



# Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven

Deelrapportage 1: onderzoek naar verbetermogelijkheden voor msb's in hun bestuurlijke en financiële relatie met ziekenhuizen



Vastgesteld op 20 februari 2024

# Samenvatting

Met brief van 20 januari 2023 verzocht de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa om onderzoek te doen naar het verbeterpotentieel van medisch-specialistische bedrijven (msb's). Aanleiding voor het onderzoek vormen het regeerakkoord van het - demissionaire - kabinet Rutte IV en het Integraal Zorgakkoord (IZA). In het regeerakkoord is te lezen dat het kabinet van mening is dat msb's verbeteringen moeten laten zien om de transitie naar passende zorg succesvol te kunnen realiseren. Ook in het IZA wordt benadrukt dat msb's en ziekenhuizen intensiever en vooral meer gelijkgericht moeten samenwerken om de transitie naar passende zorg te laten slagen.

Het onderzoek - we gebruiken hiervoor ook de term 'monitor' - valt uiteen in twee deelrapportages. Het nu voorliggende rapport is de eerste deelrapportage. In dit rapport hebben wij het verbeterpotentieel van msb's in kaart gebracht. Hierin hebben we onze conclusies verwerkt tot acht concrete verbeterpunten. Zes ervan gaan over het thema 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen', de andere twee over het thema 'financiële prikkels bij msb's'. Deze verbeterpunten staan hieronder op een rij – in willekeurige volgorde. Bij vrijwel elk punt staat voor welk percentage van de msb's het verbeterpunt geldt. Sommige verbeterpunten gelden ook voor ziekenhuizen. Waar dit laatste het geval is, geven we dat aan. In de tweede deelrapportage zal, conform de opdrachtbrief van de minister van VWS, inzicht worden gegeven in hoeverre de nu geconstateerde verbeterpunten zijn gerealiseerd.

Wij roepen msb's en ziekenhuizen op om - voor zo ver op hun situatie van toepassing - zo snel mogelijk aan de slag te gaan met de realisatie van de verbeterpunten die hieronder staan genoemd. Wij vinden dit belangrijk, omdat dit een gunstig effect heeft op de bestuurbaarheid en financiële gelijkgerichtheid. Een goede bestuurbaarheid van het ziekenhuis en financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en msb's is nodig om de transitie naar passende zorg succesvol te realiseren. Bovendien zullen wij in een vervolgonderzoek monitoren in hoeverre de nu geconstateerde verbeterpunten succesvol zijn aangepakt.

## Verbeterpunten 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen'

### **1. Stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast | 30% van de msb's**

Een gezamenlijke (meerjaren)strategie is belangrijk om de doelstellingen van het IZA te behalen: doelen voor msb's en ziekenhuizen om gezamenlijk passende zorg tot stand te brengen. Door die strategie samen op te stellen en schriftelijk vast te leggen, zijn zowel msb's als ziekenhuizen aanspreekbaar op de uitvoering ervan. Ongeveer een derde (30%) van de ziekenhuizen heeft nu geen gezamenlijke (meerjaren)strategie met een msb - of heeft die niet vastgelegd.

### **2. Maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang | 35% van de msb's**

Msb's moeten voldoende oog hebben voor het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang. Ruim een derde van de ziekenhuizen stelt dat msb's daar slechts beperkt of zelfs zeer beperkt toe in staat zijn. Dat kwam ook terug in de afgenomen interviews. Meerdere geïnterviewde ziekenhuisbestuurders gaven aan dat msb's te vaak voorrang geven aan het eigen belang, bijvoorbeeld op het gebied van inkomsten en zorgproductie (zoals het aantal te behandelen patiënten).

**3. Versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden | 35% van de msb's**

In ruim een derde van de ziekenhuizen komen msb-bestuurders soms of regelmatig terug op besluiten die ze samen met het ziekenhuisbestuur genomen hebben, omdat zij daartoe onder druk werden gezet door hun msb-leden (vrijgevestigde medisch specialisten). Het mandaat van msb-bestuurders was dus in eerste instantie niet sterk genoeg. Dit mandaat wordt sterker als het duidelijk en concreet wordt vastgelegd in de msb-statuten. Met een sterker mandaat is het risico kleiner dat msb-bestuurders moeten terugkomen op gezamenlijke beslissingen met het ziekenhuisbestuur. Dat risico wordt ook kleiner door een investering in de professionaliteit van die bestuurders. Die professionalisering vergroot namelijk hun daad- en besliskracht.

**4. Verbeter als msb de eigen financiële transparantie | minstens 48% van de msb's**

In zijn algemeenheid vindt ongeveer de helft (48%) van de ziekenhuizen dat 'hun' msb's matig tot onvoldoende financieel transparant zijn. Ook op enkele losse onderdelen schiet de financiële transparantie die door msb's wordt geboden, tekort. Het gaat om de volgende onderdelen:

- de capaciteitsbegroting;
- de periodieke productiecijfers;
- de jaarrekening;
- de interne verdeelsystematiek;
- de bedragen die vakgroepen ontvangen via de interne verdeelsystematiek.

Het gebrek aan financiële transparantie belemmert de financiële gelijkgerichtheid tussen msb's en ziekenhuizen. En dat vormt weer een risico voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen.

**5. Beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten | meer dan 80% van de msb's**

Ziekenhuizen blijken op grote schaal betrokken bij het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten. Maar msb's hebben wel in meer dan 80% van de gevallen de doorslaggevende stem. De betrokkenheid van het ziekenhuis zou zodanig moeten zijn vormgegeven, dat zij in dezelfde omvang als het msb verantwoordelijkheid draagt voor de aanneming van een nieuwe medisch specialist. Die beslissing zou dus altijd het resultaat van een gezamenlijke en gedeelde besluitvorming moeten zijn. Dit verbeterpunt moeten msb's en ziekenhuizen gezamenlijk oppakken.

**6. Verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb | 29% van de ziekenhuizen**

*A. Losse msb's die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, moeten zich bestuurlijk en juridisch verenigen in één msb.*

*B. Ziekenhuizen waaraan meerdere, losse msb's zijn verbonden, moeten - samen met deze losse msb's - aansturen op en meewerken aan de totstandkoming van één, geïntegreerd msb.*

Ruim een kwart van de ziekenhuizen (29%) geeft aan dat zij met meerdere msb's samenwerken. Een grote meerderheid (82%) van deze groep ziekenhuizen, zou liever met één msb te maken willen hebben. De bestuurbaarheid van het ziekenhuis zou daarbij volgens hun gebaat zijn. In navolging van deze groep ziekenhuizen vindt ook de NZa het onwenselijk als ziekenhuizen - al dan niet naar eigen tevredenheid - samenwerken met meerdere msb's. Zo'n gefragmenteerde samenwerking vergroot, in nog sterkere mate dan bij de aanwezigheid van één msb het geval is, de risico's voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Ook de realisatie van de IZA-doelstellingen kan hierdoor worden bemoeilijkt.

