste indrukken gestuurd aan de Minister van VWS. Ook in de komende jaren zal de NZa de ontwikkelingen blijven monitoren.



# Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg

1

De nieuwe  
bekostiging

Wat is integraal bekostigen?  
Wat wordt vervangen – en  
waarom?

2

De nieuwe  
regelgeving

Wat verandert er?  
Hoe worden de totale kosten  
beheerst?

3

De nieuwe  
afspraken

Met welke organisatiemodellen  
kunnen ziekenhuizen en  
specialisten werken?  
Waar kiezen zij voor – en waar-  
om?

4

De gevolgen  
en resultaten

Wat is de impact van integraal  
bekostigen?  
Welke rol speelt de NZa?

[Meer informatie over de NZa](#)

TERUG



VERDER

## Waarom brengt de NZa deze monitor uit?

De NZa monitort ontwikkelingen in de zorgmarkten. Zo voert ze jaarlijks marktscans uit. Daarnaast monitort ze bepaalde marktonderdelen of de gevolgen van grote beleidswijzigingen. De invoering van de integrale bekostiging is een belangrijke wijziging in de bekostiging van de medisch specialistisch zorg.

Op verzoek van de minister van VWS heeft de NZa toegezegd de ontwikkelingen te monitoren rond de invoering van de integrale bekostiging. Onderstaande vragen staan daarbij centraal:

- 1 [Welke keuzes maken specialisten tussen de verschillende organisatiemodellen?](#)
- 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 [Welk effect heeft de beleidswijziging op contracteringen door verzekeraars?](#)

### Hoe lang duurt de monitoring?

- De NZa monitort de invoering van integrale tarieven. Ze stuurde op 27 oktober 2014 een brief aan het ministerie van VWS met de eerste indrukken van die invoering. Deze eerste indrukken, gebaseerd op interviews, werden bewust eerder bekend gemaakt aan de branchepartijen. De achterban kon dan, indien nodig, nog bijsturen.

- De NZa zal in elk geval de komende jaren monitoren. Cijfers over de totale kosten over 2015 en de verhouding tussen specialisten- en overige behandelkosten kunnen pas in de loop van 2016 in kaart worden gebracht. Cijfers over omzetten van ziekenhuizen en vrijgevestigd specialisten over 2013 en 2014 zijn nog niet beschikbaar.
- Gedurende de monitoringsperiode doet de NZa zo nodig tussentijds verslag. In de loop van 2015 verschijnt een tweede monitor. Deze monitor zal in elk geval de cijfers over 2013 bevatten. Deze eerste monitor is een kwalitatieve beschrijving van waarnemingen van de NZa.

Deze waarnemingen komen voort uit recente documenten van en interviews met:

- ziekenhuisbesturen;
- besturen van medische staven;
- zorgverzekeraars;
- overheidsorganen;
- deskundigen (uit de sector).

## 1

## De nieuwe bekostiging

- Wat is integraal bekostigen?
- Welke bekostigingsvorm wordt vervangen?
- Waarom deze verandering?



# Wat is integraal bekostigen?

Per 2015 worden de kosten van ziekenhuisbehandelingen via een integraal tarief vergoed. Dat betekent dat het ziekenhuis álle behandelkosten declareert en vervolgens zelf beslist hoe het zijn inkomsten aanwendt. De honoraria voor vrijgevestigde medisch specialisten worden dus niet meer met een apart tarief gefactureerd, zoals tot nog toe het geval was.

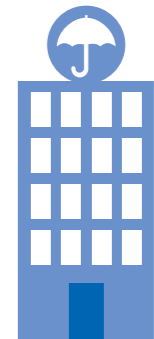
Patiënt wordt behandeld

Ziekenhuis maakt behandelkosten

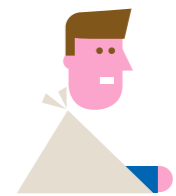
Ziekenhuis factureert alle kosten



(of)



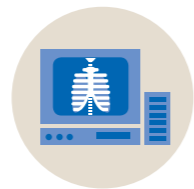
bij verzekeringen



bij patiënten



medisch specialisten



apparatuur



overig personeel



gebouw



geneesmiddelen

**Tarieven niet losgekoppeld**  
Voor de tarieven van medisch specialisten geldt geen andere regelgeving of budgettaire sturing vanuit de overheid dan voor de tarieven van overige delen van de behandeling. De NZa heeft in regelgeving vastgelegd dat voor alle zorgproducten een integraal tarief moet worden gedeclareerd.

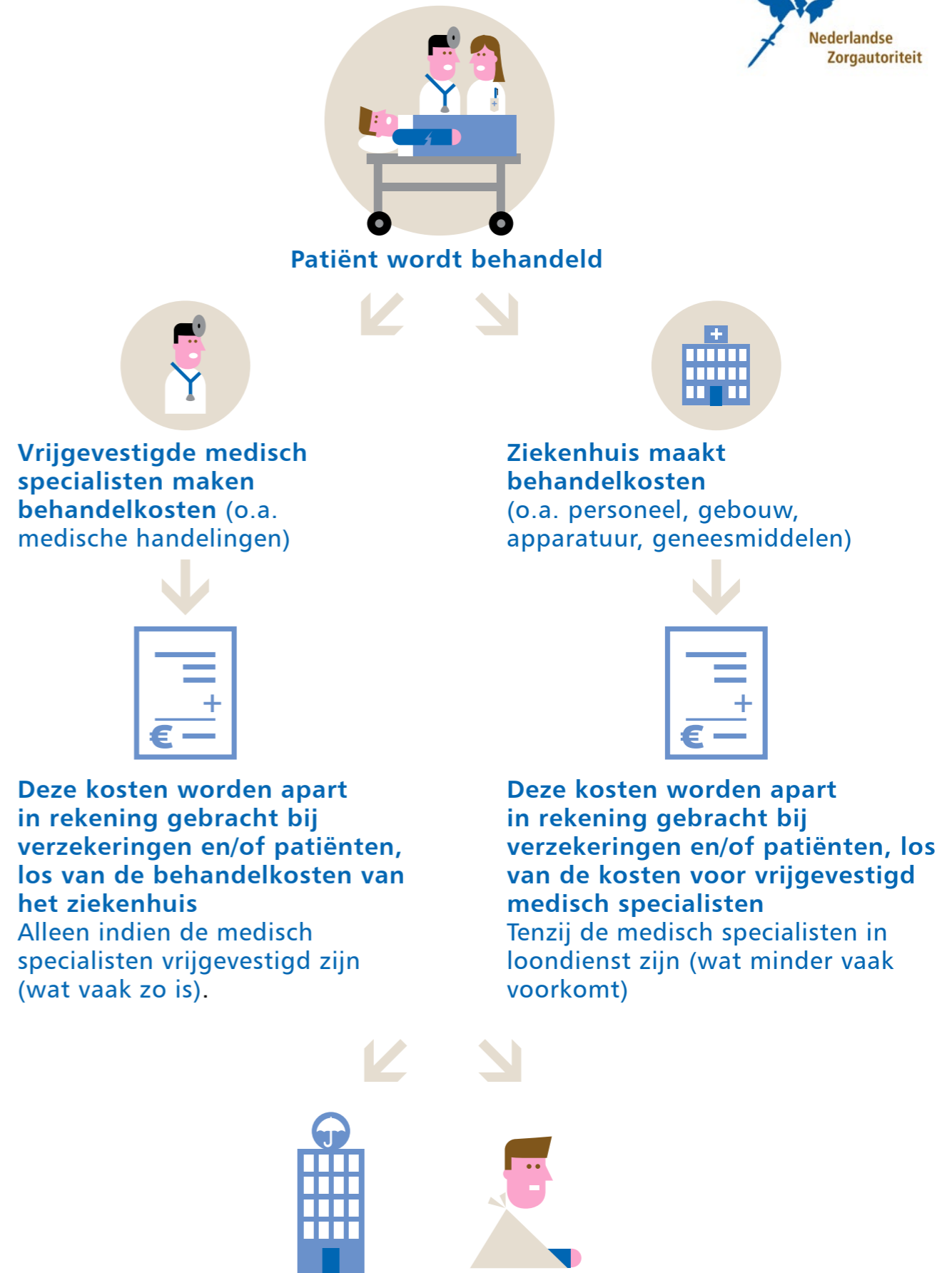
## Welke bekostigingsvorm wordt vervangen?

De integrale bekostiging vervangt per 2015 de 'deelregulering', een bekostigingsvorm waarin vrijgevestigde medisch specialisten speciaal voor hen geldende regels en tarieven kenden, wat zijn weerslag heeft gehad op onder andere tariefberekening en uitgavenbeheersing. Hiernaast wordt de deelregulering schematisch weergegeven.

**De status van vrijgevestigd medisch specialisten tot 2015**

- Zij krijgen een afzonderlijke vergoeding voor de behandeling van patiënten; los van de vergoeding die ziekenhuizen krijgen.
- De NZa stelt voor hen maximale honorariatarieven vast per zorgproduct, terwijl voor ziekenhuizen meestal vrije tarieven gelden.
- Van de totale uitgaven aan ziekenhuisbehandelingen (het Budgettair Kader Zorg) is een afzonderlijk bedrag bestemd voor vrijgevestigde specialisten.
- Voor de beheersing van de landelijke kosten geldt een apart model voor vrijgevestigde specialisten en een apart model voor ziekenhuizen.
- De NZa stelt voor vrijgevestigde specialisten per ziekenhuis een omzetplafond vast.

Ziekenhuizen hebben geen individueel van te voren berekend omzetplafond, maar een plafond dat geldt voor alle ziekenhuizen samen. Als de totale kosten hoger liggen dan het gezamenlijke plafond, worden ze naar rato van hun omzet (achteraf) gekort.



## Waarom deze verandering?

Het zorgstelsel beter laten functioneren. Dat is het overkoepelende doel van de overstap van deelregulering naar integrale bekostiging. Hieronder staat een samenvatting van vier specifiekere doelen en overige voordelen van de nieuwe bekostigingsvorm.

### 1 Doelmatige productie

Voor ziekenhuizen maakt de 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 vrijgevestigd medisch specialisten zonder dat de bekostiging daarvoor een belemmering vormt. In de toekomst zal ook de productstructuur 'specialismeoverstijgender' moeten worden. Verder wordt met de invoering van integrale bekostiging onderlinge dienstverlening tussen instellingen vergemakkelijkt.

### 2 Selectieve inkoop

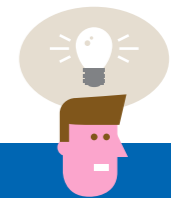
Zorgverzekeraars willen het liefst goede en doelmatig geleverde zorg inkopen, die past bij de polis van verzekerden. Vanaf 2015 kunnen zij ziekenhuizen en specialisten beter sturen in het leveren van die zorg. Er is immers maar één partij die declareert en waarmee afspraken worden gemaakt. Deze sturing wordt nu nog bemoeilijkt door deelregulering (zoals honorariumplafonds en aparte tariefsystemen) en de 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. Zij moeten samen doelmatigheid en kwaliteit nastreven. Zorgverzekeraars kunnen daarop sturen door selectief in te kopen. De vervanging van deelregulering voor integrale bekostiging vergemakkelijkt selectief inkopen (zie doel 2).

### 4 Gelijk speelveld

Doordat er verschillende (macro)beheersinstrumenten van toepassing waren voor de instellingen met specialisten in loondienst en de ziekenhuizen met vrijgevestigde 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.



### Meer voordelen van integrale bekostiging

- Minder complex om uit te voeren dan deelregulering.
- Minder onderhoudsintensief.
- Duidelijkere, beter te controleren nota's.

2  
De nieuwe  
regelgeving

- In hoeverre veranderen de regels?
- Hoe worden de totale kosten beheerst?



## Wat verandert er?

De overstap van deelregulering naar integrale bekostiging brengt nieuwe beleidsregels en regelingen mee voor ziekenhuizen en specialisten. Daarbij gaat het vooral om de vraag: **wie mag wat declareren en onder welke voorwaarden?** Sommige oude regels en regelingen blijven tot in 2015 van kracht, maar alleen in speciale situaties.