## Verbeterpunten ‘financiële prikkels bij msb’s’

### 7. Maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken | 18% van de vergoeding van msb’s aan hun vakgroepen (interne verdeelsystematiek)

De financiële afspraken tussen het msb en zijn vakgroepen (het ‘interne verdeelmodel’) zouden geen sterkere productieprikkels moeten bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken tussen het msb en het ziekenhuis. Maar bij 18% van de vergoeding van msb’s aan hun vakgroepen is dit wel het geval. Dit gebrek aan financiële gelijkgerichtheid maakt het moeilijker om gemeenschappelijke doelen te bereiken.

### 8. Zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen | 37% van de msb’s

De financiële belangen van het ziekenhuis en het msb moeten gelijkgericht zijn. Ruim een derde van de ziekenhuizen vindt dat dit slechts in beperkte mate of zelfs helemaal niet het geval is. Msb’s zouden in die gevallen minder belang moeten hechten aan hun financiële autonomie. En ze zouden financieel transparanter moeten zijn richting het ziekenhuis waaraan ze verbonden zijn.

## Kanttekeningen bij samenwerking en persoonlijke verhoudingen

### Samenwerking

Meer dan een kwart van de ziekenhuizen (28%) zegt twijfels of zelfs weinig of geen vertrouwen te hebben in de samenwerking met msb’s die nodig is om de IZA-doelstellingen te behalen. En dat terwijl juist nu en in de komende jaren grote veranderingen noodzakelijk zijn. Daarnaast stelt ruim de helft (55%) van de ziekenhuizen dat msb’s een gemiddeld tot heel erg hoog risico vormen voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Dit gebrek aan vertrouwen en vooral het ervaren risico zijn verontrustende uitkomsten. Ze zijn ook opmerkelijk. Want een grote meerderheid van de ziekenhuizen vindt de samenwerking met msb’s op andere onderdelen namelijk voldoende tot (zeer) goed.

### Persoonlijke verhoudingen

De manier waarop msb- en ziekenhuisbestuurders met elkaar omgaan, kan een belangrijke basis zijn voor een goede en constructieve samenwerking. Maar het kan ook een reële bedreiging voor die samenwerking vormen. In discussies over samenwerking tussen msb’s en ziekenhuizen is het goed om voortdurend scherp te zijn op beide kanten van die persoonlijke verhoudingen: ze kunnen de samenwerking en de bestuurbaarheid bevorderen, maar deze ook ontwrichten.

## Kanttekeningen bij het verbeterpotentieel van msb’s

In deze rapportage zijn wij uiteindelijk gekomen tot acht concrete verbeterpunten. Veel ziekenhuizen en msb’s brengen deze verbeterpunten al in meer of mindere mate in praktijk. Toch blijft het de vraag of ziekenhuizen en msb’s ooit helemaal gelijkgericht met elkaar kunnen samenwerken op het niveau dat noodzakelijk is om de IZA-doelstellingen te kunnen realiseren. Ziekenhuizen en msb’s zijn twee afzonderlijke, zelfstandige entiteiten met ieder een eigen fiscale positie. Daaruit vloeit voort dat ze in de kern allebei andere, soms zelfs tegengestelde belangen hebben. En dat roept een andere vraag op. Namelijk of het wel realistisch is om van msb’s te verwachten dat zij hun samenwerking met het ziekenhuis opschroeven naar een niveau dat alleen behaald kan worden als zij hun eigen belangen ondergeschikt maken aan het ziekenhuisbelang. Men kan msb’s moeilijk een verwijt maken als zij - in hun relatie met het ziekenhuis - niet (gaan) handelen op een manier die het behoud van hun eigen zelfstandigheid op het spel zet.

Ook vanuit fiscale overwegingen is er een belang voor msb's om die zelfstandigheid te behouden. Msb's lopen mogelijk een risico hun positie van zelfstandige fiscale entiteit te verliezen. Of dat een reëel risico is, hangt in belangrijke mate af van de Belastingdienst. Het is vooralsnog onduidelijk hoe een toets van de Belastingdienst op het wel/niet bestaan van zelfstandig fiscaal ondernemerschap uitpakt bij een msb, dat (vrijwel) alle verbeterpunten in praktijk heeft gebracht. Op grond van de criteria die de Belastingdienst hanteert, kan geen harde, objectieve grens worden bepaald tot hoe ver de bestuurlijke en financiële samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen mag gaan om nog te kunnen spreken van twee afzonderlijke fiscale entiteiten. Hoe dan ook zouden de fiscale motieven nooit een belemmering mogen vormen om de verbeterpunten, zoals hierboven geformuleerd, door te voeren. Nader onderzoek naar de fiscale positie van msb's in relatie tot de hierboven genoemde verbeterpunten kan mogelijk meer duidelijkheid bieden. Wij adviseren de minister van VWS zo'n onderzoek te laten uitvoeren.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>2</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding en achtergrond	7
1.2 Opdrachtschrijving	8
1.3 Onderzoeksverantwoording	9
<b>2 Bestuurbaarheid van ziekenhuizen</b>	<b>11</b>
2.1 Bestuurlijke besluitvorming	11
2.2 Uniformiteit van strategie	12
2.3 Aannamebeleid vrijgevestigde medisch specialisten	14
2.4 Samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's	16
2.5 Financiële transparantie msb's	26
2.6 Kwaliteit msb-bestuur	30
<b>3 Financiële prikkels</b>	<b>32</b>
3.1 Welke financiële afspraken maken ziekenhuizen en zorgverzekeraars?	33
3.2 Welke financiële afspraken maken ziekenhuizen en msb's?	35
3.3 Welke financiële afspraken maken msb's met hun vakgroepen?	36
3.4 Zijn de financiële afspraken tussen de zorgverzekeraars, ziekenhuizen, msb's en vakgroepen gelijkgericht?	39
<b>4 Conclusies</b>	<b>44</b>
4.1 Het verbeterpotentieel van msb's	44
4.2 Kanttekeningen bij samenwerking en persoonlijke verhoudingen	47
4.3 Kanttekeningen bij het verbeterpotentieel van msb's	48
<b>5 Bijlagen</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 2. Onderzoeksopzet en -methodiek</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage 3. Gelijkgerichtheidsindeling financiële afspraken</b>	<b>61</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en achtergrond

We moeten ervoor zorgen dat ook in de toekomst voor iedereen goede en toegankelijke zorg beschikbaar is. Om dat te bereiken is een verandering nodig in de manier waarop zorg in Nederland wordt aangeboden. Deze verandering noemen wij de transitie naar passende zorg. Ook binnen de medisch-specialistische zorg is deze verandering noodzakelijk.

In het coalitieakkoord van het - demissionaire - vierde kabinet Rutte staat dat ook medisch-specialistische bedrijven (msb's) een verantwoordelijkheid hebben voor de transitie naar passende zorg, voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en voor het afremmen van perverse prikkels. Het akkoord, dat op 15 december 2021 tot stand kwam, maakte duidelijk dat msb's deze verantwoordelijkheid beter moesten nemen. Zij kregen twee jaar om hier genoeg stappen in te zetten. Zou er tegen die tijd onvoldoende verbetering zijn? Dan zou er regelgeving komen *“zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan”* (pag. 36 van het coalitieakkoord).