### Wie mag declareren aan patiënten/zorgverzekeraars?

- Instellingen voor medisch specialistische zorg, inclusief zelfstandige kaakchirurginstellingen, die zijn toegelaten door de ministeriële uitvoeringsorganisatie CIBG op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).
- Solisten die van de NZa een beschikking hebben om als solopraktijk het integrale tarief aan zorgverzekeraars en/of patiënten te declareren. Er zijn strikte eisen geformuleerd waar je als solist aan moet voldoen om hiervoor in aanmerking te komen. Zo moet een solist daadwerkelijk solistisch werkzaam. Dat betekent in onze definitie: maximaal één medisch specialist (of kaakchirurg), eventueel aangevuld met één of twee (administratief) ondersteunende medewerkers. Die medewerkers mogen geen BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren zijn, zoals verpleegkundigen of fysiotherapeuten. Tot eind 2014 heeft de NZa zeven solistenbeschikkingen afgegeven voor 2015.

### Wanneer mogen zij declareren aan patiënten/zorgverzekeraars?

- Als ze als zorginstelling zijn toegelaten door de CIBG.
- Of als ze als solopraktijk een beschikking hebben van de NZa.
- En als de gedeclareerde zorg geldt voor hun *eigen patiënten*.

### Wanneer is er sprake van een eigen patiënt?

- Dat is het geval als de patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én als die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag (al dan niet met mede-behandelende zorgaanbieders).
- Onder afhandelen wordt ook verstaan: het overdragen van de patiënt naar een andere zorgverlener (geen interne overdracht).

### Wat als specialist niet voldoet aan de criteria?

- Dan kunnen zij hun kosten declareren bij een andere zorgaanbieder die wél voldoet aan de voorwaarden. Dit doen zij via de prestatie 'onderlinge dienstverlening'.
- Met deze prestatie kunnen zij alle denkbare zorgactiviteiten declareren bij die andere zorgaanbieder. Daarbij geldt een vrij tarief: zorgaanbieders kunnen onderling de vergoeding bepalen.

### Welke regels en regelingen veranderen (nog) niet?

- De indeling van diagnosebehandelcombinatie (DBC)- en andere zorgproducten in het vrije en gereguleerde segment blijft ongewijzigd. Op zorgprestaties in het gereguleerde segment blijven maximumtarieven van toepassing (voor zorgprestaties in het vrije segment gelden vrije tarieven).
- Van overloop-DBC's '(geopend in 2014) mogen in 2015 nog honorariumbedragen aan of via de instelling in rekening gebracht worden.
- Instellingen moeten vóór 1 februari 2015 hun honorariumomzet over 2013 doorgeven aan de NZa. En vóór 1 juni 2015 hun honorariumomzet over 2014.

## Hoe worden de totale kosten beheerst?

NZa voert per 1 januari 2015 het 'integraal macrobeheersmodel' uit. Dit model stelt een jaarlijks maximum aan de opbrengsten van verzekerde medisch specialistische zorg. Als de totale omzet hoger ligt dan het landelijke maximum, worden zorgaanbieders naar rato van hun omzet (achteraf) gekort.

### Voor wie geldt dit beheersmodel?

Het model geldt structureel voor zorgverleners – instellingen én solisten – die aan de zorgverzekeraar of patiënt declareren. Denk aan UMC's, algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en solisten. Daaronder vallen ook huisartsenlaboratoria, trombosediensten en kaakchirurgen, hetzij als (toegelaten) instelling die kaakchirurgie levert, hetzij als solist.

### Wat gebeurt er bij overschrijding van de omzetgrens?

Zodra de landelijke 'macrogrens' is overschreden, moeten alle zorgaanbieders een deel van de overschrijding terugbetalen aan het Zorgverzekeringsfonds. Zij doen dit naar rato van hun aandeel in de totale omzet in Nederland. Op basis van individuele omzetgegevens van zorgaanbieders berekent de NZa hun afzonderlijke bijdrages.

### Worden er wel eens partijen vrijgevestigd van betaling?

Nee. Als de macrogrens is overschreden, zijn alle zorgaanbieders wettelijk verplicht een bedrag af te dragen. Het is dus mogelijk dat aanbieders die niet boven hun individuele omzetgrens zijn uitgekomen wél iets moeten 'terugstorten' in het Zorgverzekeringsfonds. Alleen als de kosten van de afdracht en inning van het bedrag voor de NZa hoger zijn dan de baten, kan de zorgautoriteit besluiten die inning achterwege te laten.

### Wat valt precies onder 'omzet'?

Het gaat om declaraties aan de zorgverzekeraar of patiënt die vallen onder de basisverzekering. Onderlinge dienstverlening blijft buiten beschouwing. Het gaat verder niet alleen om de kosten die in een bepaald jaar in rekening zijn gebracht. Het gaat ook om de bedragen die dat jaar gefactureerd hadden kunnen worden: openstaande rekeningen en 'onderhanden werk'.

# 3

## De nieuwe afspraken

- In welke organisatiemodellen werken specialisten?
- Hoe is de huidige verdeling loondienst / vrijgevestigd?
- Hoe werkt het loondienstmodel?
- Hoe werkt de supermaatschap?
- Hoe werkt de coöperatie van specialisten?
- Hoe werken de participatiemodellen?

## Vier organisatiemodellen

De integrale bekostigingsvorm gaat veelal gepaard met een nieuwe organisatiestructuur. Dat wil zeggen dat ziekenhuizen per 2015 kunnen kiezen tussen diverse organisatiemodellen. Elk impliceert een aparte vorm van samenwerking met medisch specialisten. Klik hieronder op een model om er meer over te lezen.

**1**

### MODEL 1

#### Medisch specialisten in loondienst

De medisch specialisten (ook de voorheen vrijgevestigden) zijn hierbij in loondienst van het ziekenhuis.

**2**

### MODEL 2

#### Medisch specialisten in één grote maatschap

Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten dat zich verenigd heeft in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Dat is een maatschap waarin alle specialisten (rechtstreeks) maat zijn.

**3**

### MODEL 3

#### Medisch specialisten in een coöperatie

Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) met als rechtspersoon een coöperatie of een besloten vennootschap (bv) en is daarmee een zelfstandige rechtspersoon.

**4**

### MODEL 4

#### Medisch Medisch specialisten participeren in ziekenhuis

De medisch specialisten worden mede-eigenaar van het ziekenhuis via bijvoorbeeld een specialistencoöperatie. De specialistencoöperatie heeft dan, net als de stichting ziekenhuis, een aandeel in de ziekenhuis-BV en deelt in het resultaat.

## Vier organisatiemodellen

### Verschillende strategieën

Sommige instellingen volgen samen met de specialisten bewust een langetermijnstrategie. Andere zijn primair gericht op de korte termijn; zij willen vooral de fiscale risico's beperken van zowel het ziekenhuis als de medisch specialisten. Voor veel ziekenhuizen geldt dat meerjarenafspraken met verzekeraars ontbreken.

### Gedeelde verantwoordelijkheid

Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen dat het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten niet verder van elkaar af komen te staan. Dit lijkt beter te lukken binnen instellingen waar de verhoudingen tussen ziekenhuisbesturen en (collectieven van) vrijgevestigd medisch specialisten van oudsher goed zijn.

### Toegenomen macht

In sommige organisatiemodellen lijken medisch specialisten meer macht te krijgen dan toen er nog maatschappen en individuele toelatingsovereenkomsten waren. Of dit in de praktijk echt zo uitpakt, zal blijken uit de samenwerkingsovereenkomsten en de afspraken daarin over de governancestructuur en kwaliteit van zorg.

### Lonkende participatie

Sommige ziekenhuizen geven aan dat zij de keuze voor een specifieke samenwerkingsvorm (organisatiemodel 2 of 3) als opstap zien naar de invoering van een participatiemodel. Laatstgenoemde model zorgt in hun ogen voor de meeste gelijkgerichtheid.

De NZa staat neutraal ten opzichte van de wijze waarop specialisten en ziekenhuizen intern georganiseerd zijn. Evenmin heeft de NZa bemoeienis met de fiscale status van specialisten en/of ziekenhuizen. We besteden in deze eerste monitor wel aandacht aan die onderwerpen, omdat het gaat om een belangrijke marktontwikkeling. Een ontwikkeling, bovendien, die mogelijk gevolgen heeft voor het zorgaanbod op korte en lange termijn.

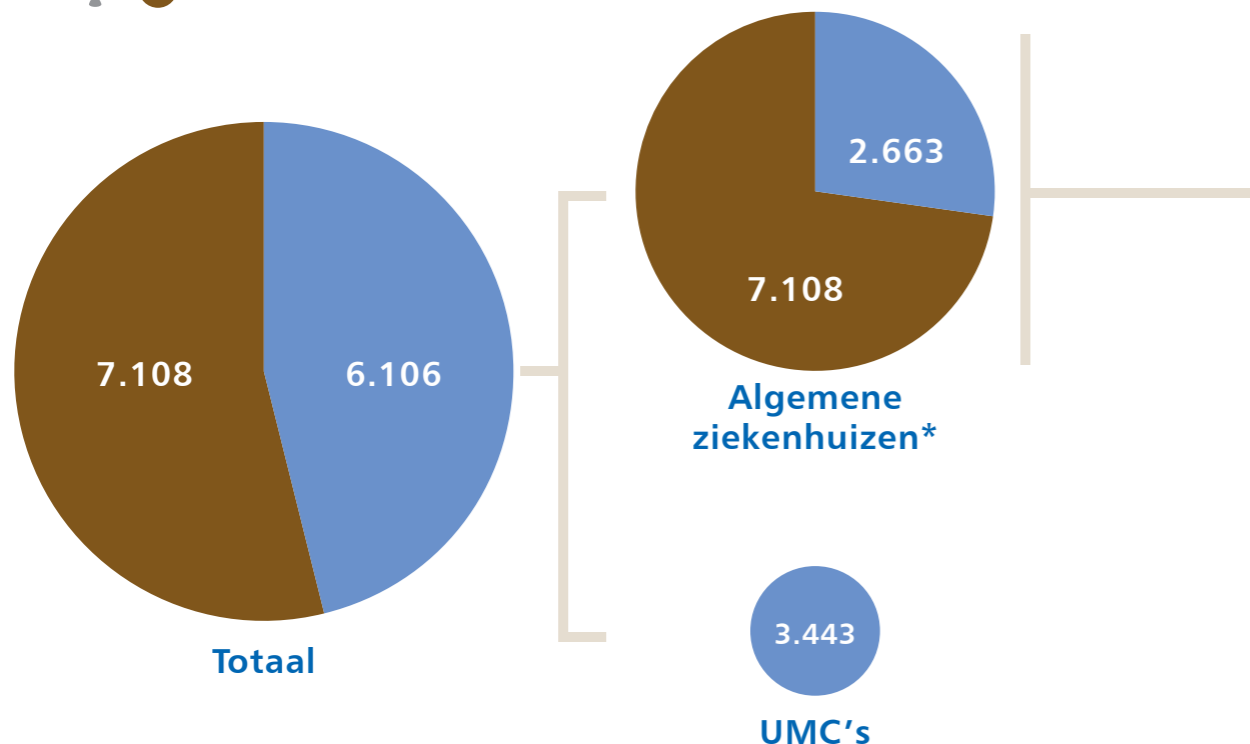
Vrijgevestigde specialisten werden t/m 2014 voor de belasting gezien als ondernemer. Vanwege het vervallen van de ruling die de medisch specialisten met het ministerie van Financiën hadden en vanwege het vervallen van het declaratierecht voor de medisch specialist zijn nieuwe organisatiemodellen ontwikkeld waardoor medisch specialisten alsnog als ondernemer aangemerkt kunnen worden.