Ook in het Integraal Zorgakkoord (IZA) komt de transitie naar passende zorg aan bod. Onderdeel van deze transitie is de manier waarop medisch specialisten en ziekenhuizen met elkaar samenwerken. In het IZA is vastgelegd dat deze samenwerking de transitie naar passende zorg moet ondersteunen. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) hebben het IZA ondertekend en hebben zich daarmee aan deze afspraken gecommitteerd. Zo staat in het IZA ook, dat de samenwerking duidelijk strategische (beleids)doelen moet volgen die erop gericht zijn passende zorg voor iedereen tot stand te brengen. Verder staat in het IZA dat afspraken tussen een ziekenhuis en zorgverzekeraar 'doorvertaald' zullen worden naar afspraken tussen ziekenhuizen en hun msb's. Deze doorvertaling moet ook tot uitdrukking komen in de verdeelafspraken naar de vakgroepen binnen de msb's. Op die manier zouden de financiële prikkels binnen msb's de gezamenlijke visie volgen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Als msb's en ziekenhuizen onvoldoende of niet efficiënt samenwerken, dan kan dat een negatieve invloed hebben op de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Een tekortschietende samenwerking kan ook een belemmering vormen voor de transitie naar passende zorg. Voor een goede bestuurbaarheid - en een succesvolle transitie naar passende zorg - is het dus essentieel dat msb's en ziekenhuizen samenwerken en zich daarbij op hetzelfde doel richten. Dat ze, kortom, 'gelijkgericht' zijn.

Deze gelijkgerichtheid heeft zowel een bestuurlijke als een financiële kant. Financiële gelijkgerichtheid vraagt van msb's en ziekenhuizen dat zij hun financiële prikkels zoveel mogelijk op één lijn brengen. Voor de transitie naar passende zorg is belangrijk dat niet alleen de levering van zorg ('productie') lonend is, maar dat ook aan andere factoren een financiële beloning wordt toegekend (zoals kwaliteit, doelmatigheid, preventie en patiëntveiligheid).

## 1.2 Opdrachtomschrijving

Met brief van 20 januari 2023 kreeg de NZa van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opdracht om onderzoek te doen naar medisch-specialistische bedrijven (zie bijlage 1). Vrij vertaald luidde de onderzoeksopdracht: “Breng eerst het verbeterpotentieel van msb's in kaart en lever hiervoor een eerste deelrapportage aan. Geef daarna in een tweede deelrapportage aan in hoeverre dit verbeterpotentieel gerealiseerd is.”

Deze monitor is die eerste deelrapportage. Het gaat hierin om de vraag wat msb's kunnen of moeten verbeteren. Deze vraag wordt onderzocht aan de hand van twee hoofdthema's:

1. **Bestuurbaarheid van ziekenhuizen.** Vormen msb's een risico voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen? Zo ja, kunnen msb's deze risico's wegnemen of verminderen?
2. **Financiële prikkels.** Hebben msb's andere financiële prikkels dan ziekenhuizen? Zo ja, kunnen msb's deze financiële prikkels gelijkgericht krijgen aan die van de ziekenhuizen?

### **Uit de opdrachtbrief van de minister, pag 2.**

*“Voor de monitor vraag ik de NZa om de financiële prikkels binnen msb's, alsmede de positie van msb's in relatie tot de bestuurbaarheid van ziekenhuizen (ook in relatie tot de samenwerking in de regio) gedurende een periode van twee jaar te volgen.*

- *Het deelonderzoek naar de financiële prikkels binnen msb's omvat de financiële afspraken tussen het ziekenhuis en het msb en de interne verdeelsystematiek binnen een msb. Deze financiële afspraken moeten worden gerelateerd aan de financiële contractafspraken tussen het ziekenhuis en de (dominante) zorgverzekeraars.*
- *Het deelonderzoek naar de bestuurbaarheid van ziekenhuizen in relatie tot de aanwezigheid van msb's omvat onder andere de organisatie van msb's en hun invloed op het beleid, de besluitvorming en de zorgkeuzes van ziekenhuizen. Belangrijke aspecten hierbij zijn transparantie en de mate waarin het msb en het ziekenhuis gelijkgericht opereren en regionaal samenwerken.*

*De opdracht bestaat uit het opleveren van een monitorrapport, dat uiteenvalt in twee afzonderlijk (in de tijd) op te leveren deelrapportages:*

1. *De eerste rapportage betreft een nulmeting en moet het verbeterpotentieel in beeld brengen op het gebied van de financiële prikkels binnen msb's en op het gebied van de bestuurbaarheid van ziekenhuizen.*
2. *De tweede rapportage moet vervolgens inzicht geven in hoeverre het verbeterpotentieel, zoals beschreven in de eerste rapportage, is gerealiseerd.”*



## 1.3 Onderzoeksverantwoording

In ons onderzoek hebben wij aan de ziekenhuizen en de msb's gevraagd - los van elkaar - een enquête en een invulformat in te vullen. De enquêtevragen en het invulformat hebben betrekking op de twee hoofdthema's van ons onderzoek: bestuurbaarheid van ziekenhuizen en financiële prikkels binnen msb's. Wij hebben bewust voor deze aanpak gekozen, omdat wij erachter wilden komen hoe deze twee partijen over elkaar, over hun financiële prikkels en over hun onderlinge samenwerking denken. In de beschrijving van de resultaten op de enquête vragen tonen wij zowel de antwoorden van de ziekenhuizen als die van de msb's. Hetzelfde geldt voor de invulformats: wij geven zowel de antwoordresultaten van de msb's als die van de ziekenhuizen weer.

Wij hebben vastgesteld dat ziekenhuizen en msb's op dezelfde vragen (soms heel) verschillend hebben geantwoord. In deze rapportage komen wij uiteindelijk tot acht verbeterpunten. In onze analyses om tot die verbeterpunten te komen, hebben wij uiteindelijk meer gewicht toegekend aan de antwoorden van de ziekenhuizen. Dat is een bewuste keuze geweest. Hieronder lichten we die keuze nader toe.

Dit onderzoek gaat over het verbeterpotentieel van msb's, niet over dat van ziekenhuizen. Wanneer aan msb's zelf wordt gevraagd om aan te geven wat er bij hen niet goed gaat of voor verbetering vatbaar is, dan is dat in zekere zin vergelijkbaar met een slager die gevraagd wordt zijn eigen vlees te keuren. De neiging om het eigen vlees matig tot slecht te beoordelen, zal van nature gering zijn. Msb's vormen hierop geen uitzondering. Dat is ook gebleken uit de door hen verstrekte antwoorden. Over de gehele linie hebben de msb's een aanmerkelijk positiever beeld van hun eigen rol en van de relatie met het ziekenhuis dan de ziekenhuizen. Mogelijk speelt daarbij voor msb's ook nog iets anders mee. Namelijk dat tegen de achtergrond van ons onderzoek een politieke discussie wordt gevoerd over de houdbaarheid van msb's - en van vrijgevestigde medisch specialisten - in het toekomstige zorglandschap. Een meerderheid van de politieke partijen had, al vóór de NZa met dit onderzoek startte, in hun partijprogramma's staan, dat vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst van de ziekenhuizen moeten komen.