## Medisch specialisten: in loondienst en vrijgevestigd

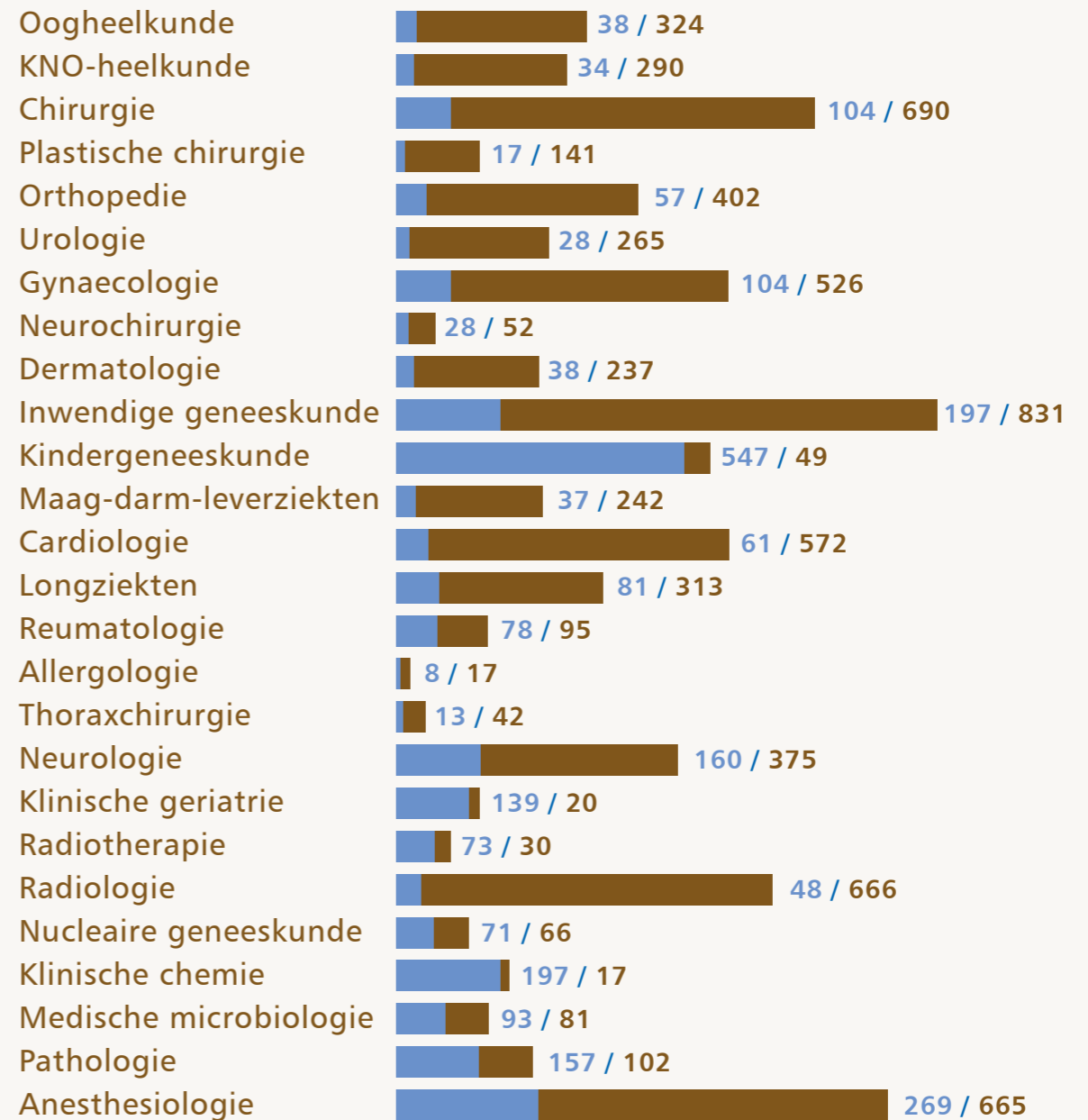
Op verzoek van de minister monitort de NZa de keuzes van medisch specialisten en ziekenhuizen voor een bepaald organisatiemodel. In 2014 is een nulmeting gemaakt die duidelijk maakt hoeveel fte aan medisch specialisten in loondienst zijn en hoeveel vrijgevestigd. De brondata zijn afkomstig uit het jaar 2012.

Totaal fte medisch specialisten in loondienst versus niet-loondienst bij ziekenhuizen, onderverdeeld naar:

 ● loondienst  
● niet-loondienst



Totaal aantal fte medisch specialisten 2012 per specialisme (exclusief UMC's)



\*Hierbij inbegrepen:  
 • longrevalidatie-instellingen  
 • epilepsie-instellingen  
 • radiotherapeutische instellingen  
 • dialysecentra

## MODEL 1

### Medisch specialisten in loondienst

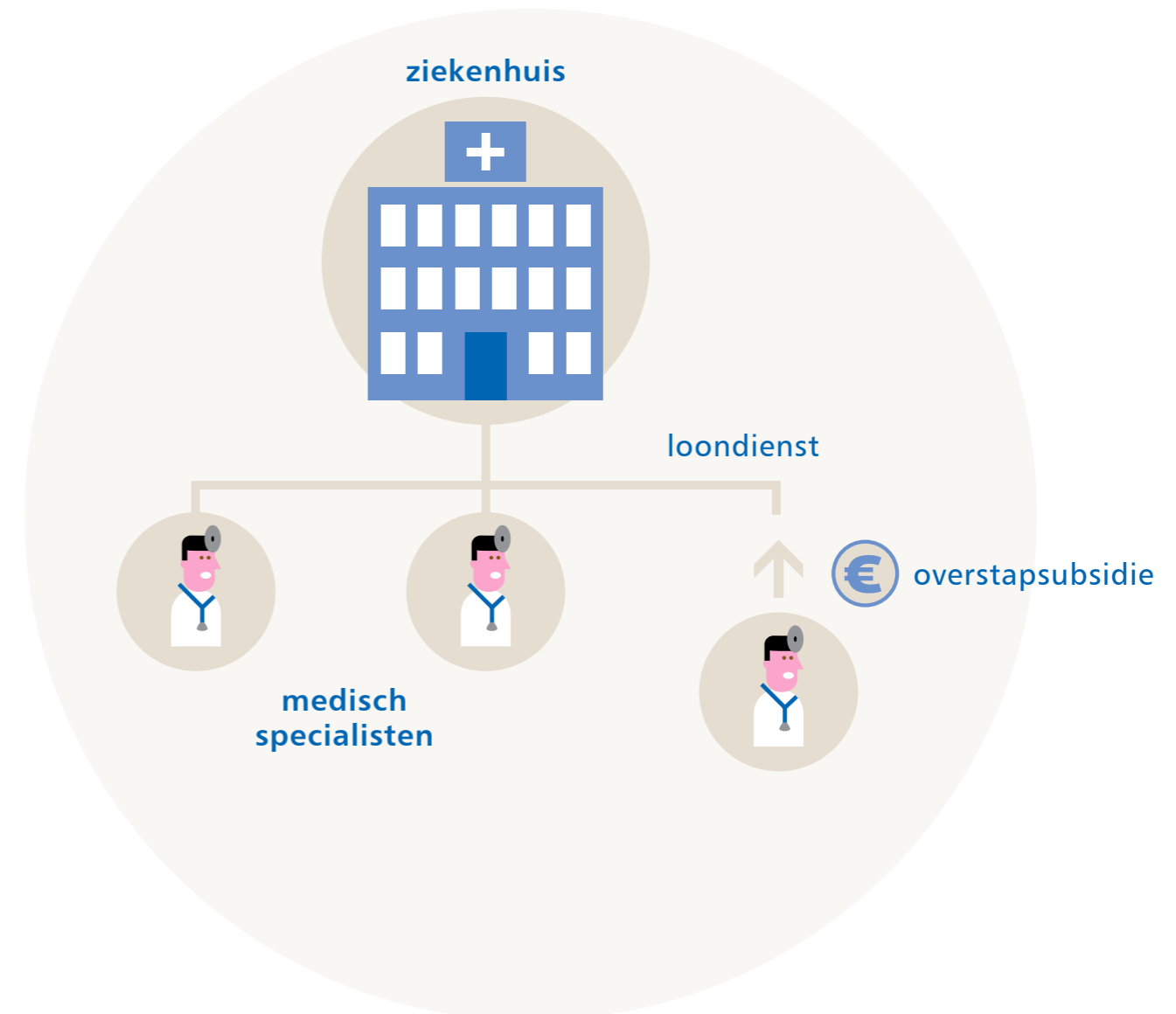
#### Kenmerken

- Medisch specialist komt in loondienst van het ziekenhuis.
- Het ministerie van VWS heeft een subsidieregeling opgesteld ('Overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg') waardoor vrijgevestigd medisch specialisten bij de overstap naar loondienst aanspraak kunnen maken op een subsidiebedrag van € 100.000. Doel hiervan is om het een reële optie te laten zijn, dat vrijgevestigde medisch specialisten overstappen naar een dienstverband.
- In aanvulling hierop hebben ziekenhuizen soms interne regelingen waardoor er meer geld beschikbaar is voor de overstap naar loondienst.

#### Toepassing

- Veel ziekenhuizen die een samenwerkingsmodel voorbereiden, geven de vrijgevestigd specialisten ook de mogelijkheid over te stappen naar loondienst.
- Verreweg de meeste ziekenhuizen stellen bij een overstap naar loondienst de voorwaarde dat dit plaatsvindt op het niveau van de hele maatschap (dus niet per individuele specialist).
- Een meerderheid van de vrijgevestigd specialisten lijkt ervoor te kiezen om vrijgevestigd te blijven en niet in loondienst van het ziekenhuis te treden.
- Enkele ziekenhuizen (naar schatting ongeveer vijf) sturen actief aan op het overnemen van alle specialisten in loondienst.
- Medisch specialisten die nu in loondienst zijn, blijven dat over het algemeen ook. De overstap naar vrijgevestigd is zeldzaam.

- Sommige ziekenhuizen bieden specialisten in loondienst de mogelijkheid in loondienst te komen bij het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De medisch specialist in loondienst van het ziekenhuis voelt hier doorgaans weinig voor.



## MODEL 1

### Medisch specialisten in loondienst

#### ! Aandachtspunten

- In de voorwaarden voor de subsidieregeling was eerst opgenomen dat de specialist minimaal tot 31 mei 2019 op basis van een arbeidsovereenkomst als medisch specialist werkzaam moet zijn. Specialist die in de komende jaren met pensioen zouden gaan, of om andere redenen zouden stoppen, zouden dan geen aanspraak kunnen maken op de regeling. De formulering van deze voorwaarde is aangepast, zodat ook deze specialisten van de subsidie gebruik kunnen maken.
- De Wet Normering Topinkomens (WNT) is nog niet van toepassing op medisch specialisten. Maar sommige instellingen noemen de dreigende inkomensbeperkingen die voortvloeien uit die wet toch als belemmering voor een eventuele overstap van medisch specialisten naar loondienst.
- Soms worden onduidelijkheden over pensioenen en arbeidsongeschiktheidsverzekering ook als een belemmering ervaren om over te stappen naar loondienst.
- Als reden om niet over te stappen naar loondienst worden ook fiscale nadelen genoemd. Zo profiteren vrijgevestigde medisch specialisten in een maatschap (niet zijnde een bv) nu nog van de voordelen die een IB-ondernemer voor de inkomstenbelasting heeft, zoals de zelfstandigenaftrek.
- Ziekenhuizen zijn soms nog zoekende hoe ze in de nieuwe organisatiestructuur een goede balans kunnen houden tussen vrijgevestigd en loondienst. Ze willen ook de belangen van 'loondiensters' voldoende borgen.



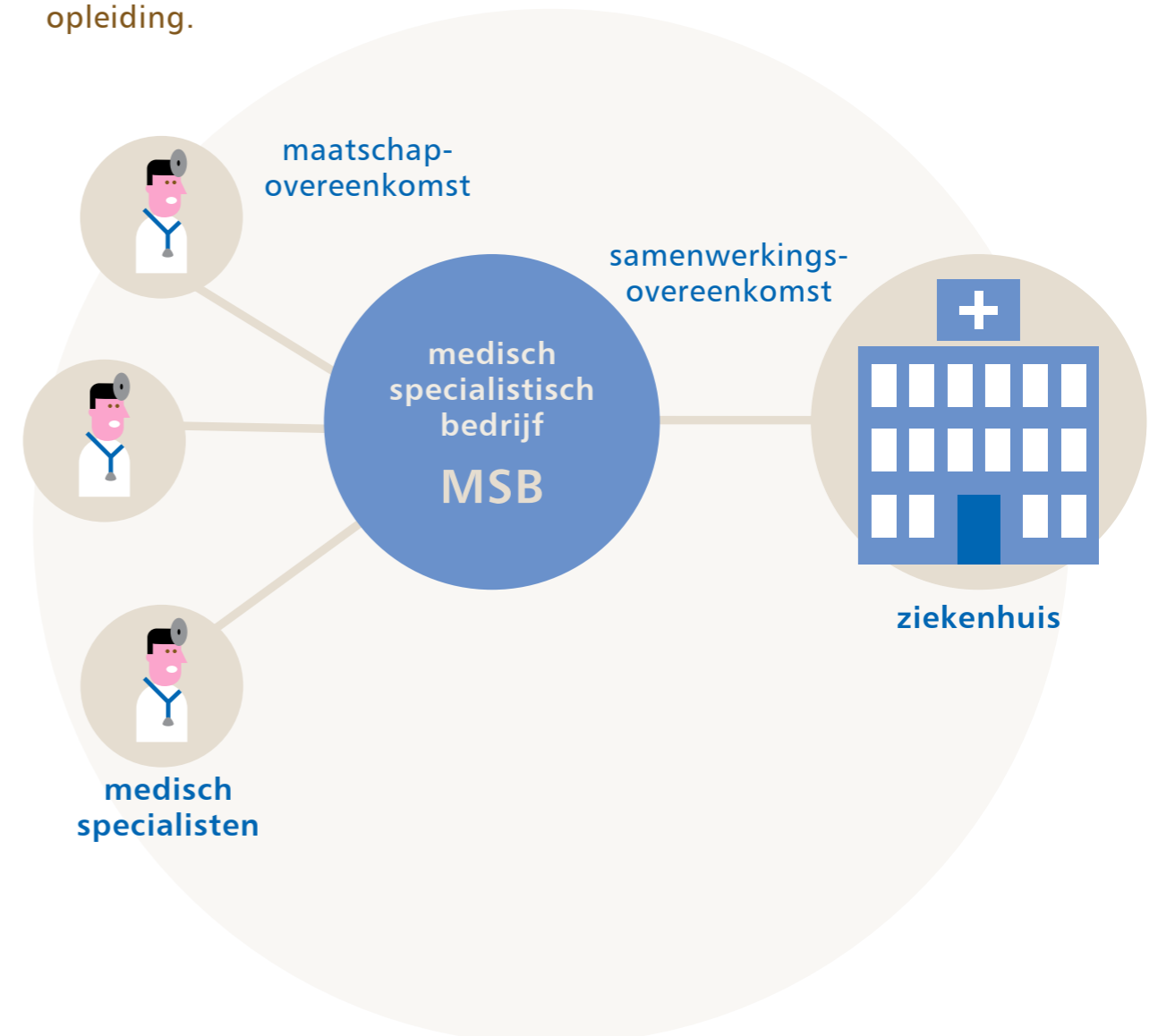
## MODEL 2

# Medisch specialisten in één grote maatschap

### Kenmerken

- Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten. Die specialisten hebben zich verenigd in één maatschap: het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De tot dan toe bestaande maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis vervallen.
- Voorwaarde voor de fiscus is dat de onderneming van de specialisten voldoende 'geladen' wordt, onder andere door eigen personeel aan te nemen en reële, substantiële investeringen te doen.
- Het ondersteunend en medisch personeel dat nodig is voor de uitvoering van overeengekomen werkzaamheden moet rechtstreeks in loondienst van het MSB komen. Inhuur van personeel vanuit het ziekenhuis is in het kader van de transitie aanvaardbaar gedurende een beperkte periode (maximaal 1 jaar).
- Het is 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.
- Het gaat hier om een fiscaal transparant model, oftewel: de individuele specialisten in de maatschap zijn zelf belastingplichtig. De specialist profiteert als ondernemer van een aantal belastingvoordelen voor ondernemers, zoals de zelfstandigenaftrek.

- Het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de diensten die het uitvoert op basis van de samenwerkingsovereenkomst. Ook zorgt het MSB voor de noodzakelijke kennisborging en opleiding.



## MODEL 2

### Medisch specialisten in één grote maatschap

#### Toepassing

- Het merendeel van de ziekenhuizen kiest voor een samenwerkingsmodel. Dat blijkt uit de interviews die zijn afgenomen door de NZa, en uit een inventarisatie van de Orde van Medisch Specialisten van begin november 2014.
- In deze inventarisatie van de OMS kiezen 62 van de 67 ondervraagden voor een samenwerkingsmodel. Van deze 62 opteerden er destijds 30 voor de fiscaal transparante ‘maatschapsvariant’ in plaats van de fiscaal niet-transparante ‘coöperatievariant’.
- Sommige specialisten kiezen voor de fiscaal transparante variant omdat ze dan als IB-ondernemer profiteren van belastingvoordelen, zoals de zelfstandigenaftrek. Sommige ziekenhuisbesturen kiezen voor het transparante model omdat er daarin een directe lijn is tussen het ziekenhuisbestuur en de individuele specialist.
- Eind 2014 begon een aantal instellingen de keuze voor een transparant samenwerkingsmodel te heroverwegen. Mede om fiscale redenen neigden zij toch meer naar het niet-transparante model. Definitieve aantallen van ‘overstappers’ zijn nog niet bekend.
- Deskundigen melden dat er constructies zijn waarbij ook maatschap-bv’s deelnemen aan een maatschap in een transparant samenwerkingsmodel.

#### ! Aandachtspunten

- Sommige partijen in het veld maken zich zorgen over de investeringseisen van de Belastingdienst. Deze eisen zouden voor sommige ziekenhuizen niet reëel zijn.
- Er zijn ziekenhuisbesturen die beducht zijn voor het overdragen van personeel aan het MSB. Een ziekenhuis is immers meer dan een facilitair bedrijf.
- Sommige partijen in het veld vinden het transparante model onwenselijk omdat er geen bestuur is met een statutaire bevoegdheid, terwijl het MSB wel delen van het ziekenhuis kan overnemen (i.v.m. de investeringseisen).
- Wanneer een dergelijk MSB vervolgens een toelating aanvraagt om een instelling voor medisch specialistische zorg te worden, kan het een concurrent van het ziekenhuis zelf worden en is er het gevaar van afsplitsing. Overigens zal de MSB daarvoor wel eerst aan de organisatie-eisen moeten voldoen die de WTZi stelt. In deze vorm voldoet de MSB daar niet aan.
- Het is belangrijk dat er goede afspraken worden gemaakt over de financiële vulling van de coöperatie. Zie ook twee soorten coöperaties.

## MODEL 3

### Medisch specialisten in een coöperatie

#### Kenmerken

- Het ziekenhuis sluit een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten. Die specialisten hebben zich verenigd in een coöperatie: het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). De tot dan toe bestaande maatschappen en de individuele toelatingsovereenkomsten met het ziekenhuis vervallen.
- De specialisten brengen hun eigen bedrijf onder in een Personal Holding-bv en sluiten een ledenovereenkomst met de coöperatie.
- Het gaat hier om een fiscaal niet-transparant model: de individuele specialisten zijn zelf niet belastingplichtig, de onderneming wel.
- De coöperatie kent een eigen bestuurlijke organisatie met substantiële tijdsbesteding aan dit bestuurswerk. Ook is er een adequate bestuursvergoeding en voldoende bestuursondersteuning.
- Het MSB is voldoende zelfstandig en kan eigen risico's opvangen met voldoende eigen vermogen.
- Het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de diensten die zij uitvoert op basis van de samenwerkingsovereenkomst. Ook zorgt het MSB voor de noodzakelijke kennisborging en opleiding.

#### Twee soorten coöperaties

Coöperaties zijn er in twee mogelijke varianten: met beperkte aansprakelijkheid (BA) of met uitgesloten aansprakelijkheid (UA). Ziekenhuisbesturen kunnen een voorkeur hebben voor een BA, omdat alleen dan middelen kunnen worden teruggehaald bij de individuele bv's binnen die coöperatie. Bijvoorbeeld bij een toepassing van het MBI of bij een boete van bijvoorbeeld de NZa of de ACM. In een situatie van UA is zo'n bedrag alleen terug te halen bij coöperatie zelf. Heeft die onvoldoende middelen, dan staat het ziekenhuis met lege handen. Dit kan ondervangen worden door binnen een UA in de samenwerkingsovereenkomst goede afspraken te maken over financiële vulling. Ook belangrijk is dat een coöperatie in de individuele ledenovereenkomsten goed vastlegt dat er een verrekening plaatsvindt als dat nodig is.

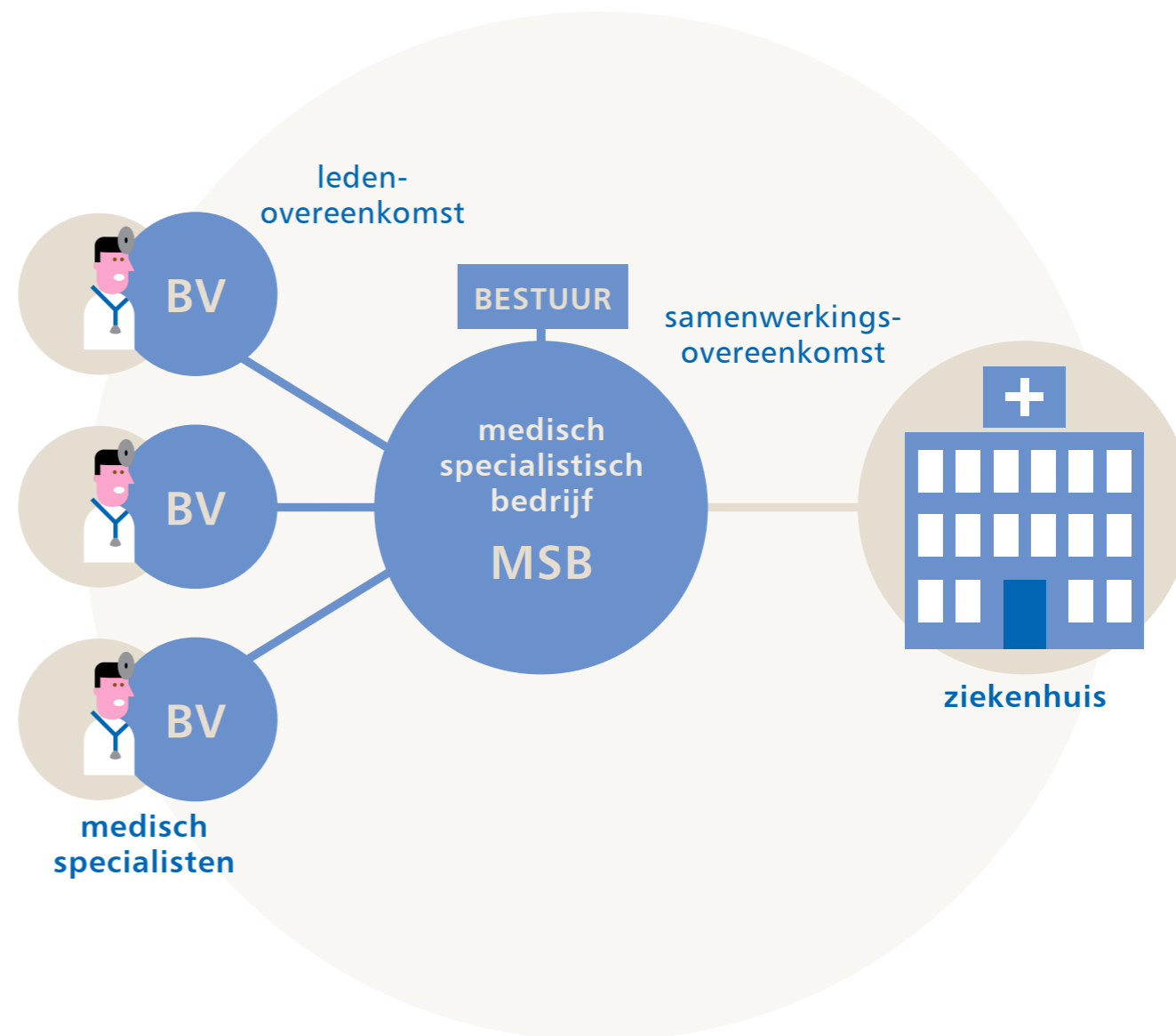
## MODEL 3

### Medisch specialisten in een coöperatie

#### Toepassing

- In een inventarisatie van de OMS van november 2014 kiezen 62 van de 67 ondervraagden voor een samenwerkingsmodel. Van deze 62 opteerden er destijds 32 voor de fiscaal niet-transparante 'coöperatievariant'.
- Eind 2014 begon een aantal instellingen de keuze voor een transparant samenwerkingsmodel te heroverwegen. Mede om fiscale redenen neigden zij toch meer naar het niet-transparante model: dat zou meer fiscale zekerheid geven. Definitieve aantallen van 'overstappers' zijn nog niet bekend.