Op grond van de bovengenoemde overwegingen vinden wij het verantwoord om de antwoorden die in de enquête en het invulformat door de ziekenhuizen zijn gegeven als uitgangspunt te hanteren voor het formuleren van de acht verbeterpunten in deze rapportage. Wij realiseren ons dat deze antwoorden vaak op meningen en overtuigingen zijn gebaseerd, niet altijd op feiten. In onze rapportage geven wij steeds duidelijk weer wanneer het gaat om een mening of overtuiging en wanneer wij iets als feit presenteren.

De NZa merkt verder op dat een vergelijking tussen medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigde medisch specialisten geen onderdeel is van deze monitor. Wij hebben ons uitsluitend gericht op het verbeterpotentieel van de msb's en daarmee op de vrijgevestigde medisch specialisten. Dat was ook de opdracht van de minister van VWS. Het is daarom niet mogelijk om op basis van dit onderzoek vergelijkende uitspraken te doen over vrijgevestigde medisch specialisten, respectievelijk msb's, versus loondienst-specialisten als het gaat om (risico's voor) de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en gelijkgerichtheid van financiële prikkels.

In onze rapportage ligt - zoals hierboven al werd opgemerkt - de nadruk op het verbeterpotentieel van msb's. Dus op zaken die niet goed of niet goed genoeg gaan, in de relatie tussen msb's en ziekenhuizen. Hierdoor kan bij de lezer mogelijk de indruk ontstaan dat er in dit rapport een te eenzijdig en te negatief beeld van die relatie wordt geschetst. En dat zaken die wel goed gaan, ten onrechte onderbelicht blijven. Wij willen benadrukken, dat uit de enquêteresultaten is gebleken dat niet alleen de

msb's, maar ook de ziekenhuizen bij de meeste onderzoeksonderwerpen een overwegend positief beeld hebben over de onderlinge relatie.

Tot slot zijn er enkele onderwerpen waarover wij wel vragen hebben gesteld in de enquête, maar waarover wij in deze rapportage niets hebben opgemerkt. Dat komt, omdat het dan om onderwerpen gaat waarvan wij geen of bijna geen verbeterpotentieel voor msb's aantreffen, of waarvan wij onvoldoende informatie hadden om uitspraken te kunnen doen over het verbeterpotentieel. In bijlage 2 is de onderzoeksopzet en -methodiek beschreven. Hierin is ook een opsomming te vinden van deze onderwerpen.

# 2 Bestuurbaarheid van ziekenhuizen

## 2.1 Bestuurlijke besluitvorming

In het IZA staat dat één overlegtafel, waaraan het ziekenhuisbestuur en vertegenwoordigers van alle medisch specialisten deelnemen, een randvoorwaarde is voor gelijkgerichte samenwerking. Het msb-bestuur moet dus een gemandateerde vertegenwoordiging bevatten van de vrijgevestigde medisch specialisten. Hieruit leiden wij af dat het msb ook op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd moet zijn aan deze overlegtafel om de IZA-doelstellingen te kunnen bereiken.

### **Uit het IZA, pag. 42**

*“Belangrijke randvoorwaarde om gelijkgericht te kunnen samenwerken is het behouden/organiseren van één overlegtafel tussen raad van bestuur met een gemandateerde vertegenwoordiging van alle medisch specialisten.”*

### **Maken msb's deel uit van de bestuurlijke overlegstructuur van ziekenhuizen?**

Vrijwel altijd. Uit ons onderzoek blijkt dat in 2023 meer dan 90% van de ziekenhuizen een bestuurlijke overlegstructuur heeft waarin zowel het ziekenhuis als het msb zijn vertegenwoordigd. Deze overlegstructuur is in bijna al deze gevallen schriftelijk vastgelegd.

Vaak zijn naast het ziekenhuis en het msb ook de medisch specialisten in loondienst vertegenwoordigd aan de bestuurlijke overlegtafel – via de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD). Soms zit de VMSD als afzonderlijk overlegorgaan aan tafel, soms zijn de VMSD en het msb verenigd in één orgaan: de Vereniging Medische Staf (VMS).

We zien kortom dat gezamenlijke bestuurlijke besluitvorming in vrijwel alle ziekenhuizen organisatorisch goed is ingebed.

## 2.2 Uniformiteit van strategie

Een gezamenlijke (meerjaren)strategie bevordert de samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen – en dus de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. In het IZA wordt ook ingegaan op het belang van een gezamenlijke strategie.

### Uit het IZA, pag. 41

*“Het ziekenhuisbestuur ontwikkelt in gezamenlijkheid met (een gemandateerde afvaardiging van) de besturen (voor zover lokaal aanwezig) van de Coöperatie Medisch Specialisten, de Vereniging Medische Staf, het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) en de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband de visie, strategie en beleid van het ziekenhuis ten aanzien van het realiseren van de beoogde transformatie naar Passende zorg en Gepast Gebruik.”*

### Hebben msb's en ziekenhuizen een gezamenlijke (meerjaren)strategie?

Een grote meerderheid van de ziekenhuizen en msb's geeft aan dat zij een gezamenlijke (meerjaren)strategie heeft. Het is opvallend dat het percentage msb's dat dit aangeeft (80,7%) hoger is dan het percentage ziekenhuizen (70,0%).

### Wat vinden msb's en ziekenhuizen van de uitvoering van hun gezamenlijke (meerjaren)strategie?

Als we deze vraag voorleggen aan ziekenhuizen en msb's, zien wij dat een grote meerderheid van zowel de ziekenhuizen (85,7%) als de msb's (82,7%) een redelijk goede tot uitstekende samenwerking ervaart. Maar die uitkomst stemt niet helemaal overeen met het antwoord dat ziekenhuizen geven op een andere vraag. Want heel wat minder ziekenhuizen (65,0%) vinden dat msb's - naast hun eigen belang - in staat zijn ook het overkoepelende ziekenhuisbelang of het maatschappelijke belang te dienen. Bij het maatschappelijke belang gaat het dan in het bijzonder om het behalen van IZA-doelstellingen en dus om het realiseren van de transitie naar passende zorg (zie ook paragraaf 2.4).