- ! Aandachtspunten**
- Soms komt het voor dat tussen de coöperatie en de PH-bv's nog maatschap-bv's staan. In theorie kan zo'n maatschap-bv dan participeren in coöperaties van verschillende ziekenhuizen (regiomaatschap).
  - Een belangrijk discussiepunt is de *vrije vervangbaarheid*. Meer informatie hierover.



## MODEL 3

### Medisch specialisten: in een coöperatie

#### Vrije vervangbaarheid

De Belastingdienst eist van de specialisten in het niet-transparante model dat zij 'vrij vervangbaar' zijn. Dit strookte echter niet met concept samenwerkingsovereenkomsten tussen het medisch specialistisch bedrijf en het ziekenhuisbestuur. In die overeenkomsten stond namelijk de afspraak dat iemand alleen mag deelnemen aan het MSB na akkoord van het ziekenhuisbestuur. Dat houdt in dat de specialist dus niet vrij vervangbaar is. De Belastingdienst noemt dit dan een 'fictief dienstverband'.

De vrije vervangbaarheid geldt niet alleen binnen het MSB, daar kunnen de specialisten elkaar onderling doorgaans vervangen. De toets op vrije vervangbaarheid vindt plaats op het individuele niveau (Personal Holdings). Er moet dus iemand vanuit dat bedrijf gestuurd kunnen worden ter vervanging. De Belastingdienst heeft aangegeven hoe dit ondervangen kan worden en heeft conceptteksten geleverd voor in de samenwerkingsovereenkomst:

*Het bestuur van het MSBC meldt aan de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis welke medisch specialist voor het MSB werkzaam zijn in het Ziekenhuis inclusief de vervangers. Het bestuur van het MSB en de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis formuleren samen **objectieve kwalificaties** waaraan MS en hun eventuele vervangers moeten voldoen. Bij toetreding als lid van het MSB of als medisch specialist in dienstverband van het MSB of bij vervanging van een medisch specialist in het MSB toetst het MSB bestuur of aan deze kwalificaties wordt voldaan en geeft hier op verzoek van de Raad van Bestuur van het Ziekenhuis inzage in.*

#### Objectieve kwalificaties

Voorbeelden van mogelijke objectieve kwalificaties zijn:

- BIG-registratie
- Verklaring van goed gedrag
- Eventuele aantekeningen in het dossier, en wat daarmee gedaan is.
- Sociale vaardigheden
- IFRS (kwaliteitskeurmerk)
- Gevisiteerd

## MODEL 4

# Medisch specialisten participeren in ziekenhuis

### Kenmerken

- De medisch specialisten krijgen een financieel belang in het ziekenhuis en worden zo 'mede-eigenaar'.
- Dit kan door als specialisten en ziekenhuisstichting gezamenlijk te participeren in een ziekenhuis vennootschap onder firma (ziekenhuis-vof) of in een ziekenhuis-bv. In de eerste situatie spreken we van een fiscaal *transparant* model, in de tweede van een fiscaal *niet-transparant* model.
- Deze ziekenhuis-vof of ziekenhuis-bv heeft mogelijk ook een eigen toelating als instelling voor medisch specialistische zorg. Op grond van de huidige wet mag de toegelaten instelling geen winst uitkeren; hiervoor ligt een wetswijziging voor in de Eerste Kamer.
- In een fiscaal transparant model participeren de specialisten via één grote maatschap. In een fiscaal niet-transparant model via een coöperatie (of bv).
- In een vof-overeenkomst of bv-overeenkomst leggen beiden partijen vast hoe de participatie is vormgegeven.
- Voor meer over de andere overeenkomsten, en over de fiscale positie van de specialist: zie de pagina's over de samenwerkingsmodellen.

### Toepassing

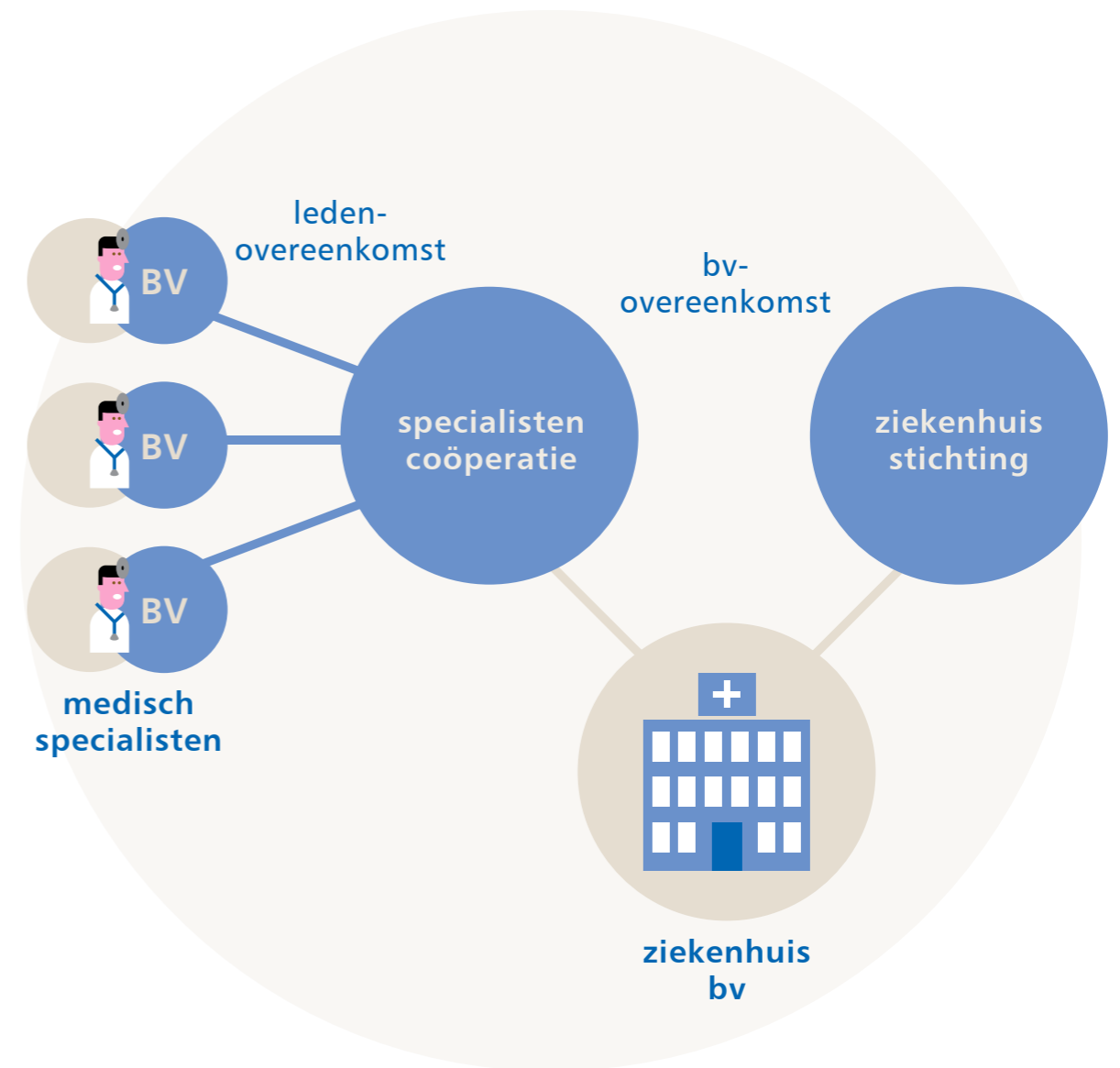
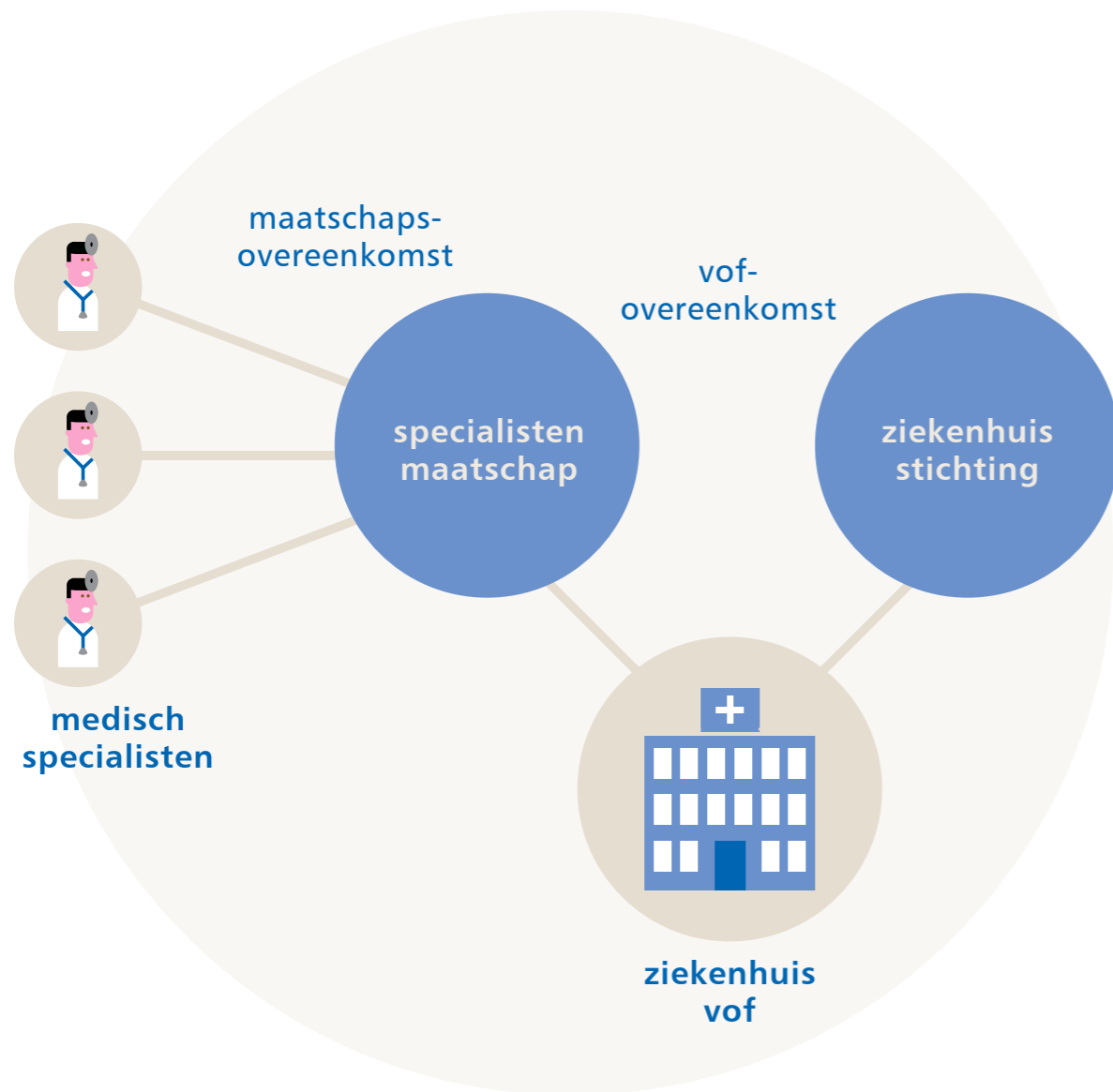
- Enkele ziekenhuizen (maximaal vijf) zouden per 2015 voor het participatiemodel willen kiezen.
- Sommige ziekenhuizen geven aan dat zij de keuze voor een samenwerkingsmodel als opstap zien naar de invoering van een participatiemodel. Dit model zorgt in hun ogen voor de meeste gelijkgerichtheid, de termijn was echter voor hen te kort om dit al per 2015 te realiseren.

### ! Aandachtspunten

- Afhankelijk van de fiscale vorm (transparant of niet-transparant) gelden ook bepaalde aandachtspunten die genoemd staan bij het samenwerkingsmodel.
- De Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) is het garantie-instituut van en voor zorginstellingen. Met een borgstelling van het WFZ kan een zorginstelling tegen gunstige condities financiering aantrekken voor investeringen.
- Op grond van de reglementen van het WFZ dienen deelnemers (zoals ziekenhuizen) een wijziging in de (juridische) structuur te melden bij het WFZ en hier toestemming voor te vragen. Bij de nieuwe overeenkomsten met specialisten is dat wellicht ook het geval. Naar aanleiding van de oproep van het WFZ heeft inmiddels een groot deel van de ziekenhuizen zich gemeld.
- Vooral bij het participatiemodel moet men op dit vorige punt extra alert zijn. Immers wijzigen naar alle waarschijnlijkheid dan ook de eigendomsverhoudingen.

## MODEL 4

### Medisch specialisten participeren in ziekenhuis



4  
De gevolgen  
en resultaten

- Hoe gaat het met de kwaliteit en veiligheid van de zorg?
- Welke overeenkomsten worden gesloten?
- Hoe gaat het met de vergoedingen voor zorg?
- Hoe gaat het met de vorming van MSB's?
- Hoe gaat het met registreren en declareren?
- Hoe gaat het met de overlegstructuren?
- Hoe gaat het met de inkoop van zorg?
- Hoe gaat het met het toezicht?



## Hoe gaat het met de kwaliteit en veiligheid van zorg?

Kwaliteit en veiligheid van zorg zijn er sterk bij gebaat als duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is en op welke punten kan worden aangesproken. Zeker waar fiscale belangen de boventoon voeren in gesprekken, dreigt dit onvoldoende te gebeuren.

### Wie is verantwoordelijk voor verantwoorde zorg?

#### 1. Ziekenhuisbesturen

De kwaliteitswet schrijft voor dat ziekenhuisbesturen de zorg zó moeten organiseren dat dit (redelijkerwijs) leidt tot verantwoorde zorg. Dit betekent dat die besturen de eindverantwoordelijkheid dragen voor kwaliteit en veiligheid.



#### 2. Interne toezichthouders

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) schrijft daarnaast voor dat een ziekenhuis een onafhankelijk toezichthoudend orgaan heeft dat het bestuur toetst op genoemde verantwoordelijkheid.



#### 3. Medisch specialisten

De medisch specialisten hebben verder als professional verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van hun handelen. Daarop zijn zij ook aanspreekbaar op grond van onder andere de Wet Big.



#### Afspraken

In de (samenwerkings)overeenkomsten tussen ziekenhuizen en medisch specialisten moeten afspraken worden opgenomen over de wederzijdse verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de zorg. Wanneer de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg niet aanwezig zijn kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ingrijpen.



#### Zelftest

Als handreiking om het maken van die afspraken te ondersteunen heeft de IGZ een Zelftest ontwikkeld. Deze test is enkel bedoeld om het gesprek tussen bestuurders en medisch specialisten te faciliteren. Het is volgens de IGZ geen kant-en-klaar toetsingskader. De IGZ zal ook niet vooraf een oordeel geven over de plannen van het ziekenhuis. De Zelftest is echt 'van en voor' het veld. De IGZ verwacht dat veldpartijen de Zelftest doorontwikkelen.

## Hoe gaat het met de kwaliteit en veiligheid van zorg?

### Onderwerpen uit de Zelftest

- 1 De Raad van Bestuur stelt het medische inhoudelijke zorgprofiel en de toekomststrategie op, samen met de professionals en andere belanghebbenden.
- 2 De medisch specialisten leggen zowel collectief als individueel verantwoording af aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis over hun handelen.
- 3 Als de professionele omgeving er niet uitkomt, is de Raad van Bestuur in staat om in te grijpen bij disfunctioneren.
- 4 Invoering, gebruik en afstoting van medische hulpmiddelen en medicatie gebeurt binnen één kwaliteitssysteem.
- 5 Borging dat voor alle (medische en niet-medische) professionals altijd minimaal de kwaliteitsstandaard van het ziekenhuis geldt.
- 6 Alleen de Raad van Toezicht zit op de stoel van de Raad van Toezicht

### Wetten (en meer)

#### Kwaliteitswet zorginstellingen

#### Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

#### Wet Big

#### Overig:

- Zorgbrede Governance-code
- Toetsingskader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid (IGZ)

### Uitgangspunten en ontwikkelingen governance

- De patiënt dient centraal te staan. Ook in tijden van grote veranderingen moet er verantwoorde zorg geleverd worden.
- Zorgaanbieder (Raad van bestuur) is eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid van zorg. Dit is wettelijk vastgelegd.
- Zorgaanbieder organiseert de zorg dusdanig, en draagt zorg voor een zodanig verantwoordelijkheidsverdeling dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Dit is wettelijk vastgelegd
- Er is sprake van een geïntegreerd kwaliteitssysteem.
- Professionals hebben eigen verantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg aan patiënt.
- Professionals dienen zich te houden aan de kaders en richtlijnen die zijn opgesteld door het veld
- Professionals dienen zich toetsbaar op te stellen. Hierbij past het melden van (bijna-)calamiteiten en het volgen van audits en visitaties.
- Professionals dienen verantwoording af te leggen aan ziekenhuisbestuur en ultimo ook aan de samenleving.

## Welke overeenkomsten worden gesloten tussen de individuele specialist en het MSB?

Afspraken over verantwoordelijkheden worden vastgelegd in overeenkomsten. Binnen een ziekenhuis zijn daar allerlei varianten van. De samenwerkingsovereenkomst tussen het ziekenhuisbestuur en het MSB vormt de basis. Daarnaast zijn er overeenkomsten tussen het MSB en individuele specialisten, en soms ook tussen het bestuur van het ziekenhuis en de individuele specialisten.

### Samenwerkingsovereenkomst (bestuur ziekenhuis / MSB)

Er zijn verschillende soorten standaard samenwerkingsovereenkomsten in omloop. De inhoud hangt af van het gekozen organisatiemodel. Elk ziekenhuis en elke MSB zal in overleg moeten bepalen hoe hún overeenkomst eruitziet. In de samenwerkingsovereenkomsten staan afspraken over onder meer:

- doel van de overeenkomst;
- proces van productie- en prijsafspraken;
- taken en verantwoordelijkheden bij bepaling zorgaanbod;
- taken en verantwoordelijkheden bij onderhandelingen met zorgverzekeraars;
- continuïteitsafspraken;
- organisatie en administratie;
- kwaliteit en veiligheid;
- financiële verhoudingen;
- verantwoording;
- gedragsnormen.

### Instemmingsverklaring

#### (individuele specialist / bestuur ziekenhuis)

In ieder geval binnen het niet-transparante model wordt een instemmingsverklaring gehanteerd. Dit is een verklaring die de kwaliteit en veiligheid moet borgen. Zo verklaart de individuele specialist dat hij zich gebonden acht aan wettelijke verplichtingen en aan regels die de instelling heeft vastgesteld omtrent zorgverlening, kwaliteit en veiligheid.

Mogelijk zijn ook in transparante modellen zulke verklaringen noodzakelijk. Vooral als de samenwerkingsovereenkomst afspraken bevat over wie primair aangesproken wordt op het nakomen van afspraken (bijv. het bestuur van een maatschap).

### Zorg over zorgverantwoordelijkheid

Het bestuur van een ziekenhuis is verantwoordelijk voor de zorg in de instelling. Het is wettelijk verplicht de zorg zó te organiseren dat die organisatie (redelijkerwijs) leidt tot verantwoorde zorg. Sommige besturen maken zich zorgen over deze verantwoordelijkheid en verplichting. Is de samenwerkingsovereenkomst met het MSB, in combinatie met de individuele instemmingsverklaringen, wel voldoende om een eventuele disfunctionerende specialist aan te spreken?

## Welke overeenkomsten worden gesloten tussen de individuele specialist en het MSB?

### Maatschapsovereenkomst



Geldt alleen in een fiscaal transparant organisatiemodel waarin alle medisch specialisten in één grote maatschap zitten.

De samenwerkingsovereenkomst is gesloten met de maatschap. Alle maten zijn hoofdelijk aansprakelijk. Het bestuur van het ziekenhuis kan zowel de maatschap als de individuele specialist aanspreken op nakoming van verplichtingen (tenzij anders afgesproken in de samenwerkingsovereenkomst). De consequenties van de afspraken in de samenwerkingsovereenkomst voor de individuele specialist zullen in de maatschapsovereenkomst moeten worden vastgelegd.

### Dienstverleningsovereenkomst



Geldt alleen in een fiscaal niet-transparant organisatiemodel waarin de medisch specialisten zich verenigd hebben in een coöperatie.

De samenwerkingsovereenkomst is gesloten met de coöperatie. Het bestuur van het ziekenhuis kan individuele specialisten geen aanwijzing geven, maar wel de coöperatie. In deze overeenkomst zal dus opgenomen moeten worden dat een aanwijzing van het bestuur van het ziekenhuis aan de coöperatie moet worden opgevolgd door de specialisten op wie die aanwijzing van toepassing is.

### Aandeelhoudersovereenkomst



Geldt alleen in een fiscaal niet-transparant organisatiemodel waarin de medisch specialisten gezamenlijk een bv vormen.

De samenwerkingsovereenkomst is gesloten met de bv. Het bestuur kan individuele specialisten geen aanwijzing geven, maar de bv wel. In deze overeenkomst moet dus opgenomen worden dat een aanwijzing van het bestuur van het ziekenhuis aan de coöperatie moet worden opgevolgd door de specialisten op wie die aanwijzing van toepassing is.

## Hoe gaat het met de vergoedingen voor zorg?

Omdat per 2015 de aparte tarieven en honorariumplafonds voor vrijgevestigde specialisten verdwijnen, moeten ziekenhuis en MSB jaarlijks prijs- en productieafspraken maken. Deze afspraken kunnen positieve prikkels bevatten voor kwaliteit, veiligheid en borging van patiëntenbelangen.

Er zou bijvoorbeeld gewerkt kunnen worden met een deels vast, deels variabel vergoedingensysteem. Voor het variabele deel kunnen dan kritieke prestatie-indicatoren (kpi's) geformuleerd worden. Bij het creëren van een vergoedingensysteem is het belangrijk rekening te houden met eventuele risico's. Bijvoorbeeld een tegenvallende omzet als gevolg van plafondafspraken met zorgverzekeraars, vraaguitval, calamiteiten en door de overheid opgelegde kortingen.