### Verbeterpotentieel: stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast

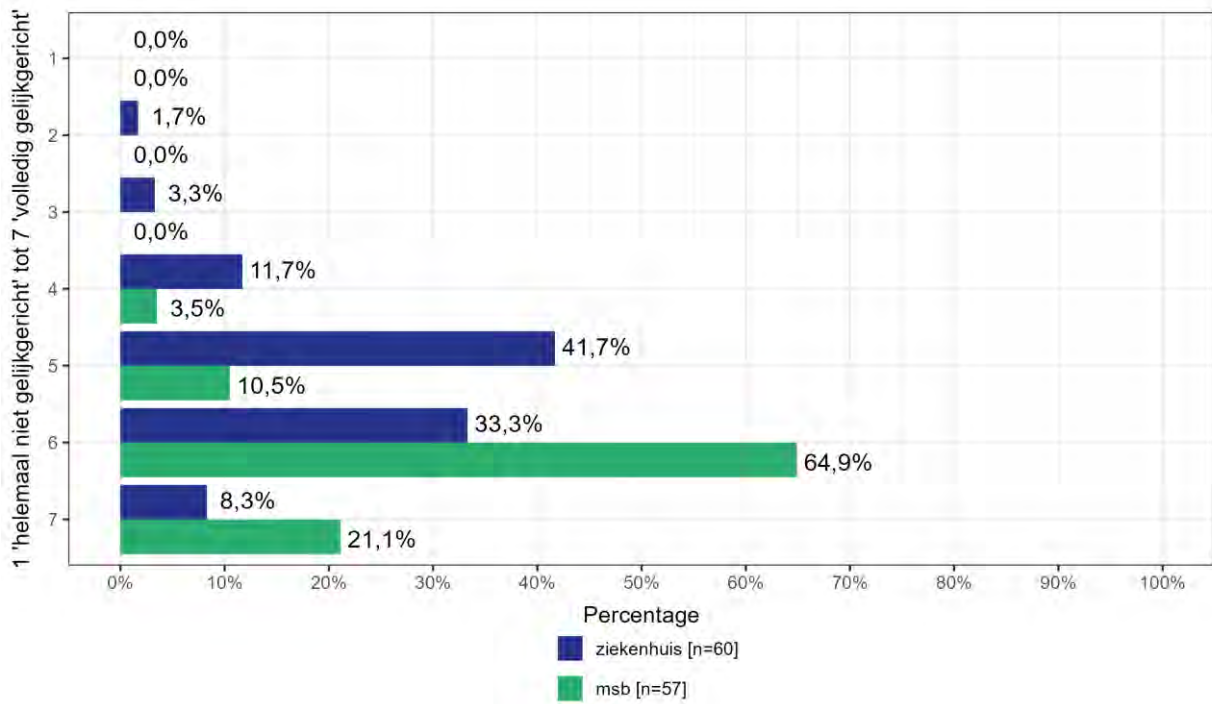
Voor 30% van de msb's en bijbehorende ziekenhuizen is een verbeterpunt dat zij gezamenlijk tot een (meerjaren)strategie zouden moeten komen en deze vervolgens ook schriftelijk zouden moeten vastleggen. Dit verbeterpunt geldt dus niet alleen voor de msb's, maar ook voor de ziekenhuizen, omdat het gaat om een gezamenlijke inspanning. Een (meerjaren)strategie vormt een belangrijke basis om de IZA-doelstellingen rondom passende zorg te kunnen realiseren. En met een gezamenlijk opgestelde en vastgelegde (meerjaren)strategie zijn msb's en ziekenhuizen beide aanspreekbaar op de uitvoering van die strategie.

### Hoe gelijkgericht zijn de beleidsmatige en bestuurlijke belangen van ziekenhuizen en msb's?

De msb's én de ziekenhuizen geven een hoge score aan die gelijkgerichtheid. Van de ziekenhuizen geeft 83,3% aan dat de bestuurlijke en beleidsmatige belangen van het msb overwegend tot volledig gelijkgericht zijn aan die van het ziekenhuis. Van de msb's zegt 96,5% hetzelfde. Zie figuur 1 hieronder.

Als die gelijkgerichtheid zo groot is, ligt het voor de hand dat ziekenhuizen en msb's ook een hoge score geven aan het samen ontwikkelen en uitvoeren van de (meerjaren)strategie van het ziekenhuis. Dit blijkt ook het geval. In hoofdstuk 3 gaan wij in op de financiële gelijkgerichtheid. De financiële gelijkgerichtheid is eveneens van invloed op de effectiviteit van de samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's. En dus ook op de bestuurbaarheid van ziekenhuizen.

**Figuur 1: Gelijkgerichtheid van beleidsmatige en bestuurlijke belangen**



Bron: Enquête NZa

## 2.3 Aannamebeleid vrijgevestigde medisch specialisten

In het IZA staat dat zorgaanbieders – ook binnen hun eigen organisaties – gelijkgericht moeten handelen om een impactvolle transformatie succesvol te kunnen doorvoeren. Dit soort transformaties kunnen gevolgen hebben voor de inzet van personeel. Dat geldt dus ook voor de inzet van medisch specialisten. Een ziekenhuis kan bijvoorbeeld de noodzaak ervaren om haar zorgportefeuille te wijzigen. Zo'n wijziging kan gepaard gaan met het uitbreiden van specialismen, maar ook met krimp van andere specialismen. De wijziging raakt daarmee de inzet van medisch personeel dat in loondienst of via vrije vestiging werkzaam is voor het ziekenhuis. Tegen deze achtergrond is het belangrijk dat ziekenhuizen en msb's een evenredig aandeel hebben in het aannamebeleid van vrijgevestigde medisch specialisten (zie ook onderstaand tekstkader met een verwijzing naar het IZA en een [rapport](#) van advocatenkantoor AKD). In ons onderzoek hebben wij ons beperkt tot het aannamebeleid van vrijgevestigde medisch specialisten.

### Uit het IZA, pag. 100

*“Criteria voor impactvolle transformaties: Een transformatie wordt aangemerkt als impactvol als er sprake is van een substantiële impact op:*

- a. het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet*
- b. inzet van personeel*
- c. regionale herverdelingsvraagstukken (profielkeuzes) en/of*
- d. omvang van het zorgvastgoed, waarbij impact een relatief begrip is en in relatie staat tot de omvang van de zorgaanbieder*

*[...]*

*Ook voor zorgaanbieders geldt dat zij waar nodig gelijkgericht werken aan impactvolle transformaties; zowel ten opzichte van andere zorgaanbieders als binnen hun eigen organisatie (bijvoorbeeld tussen het ziekenhuis en het MSB).”*

### Uit het [AKD-rapport 'Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst'](#), pag. 23

*“In de derde plaats mist het ziekenhuisbestuur bij vrijgevestigden sturingsmogelijkheden die het bij medisch specialisten in loondienst wel heeft. Indien het ziekenhuis met loondiensters bijvoorbeeld wil uitbreiden op de cardiologie, kan het een cardioloog aannemen. Indien het op dermatologie wil krimpen, dan zoekt het voor de gepensioneerde dermatoloog geen vervanging. Bij een MSB is het ziekenhuis voor de realisering van dat soort wensen afhankelijk van de bereidheid daartoe van het MSB. De mogelijkheid om op cruciale posten binnen de organisatie personeelsbeleid te voeren, is er niet.”*

### Hoe ziet de betrokkenheid van ziekenhuizen en msb's eruit? Hebben ze allebei evenveel invloed op het aannamebeleid van vrijgevestigde medisch specialisten?

Naast de msb's zelf blijken ook vrijwel alle ziekenhuizen betrokken bij het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten. Hierbij gaat het om specialisten die zich, nadat ze zijn aangenomen, aan het msb verbinden. In verreweg de meeste ziekenhuis-msb relaties (minstens 80%) beslist uiteindelijk het msb of een kandidaat aangenomen wordt – of anders gezegd: of die kandidaat zich verbindt aan het msb, als lid van de coöperatie of de maatschap. In ongeveer driekwart van de ziekenhuis-msb relaties heeft het ziekenhuis weliswaar invloed op het aannamebeleid (via een adviesstem), maar beslist uiteindelijk het msb (73,7% van de msb's en 73,4% van de ziekenhuizen gaven dit als antwoord). In een zeer gering aantal van de ziekenhuis-msb relaties beslist uiteindelijk het ziekenhuis over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten (1,8% van de msb's en 5,0% van de ziekenhuizen gaven dit als antwoord). En in ongeveer een vijfde van de ziekenhuis-msb relaties heeft het ziekenhuis een andere vorm van inspraak (21,6% van de msb's en 18,7% van de ziekenhuizen gaven dit als antwoord). Ten slotte heeft in een verwaarloosbaar aantal ziekenhuis-msb relaties het ziekenhuis nauwelijks tot geen

betrokkenheid bij de aanname van nieuwe vrijgevestigde medisch specialisten (3,5% van de msb's en 3,3% van de ziekenhuizen gaven dit als antwoord).

### **Zijn ziekenhuizen en msb's tevreden over hun rol in het aannamebeleid van vrijgevestigde medisch specialisten?**

De meeste msb's (98,2%) en een grote meerderheid van de ziekenhuizen (85,0%) zeggen dat ze tevreden zijn over het aannameproces, inclusief hun eigen rol daarin. Met name het hoge tevredenheidspercentage bij ziekenhuizen valt op, omdat de msb's (uiteindelijk) in bijna driekwart van de gevallen de beslissende stem hebben bij het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten en de betrokkenheid van de ziekenhuizen beperkt blijft tot een adviserende rol. Het aannamebeleid raakt immers de bestuurbaarheid van het ziekenhuis: het zorgaanbod en de zorgportefeuille van het ziekenhuis worden bepaald door – en zijn deels afhankelijk van – de (hoeveelheid) medisch specialisten die voor het ziekenhuis werkzaam zijn. Naarmate een ziekenhuisbestuur minder te zeggen heeft over het aannemen van medisch specialisten, kan de bestuurbaarheid van het ziekenhuis dus afnemen. En dat kan het behalen van de IZA-doelstellingen negatief beïnvloeden.

### **Verbeterpotentieel: beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten**

De verantwoordelijkheid en zeggenschap over het aannemen van medisch specialisten zou gelijkwaardig verdeeld moeten zijn tussen msb's en ziekenhuizen. Dit is geen verbeterpunt voor msb's alleen. Ziekenhuizen en msb's moeten dit samen tot stand brengen. Dit zou bovendien de algehele samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's verder kunnen versterken.

## 2.4 Samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's

In het IZA wordt op meerdere plaatsen ingegaan op de samenwerking tussen ziekenhuizen en zorgprofessionals, waaronder medisch specialisten. In ons onderzoek willen wij antwoord krijgen op de vraag hoe die samenwerking wordt ervaren door ziekenhuizen en msb's. Een vraag die daaruit voortvloeit is of ziekenhuizen en msb's tevreden zijn over die samenwerking. Het antwoord op deze vragen hangt ook af van een andere vraag: of msb's waar nodig voldoende in staat zijn om hun eigen belang ondergeschikt te maken aan het grotere ziekenhuisbelang – of aan het maatschappelijke belang om de IZA-doelstellingen te behalen.

### **Uit het IZA, pag. 41**

*“b. Zorgaanbieders handelen gelijkgericht, zowel onderling als intern. In de MSZ is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en alle zorgprofessionals, waaronder medisch specialisten om gelijkgericht te werken aan de beoogde transformatie.*

*[...]*

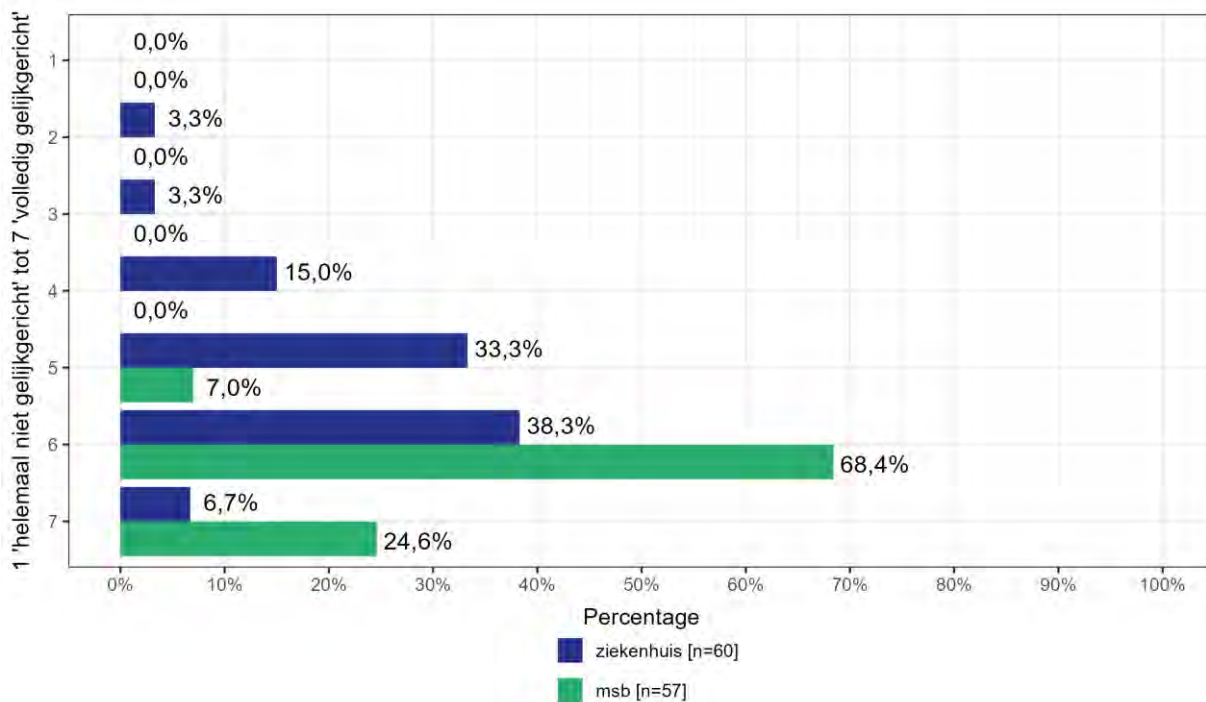
*Gegeven de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialisten in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur in het kader van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg wordt transparant met elkaar samengewerkt aan het afstemmen van het beleid gericht op die strategische doelen. Dit moet leiden tot een gezamenlijk commitment van raad van bestuur en medisch specialisten die te maken hebben met Passende Zorg, Gepast gebruik, het verstevigen van de regionale samenwerking over ketens heen, met meer gezamenlijke regie op kwaliteit en spreiding & concentratie van zorg.”*