### Hoever zijn ziekenhuizen al met financiële afspraken?

In veel ziekenhuizen is al wel gesproken over de opzet van de samenwerkingsovereenkomst. Halverwege december 2014 lagen er echter nog nergens concrete afspraken vast over de vergoedingensystematiek en de hoogte van vergoedingen. Uit interviews blijkt dat binnen veel MSB's getracht wordt de bestaande omzetverdeling voort te zetten. Soms nemen ziekenhuizen en MSB het huidige honorariumplafond als uitgangspunt voor onderlinge vergoeding.

### Waar zou men op moeten letten bij die afspraken?

Nog lang niet alle ziekenhuizen lijken zich ervan bewust dat de komst van het integrale macrobeheersinstrument (MBI) ook doorvertaald zou moeten worden naar afspraken met de medisch specialisten. Mocht deze generieke maatregel ingezet worden, dan is het van belang om hier zwart op wit goede afspraken over te hebben. In de samenwerkingsovereenkomsten zou bijvoorbeeld bepaald moeten worden hoe om te gaan met het MBI – of met eventuele andere kortingen en boetes.

### Is dat nog anders per organisatie-model?

In een transparant model is de samenwerkingsovereenkomst gesloten met de maatschap en zijn alle maten hoofdelijk vertegenwoordigd. In een niet-transparant model is er een samenwerkingsovereenkomst met de coöperatie of bv. In de ledenovereenkomst (tussen coöperatie of bv en de individuele specialist) wordt idealiter opgenomen dat kortingen, boetes en dergelijke ook ingehouden worden op de uitbetalingen aan de individuele Private Holding bv's. Als dit niet goed geregeld wordt, loopt het ziekenhuis een extra financieel risico.

## Hoe gaat het met de vorming van MSB's?

Het oprichten van een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) kan gezien worden als een voortzetting van het oude 'collectief' van specialisten; zo'n collectief vormt nu alleen een entiteit in een formelere organisatiestructuur. Vanuit dat perspectief zou het aantal organisatie-eenheden vanaf 2015 gelijk moeten blijven. Maar wat als er meerdere MSB's in een ziekenhuis ontstaan? Daarmee dreigt versnippering.

### Onafhankelijke specialismen

Uit interviews blijkt dat er in sommige ziekenhuizen specialismen zijn die bewust kiezen voor een eigen MSB. Een veelgehoord voorbeeld is de kaakchirurgie (zie kader), maar op zich is dat nog niet zo ongebruikelijk: die maakten evenmin onderdeel uit van de oude collectieven. Nieuw is dat er nu ook andere specialismen een eigen MSB oprichten in een ziekenhuis.

Dat komt in sommige gevallen doordat regiomaatschappen meerdere ziekenhuizen willen bedienen. Maar het kan ook zo zijn dat een individueel specialisme zich niet kan vinden in de centraal gemaakte afspraken. De NZa wil in 2015 gaan vaststellen in hoeveel ziekenhuizen dit het geval is.

### Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn beducht voor een versnipperd zorgveld. Zij vrezen dat de nieuwe MSB's ook een toelating aanvragen als instelling. Dan zouden de specialisten zelf zorgproducten kunnen gaan declareren aan de verzekeraars en worden ze concurrent van het ziekenhuis waar ze een MSB in waren.

Die situatie zou het moeilijker maken voor verzekeraars om collectieve afspraken te maken. Uit recente cijfers van het CIBG

bleekt dat er nog geen toename is van het aantal toelatingen voor instellingen van medisch specialistische zorg (hier vallen formeel ook ggz-instellingen onder). De NZa houdt bij of dit de komende jaren verandert.

**Aantal nieuwe toelatingen Instellingen voor Medisch Specialistisch Zorg (incl. GGZ) per maand vanaf 2012 (Bron: CIBG).**

Maand	2012	2013	2014
Januari	19	13	21
Februari	7	9	6
Maart	12	10	6
April	8	7	8
Mei	14	6	5
Juni	10	4	10
Juli	17	18	12
Augustus	3	8	4
September	9	13	8
Oktober	12	16	10
November	3	14	3
December	6	12	nrb*
<b>Eindtotaal</b>	<b>120</b>	<b>130</b>	<b>93</b>

\*Betreft stand van zaken op 1 december 2014.  
Op deze datum was er nog één openstaande aanvraag.

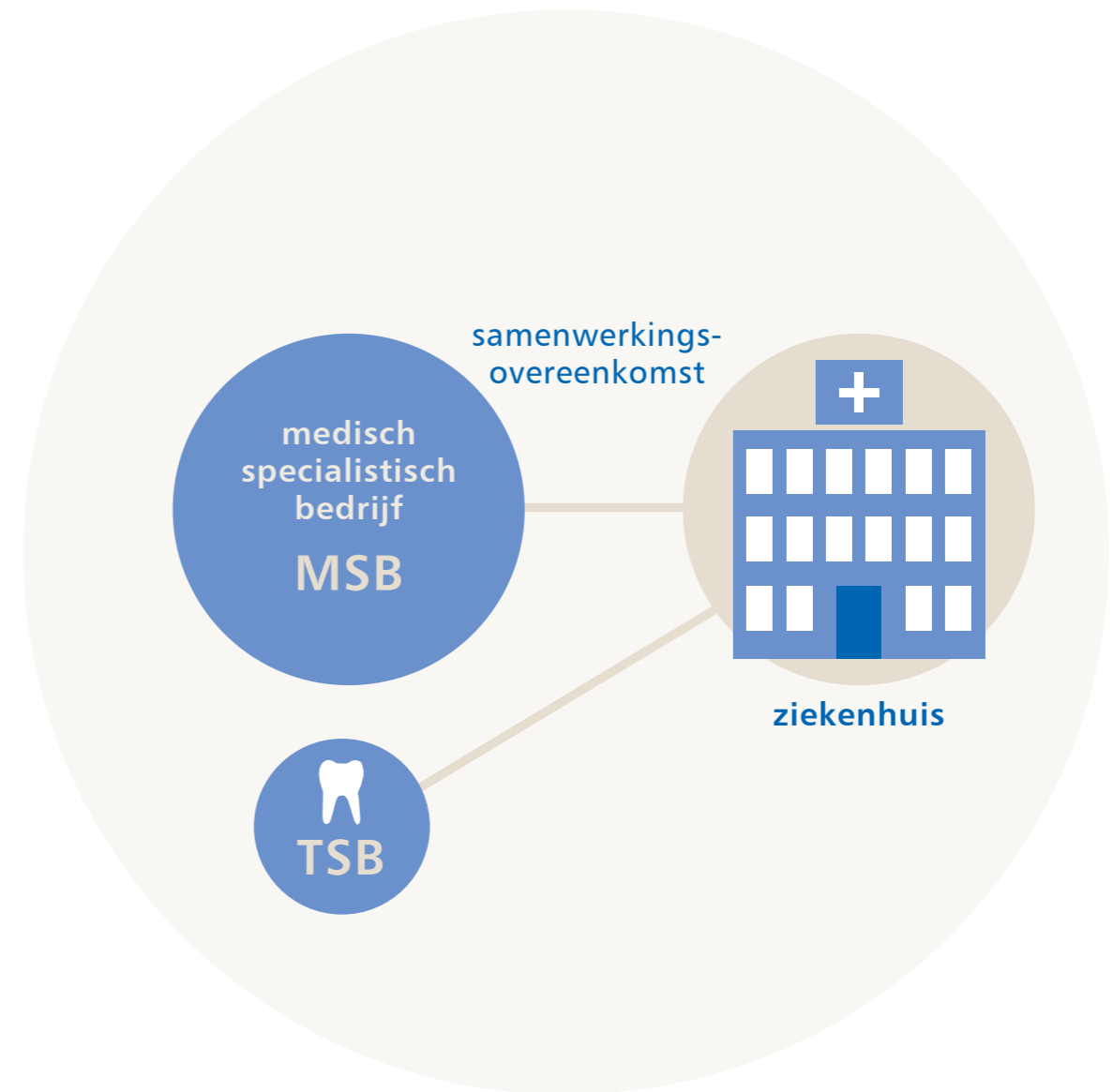
## Hoe gaat het met de vorming van MSB's?

### Kaakchirurgie

De kaakchirurgie neemt in veel ziekenhuizen een eigenstandige positie in. In sommige ziekenhuizen waar een samenwerkingsmodel wordt voorbereid, gaat de kaakchirurgie onderdeel uitmaken van het MSB. In andere ziekenhuizen verenigen de kaakchirurgen zich in een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB). Doorgaans liften deze constructies voor kaakchirurgie binnen ziekenhuizen mee op de afspraken die het ziekenhuisbestuur maakt met het MSB.

### 3 redenen voor de kaakchirurgen om een eigen TSB op te zetten:

- 1 Historisch gezien zijn de kaakchirurgen altijd buiten de kring van medisch specialisten gebleven; ze vielen bijvoorbeeld nooit onder de regelingen voor vrijgevestigd specialisten (zoals lumpsum en honorariumplafond). Om die reden maken de kaakchirurgie maatschappen ook vrijwel nergens deel uit van de huidige collectieven.
- 2 Kaakchirurgie heeft andere, eveneens historisch gegroeide karakteristieken. Gemiddeld heeft het bijvoorbeeld meer eigen apparatuur en personeel dan andere specialismen.
- 3 Er zijn nogal wat kaakchirurgiemaatschappen in meerdere ziekenhuizen actief. Als zij geen eigen TSB opzetten, zouden ze in meerdere MSB's moeten meedoen. Om pragmatische redenen heeft een aparte positie hun voorkeur.





## Hoe gaat het met het registreren en declareren?

Afspraken over correct registreren en declareren van geleverde zorg: in de gehanteerde standaardovereenkomst(en), vaak opgesteld door externe bureaus, is hier doorgaans al het een en ander over opgenomen. Veel instellingen blijken er echter in 'face to face'-onderhandelingen (nog) niet concreet over gesproken te hebben. Als er geen heldere afspraken over gemaakt worden, kan dat tot fouten leiden.

De verantwoordelijkheid voor het correct *registreren* van geleverde zorg ligt nu voor een belangrijk deel bij de medisch specialist. Voor het correct declareren ligt de verantwoordelijkheid primair bij de declarerende partij (per 2015: de instelling). Een aantal ziekenhuizen gaf aan die verantwoordelijkheden nog te gaan bespreken en vastleggen, in de aanloop naar de invoering van de integrale bekostiging.

Uit interviews blijkt echter ook dat sommige partijen nu in samenwerkingsovereenkomsten laten vastleggen dat medisch specialisten niet verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van registratie en declaratie. De NZa wijst er op dat het de verantwoordelijkheid van de medisch specialist is én blijft om de zorg op een juiste manier te registreren. Deze verplichting is vastgelegd in de regeling medisch specialistisch zorg en blijft ook per 1 januari gelden voor de specialist.

### Wat houdt de registratieverplichting in?

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (doorgaans de medisch specialist) is verantwoordelijk voor:

- het openen van zorgtrajecten die leiden tot DBC-zorgproducten;
- het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatievereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet;
- het op een juiste wijze registreren van zorgactiviteiten;
- het correct registreren van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose als onderdelen van het DBC-zorgproduct;
- het juist registreren van de ICD-10-code.

Declaraties zullen minder vaak juist zijn als registraties onzorgvuldig verlopen. De juistheid van declaraties blijft dan ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid en beiden kunnen hier op aangesproken worden. Goede afspraken tussen het declarerende ziekenhuis en de registrerende specialisten (het MSB) zijn dus van essentieel belang. Dit belang is nog eens extra duidelijk geworden in de problematiek omtrent de jaarrekeningen over 2013.



## Hoe gaat het met de overlegstructuren?

### Overlegstructuren tot 2015:

#### Collectief van vrijgevestigde medisch specialisten:

- is het aanspreekpunt voor het bestuur over alle zaken met uitzondering van de vergoedingen;
- bepaalt vaak zelf de verdeling van vergoedingen onder specialisten;
- omvat enkel de vrijgevestigde medisch specialisten.