### **Samenwerking en gelijkgerichtheid van belangen. Zijn de belangen van msb's gelijkgericht aan die van ziekenhuizen?**

Uit de enquêteresultaten komt naar voren dat een grote meerderheid van zowel de msb's (93,0%) als de ziekenhuizen (84,9%) veel vertrouwen heeft in de onderlinge samenwerking. Bovendien vinden alle msb's (100%) en de meerderheid van de ziekenhuizen (78,3%) dat hun eigen belangen voldoende tot volledig gelijkgericht zijn aan de belangen van de ander. Wel zien wij dat ziekenhuizen weliswaar positief zijn over de gelijkgerichtheid van hun belangen aan die van de msb's, maar dat zij in die waardering minder uitgesproken positief zijn dan msb's. In onderstaande figuur 2 zien wij dat terug. In paragraaf 2.2 zijn wij ook ingegaan op de gelijkgerichtheid van de beleidsmatige en bestuurlijke belangen.



**Figuur 2: Gelijkgerichtheid van belangen**

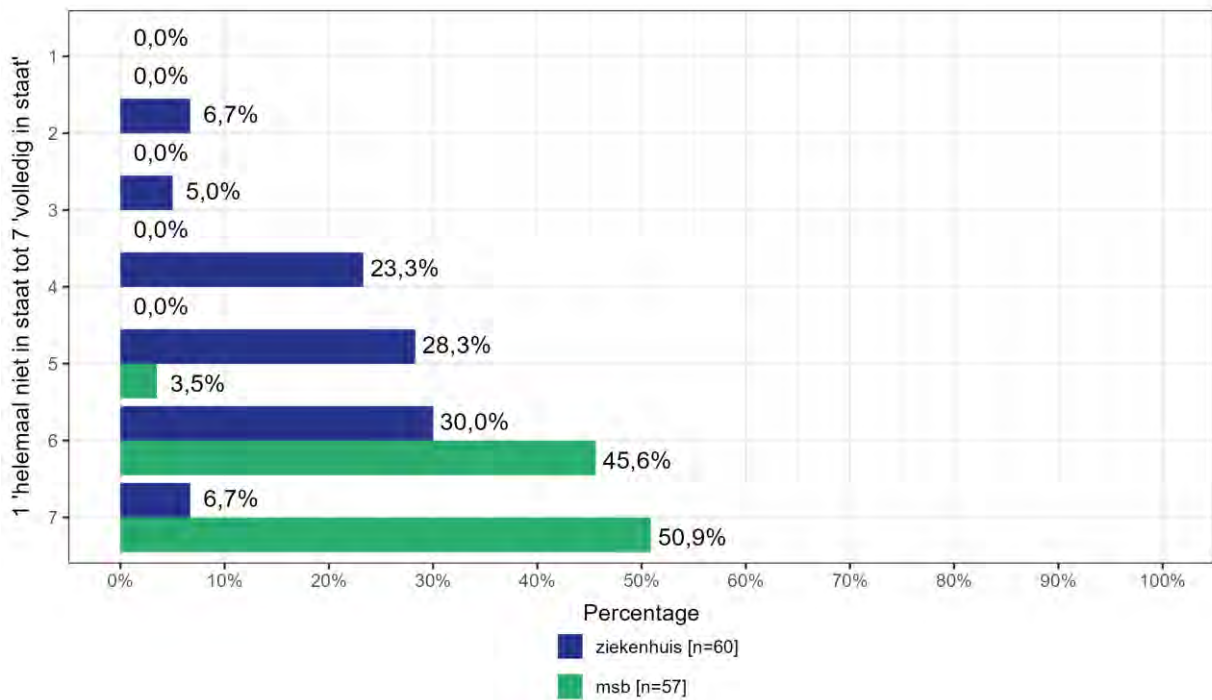


Bron: Enquête NZa

**Samenwerking en overkoepelend ziekenhuisbelang. Kunnen msb's hun eigen belangen ondergeschikt maken aan het overkoepelende ziekenhuisbelang?**

Wij hebben in het kader van de onderlinge samenwerking gevraagd naar het vermogen van msb's om niet alleen het eigen belang, maar ook het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen. Alle msb's (100%) vinden dat zij zelf goed tot volledig in staat zijn om naast het eigen belang ook het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen. Een veel lager percentage (65,0%) van de ziekenhuizen vindt dat msb's daar goed tot volledig toe in staat zijn. Meer dan een derde (35,0%) van de ziekenhuizen vindt dat msb's in (zeer) beperkte mate in staat zijn om naast het eigen belang ook het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen. Zie figuur 3 hieronder.

**Figuur 3: Gelijkgerichtheid met overkoepelend ziekenhuisbelang**



Bron: Enquête NZa

Ook uit de interviews die wij met ziekenhuisbestuurders hebben gevoerd, kwam regelmatig terug dat gesprekken en overleggen met msb's vaak gaan over financiële kwesties die specifiek het eigen msb-belang raken of dat van haar vakgroepen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan onderwerpen die de inkomsten van het msb of die van haar vakgroepen beïnvloeden. Of onderwerpen die gaan over de omvang van de zorgproductie (bijvoorbeeld aantallen patiënten) van het msb of haar vakgroepen. De nadruk van msb's op het eigen (financiële) belang gaat volgens deze ziekenhuisbestuurders dan ten koste van bijvoorbeeld de zorginhoud, de realisatie van de meerjarenagenda of de noodzakelijke veranderingen rondom passende zorg.