#### Vereniging Medische Staf (VMS)

- is het aanspreekpunt voor het bestuur qua alles behalve vergoedingen;
- omvat de vrijgevestigde medisch specialisten;
- omvat de medisch specialisten in loondienst;
- biedt soms ook ruimte aan andere beroepsgroepen.

### Overlegstructuren na 2015:

#### Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB):

- omvat het oude collectief van vrijgevestigde medisch specialisten;
- heeft een breder takenpakket dan het verdelen van financiële middelen.

#### Vereniging Medische Staf (VMS):

- wordt soms ondergebracht bij het MSB, maar doorgaans niet;
- krijgt in sommige ziekenhuizen per 2015 twee 'kamers':
  - voor leden in dienstverband;
  - voor leden die deel uitmaken van het MSB.

#### Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband:

- worden soms lokaal opgericht;
- behartigen specifiek de beroepsbelangen van specialisten in dienstverband.



#### De NZa acht het van groot belang dat:

- naast vrijgevestigde medisch specialisten ook de medisch specialisten in dienstverband en de andere beroepsgroepen in het ziekenhuis voldoende stem hebben in zaken die hen aangaan;
- er goede afspraken gemaakt worden over waar met wie over welk onderwerp overlegd en beslist wordt.

## Hoe gaat het met de inkoop van zorg?

Zorgverzekeraars blijken het onderwerp integrale bekostiging maar beperkt te bespreken met ziekenhuizen. Zij zien de keuze voor bepaalde organisatiemodellen als iets wat hen eigenlijk niet aangaat. Hun voorkeur gaat licht uit naar het loondienstmodel, vanwege de lagere productieprikkel bij de specialist. Bestuurbaarheid van ziekenhuizen en naleving van groeiafspraken vinden zij echter het allerbelangrijkst.

Verzekeraars:

- zien het aantal zelfstandige behandelcentra dat een contract wil afsluiten niet toenemen;
- kopen materieel al veel langer integraal in;
- hebben geen aparte onderhandelingen met specialisten, al zitten die wel vaak aan tafel;
- zien vooralsnog weinig impact van het integraal tarief op de inkoop;
- vinden één tarief op de nota beter uit te leggen aan zorgconsumenten dan twee tarieven.

### Wel met verzekeraars, niet met specialisten

Voor 2015 zijn de contractafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars voor een aanzienlijk deel afgerond. De (aanloop naar) integrale tarieven heeft, naar het zich laat aanzien, geen invloed gehad op die afspraken. Merkwaardig genoeg zijn er dus contractafspraken met verzekeraars gemaakt terwijl ziekenhuizen en specialisten onderling nog géén prijs- en productieafspraken gemaakt hebben.

## Hoe gaat het met het toezicht op zorg?

Het toezicht op ziekenhuizen betreft niet alleen kwaliteit en bedrijfsvoering. Er zijn ook meer specifieke vormen van toezicht, bijvoorbeeld op het marktgedrag van de instellingen. Het toezicht op ziekenhuiszorg wordt uitgeoefend door verschillende toezichthouders. In dit kader zijn met name relevant: de NZa, de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en de Autoriteit Consument & Markt (ACM).

### Toezicht op kwaliteit en bedrijfsvoering

Een zorginstelling moet op grond van de WTZi (artikel 9) voldoen aan bepaalde eisen qua bestuursstructuur. Diezelfde wet verplicht waarborgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. Bovendien moet de instelling voldoen aan de eisen van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De IGZ ziet toe op de naleving van zowel de WTZi als de Kwaliteitswet zorginstellingen. De publicatie en aanlevering van een jaardocument is bijvoorbeeld een belangrijke vereiste.

De invoering van het integraal tarief heeft op zichzelf geen gevolgen voor dit toezicht. Maar veranderingen in de interne organisatie van ziekenhuizen wel. De vorming van MSB's leidt er immers toe dat er bij de levering van zorg twee entiteiten zijn betrokken: het ziekenhuis (dat de toelating heeft en op basis van die toelating het recht om te mogen declareren) en het MSB dat geen toelating heeft. Dat het MSB geen toelating heeft, betekent dat het niet onder de eisen van de WTZi valt.

Afhankelijk van de gekozen rechtsvorm (maatschap, coöperatie of bv) zullen MSB's overigens wel aan andere vereisten moeten

voldoen – evenals andere ondernemingen in Nederland. Verder zal het ziekenhuis erop moeten toezien dat de afspraken met het MSB en/of de individuele medisch specialisten zó vorm krijgen dat het ziekenhuis aan de eisen van de Kwaliteitswet en WTZi kan voldoen. Dat proces kent veel discussies over onder andere vrije vervangbaarheid en de mate van (mede)verantwoordelijkheid van (individuele) specialisten voor de kwaliteit van zorg.

### Toezicht op fuseer- en marktgedrag

De NZa oefent op grond van de Wmg toezicht uit op het fuseer- en marktgedrag van zorginstellingen. De ACM is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Mededingingswet (Mw).

### Fuseergedrag

Op grond van de Wmg (artikel 49a) voert de NZa bijvoorbeeld een verplichte toets uit bij concentraties van zorgaanbieders. Zorgaanbieders die in de regel zorg doen verlenen door minder dan vijftig personen, hebben geen goedkeuring van de NZa nodig om een concentratie tot stand te brengen. De toets van de NZa is grotendeels procedureel van aard. Zowel het ziekenhuis als het MSB vallen onder de werkingssfeer van de Wmg mits zij rechtspersoonlijkheid hebben. Een (voornemen tot) concentratie tussen twee of meer zorginstellingen die 'ondernemingen' zijn in de zin van de Mw moet ook bij de ACM worden gemeld wanneer de omzet van de partijen die voornemens zijn te concentreren boven de omzeldrempels uit de Mededingingswet uitkomt. ACM moet in dat geval ook instemmen met de concentratie, zodat sprake is van een dubbele toets. De ACM toetst of de concentratie de mededinging significant beperkt.

## Hoe gaat het met het toezicht op zorg?

### Marktgedrag

Naast het toezicht op concentraties is er het toezicht op marktgedrag. De ACM richt zich vanuit de Mededingingswet vooral op verboden kartelafspraken en misbruik van economische machtspositie; de NZa vanuit de Wmg (artikel 47-49) op misbruik van aanmerkelijke marktmacht (AMM). De herziening van de juridische structuur van de ziekenhuisonderneming en de aldaar werkzame specialisten heeft mogelijk gevolgen voor deze toezichthoudende rollen.

Zo heeft de NZa vooralsnog niet de mogelijkheid om het AMM-instrument in te zetten tegen een maatschap van specialisten die mogelijk zijn aanmerkelijke marktmachtspositie zou kunnen misbruiken. Een maatschap is namelijk noch natuurlijk persoon noch rechtspersoon. Dit bemoeilijkt met name het optreden tegen regiomaatschappen. De NZa kan in zo'n geval wel tegen de individuele leden van de maatschap optreden via collectief AMM, maar dat is complex. Indien een MSB in de vorm van een coöperatie of bv wél een rechtspersoon is, kan de NZa tegen zo'n MSB wél het AMM-instrument inzetten. Voor de niet-transparante vorm (MSB is één grote maatschap) is de wetgeving nog niet toereikend voor de uitoefening van een optimaal toezicht. In een wetsvoorstel wordt de mogelijkheid gecreëerd om het eenvoudige AMM (in plaats van collectieve AMM) in te zetten tegen maatschappen/vof, wat de inzet van AMM jegens dit soort entiteiten vergemakkelijkt.

Zal de ACM de MSB's ook anders bekijken dan de vroegere maatschappen? De autoriteit heeft hierover nog geen mededelingen gedaan. De criteria op grond waarvan de maatschap en het ziekenhuis als economische eenheid werden gezien, hadden vooral betrekking op de oude toelatingsovereenkomst. Het ging daarbij onder meer om aspecten als de eindverantwoordelijkheid voor de geleverde zorg, over wie werkzaam mag zijn in het ziekenhuis en de macht van het ziekenhuis om de zorgportfolio en de meerjarenafspraken te bepalen waaraan de specialisten gebonden zijn. Wanneer de ACM een MSB als zelfstandige onderneming beschouwt, zou deze ook onder de Mededingingswet komen te vallen.

## Vooruitblik

De keuzes die instellingen nu maken, hebben gevolgen voor de lange(re) termijn. De indruk van de NZa is dat een aantal instellingen samen met specialisten een langetermijnstrategie heeft of wil ontwikkelen, maar dat ook een aantal instellingen daar nog (te) weinig mee bezig is. Het is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur en de medisch specialisten zelf om ervoor te zorgen dat zij dezelfde doelen nastreven en alles in het werk stellen om de best mogelijke zorg te leveren aan hun patiënten. In deze monitor heeft de NZa gewezen op een aantal belangrijke aandachtspunten en de NZa roept betrokken partijen op deze handschoen op te pakken (zoals vergoedingen, afspraken over kwaliteit en veiligheid, overlegstructuren, kwaliteit van registratie en declaratie, toezichtsaspecten). De komende jaren zal de NZa de ontwikkelingen blijven volgen. Dan zullen ook de kwantitatieve gevolgen in kaart worden gebracht.



## Waarom monitort de NZa de invoering van integrale bekostiging?

De NZa is adviseur van het ministerie van VWS, stelt tarieven vast voor zorgbehandelingen en houdt toezicht op de zorg. Bij de uitvoering van deze taken stelt de NZa het belang van de consument voorop. Hieronder komen de taken van de NZa in relatie tot de invoering van integrale tarieven uitvoeriger aan bod.

### De NZa adviseert het ministerie van VWS

De minister en staatssecretaris van VWS krijgen gevraagd en ongevraagd advies van de Nederlandse Zorgautoriteit. Bijvoorbeeld over mogelijke verbeteringen in wet- en regelgeving. Deze adviezen zijn gebaseerd op NZa-onderzoek en -analyses van feiten en cijfers. De bewindslieden besluiten vervolgens zelf of ze de adviezen overnemen of niet. Zo heeft de NZa op 28 juni 2013, op verzoek van VWS, een advies uitgebracht over de invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg.

### De NZa stelt tarieven vast voor zorgbehandelingen

Voor veel zorgbehandelingen maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen afspraken. Het gaat dan over de inhoud, prijs en kwaliteit van die behandelingen. De NZa bepaalt echter wie welke zorgproducten in rekening mag brengen. Voor sommige zorgproducten stelt de NZa prijzen vast. Ook maakt ze regels over hoe de zorg geregistreerd en gedeclareerd moet worden. In juli 2014 heeft de NZa de regelgeving voor de invoering van integrale tarieven vastgesteld en bekendgemaakt.

### De NZa houdt toezicht op de zorg

De NZa controleert – op basis van eigen analyses en van meldingen van consumenten – of zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich aan de wetten en regels houden. Zorgverzekeraars moeten bijvoorbeeld iedereen accepteren voor de basisverzekering. Ongeacht leeftijd, inkomen, leefstijl of gezondheid. En zorgaanbieders moeten de behandelingen op de juiste manier in rekening brengen. Ook moeten zij duidelijke informatie geven over de prijs en kwaliteit van de zorg. Is het belang van de consument in het geding? Dan grijpt de NZa in.

#### Taken NZa in het kort:

- Tarief- en prestatieregulering.
- Markttoezicht en marktonwikkeling.
- Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet.
- Toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ.
- Zorgspecifiek gedragstoezicht.

#### Consumentenbelang

De NZa stelt bij haar taakuitoefening het algemeen consumentenbelang voorop, zoals zij wettelijk verplicht is (artikel 3 lid Wmg). Daarbij kijkt de NZa naar de voordelen voor drie consumentenbelangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Zaken als keuzevrijheid en volledige, juiste en transparante keuze-informatie zijn voor deze belangen essentieel.