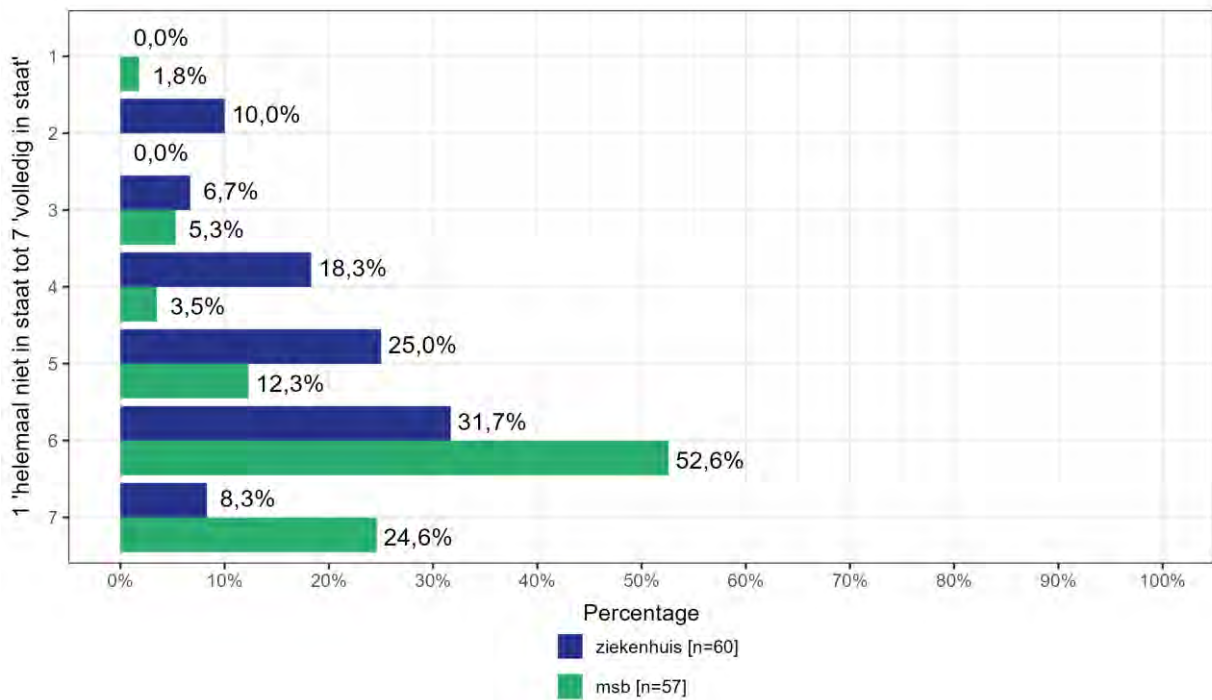
**Verbeterpotentieel: maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het ziekenhuisbelang**

Op basis van de antwoorden van de ziekenhuizen is er voor 35% van de msb's ruimte voor verbetering om naast het eigen belang meer oog te hebben voor het overkoepelende ziekenhuisbelang.

**Samenwerking en maatschappelijk belang. Kunnen msb's hun eigen belangen ondergeschikt maken aan het maatschappelijk belang (passende zorg)?**

Het antwoord op deze vraag lijkt sterk op dat van de vorige vraag. Van de ziekenhuizen vindt opnieuw 35,0% dat msb's maar in beperkte of zeer beperkte mate in staat zijn om - naast hun eigen belang - voldoende oog te hebben voor het maatschappelijk belang. Oftewel: om de IZA-doelen rond passende zorg - waar nodig - voorrang te geven boven hun eigen belangen. Zie figuur 4 hieronder.

**Figuur 4: Gelijkgerichtheid met maatschappelijk belang**



Bron: Enquête NZa

**Verbeterpotentieel: maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het maatschappelijke belang**

Op basis van de antwoorden van de ziekenhuizen is er voor 35% van de msb's ruimte voor verbetering om naast het eigen belang meer oog te hebben voor het maatschappelijk belang.

**Samenwerking en persoonlijke verhoudingen. Welke rol spelen persoonlijke verhoudingen in het opbouwen en behouden van constructieve samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen?**

Goede persoonlijke verhoudingen zijn zeer belangrijk voor succesvolle samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen. Dat blijkt uit veel van onze interviews met ziekenhuizen en msb's. Zij verwezen vaak naar de eigen situatie, waarin ze succesvolle samenwerking zagen en deze voor een belangrijk deel toeschreven aan goede onderlinge relaties. Een goede onderlinge relatie creëert namelijk rust en vertrouwen. Het omgekeerde geldt ook: wij kregen ook terug dat slechte persoonlijke verhoudingen de samenwerking (kunnen) ondermijnen.

Goede persoonlijke relaties tussen msb's en ziekenhuizen worden soms op de proef gesteld. Zoals we al eerder in deze deelrapportage benoemden, kunnen soms pijnlijke beslissingen noodzakelijk zijn. Het kan dan gaan om beslissingen die de belangen van msb's en hun vrijgevestigde medisch specialisten rechtstreeks raken (zie ook onderstaand tekstkader met een verwijzing naar het IZA). Dergelijke beslissingen kunnen de onderlinge persoonlijke relaties tussen ziekenhuizen en msb's onder druk zetten. Een aansprekend voorbeeld hiervan is te lezen in het rapport 'Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst', dat advocatenkantoor AKD in 2021 uitbracht. In dit voorbeeld staan de moeizame en langdurige pogingen van een ziekenhuis centraal om een geïntegreerd vasculair centrum op te richten. Deze pogingen liepen stuk op belangentegenstellingen tussen de betrokken vakgroepen én tussen het msb en het ziekenhuis.

Als relaties onder druk staan of al niet goed waren, kan dat negatieve impact hebben op de samenwerking tussen het msb en het ziekenhuis – en daarmee op de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Het kan uiteindelijk zelfs de continuïteit van de zorgverlening van het ziekenhuis in gevaar brengen. Dat bleek ook uit het hierboven genoemde voorbeeld in het AKD-rapport. Goede persoonlijke relaties kunnen dus een solide basis vormen voor deze samenwerking, bestuurbaarheid en continuïteit van de zorgverlening, maar het kan ook een kwetsbaarheid zijn voor de samenwerking als de persoonlijke relaties onder druk staan of slecht zijn.

#### **Uit het IZA, pag. 41**

*“a. Het realiseren van de beoogde transformatie naar passende zorg vraagt om commitment van zowel zorgaanbieders als zorgprofessionals en patiëntenorganisaties voor lastige portfoliokeuzes die te maken hebben met verstevigen van de (regionale) samenwerking over ketens heen, met meer regie op kwaliteit, toegankelijkheid en met spreiding en concentratie van zorg.”*

Wij hebben ziekenhuizen en msb's gevraagd of zij er vertrouwen in hebben dat zij met elkaar moeilijke keuzes kunnen maken die voor hen allebei ingrijpende consequenties hebben. De enquêteresultaten laten zien dat een (grote) meerderheid van zowel de msb's (87,7%) als de ziekenhuizen (71,6%) daarin vertrouwen of zelfs het volste vertrouwen heeft. Toch zien wij ook dat 20,0% van de ziekenhuizen niet kan aangeven of zij samen met het msb dit soort moeilijke keuzes kan maken. Een aantal ziekenhuizen (8,4%) heeft daar zelfs weinig of totaal geen vertrouwen in. Het gebrek aan vertrouwen in de samenwerking vormt een risico voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Het kan een belemmering vormen om de noodzakelijke stappen te zetten naar passende zorg.

#### **Samenwerking en fiscale motieven. Voor het slagen van de transitie naar passende zorg is het noodzakelijk dat msb's en ziekenhuizen hun samenwerking (zeer) vergaand doorvoeren. Vormen fiscale motieven een belemmering voor msb's om (zeer) vergaand samen te werken met ziekenhuizen?**

Wij hebben in onze enquête zowel de ziekenhuizen als de msb's gevraagd in welke mate zij het eens zijn met de volgende stelling: *“Een belemmering voor volledige gelijkgerichtheid, zowel financieel als bestuurlijk, tussen msb en ziekenhuis is het risico dat het msb daarmee de status van fiscale onderneming, resp. het fiscaal ondernemerschap, kwijtraakt.”* Uit de resultaten blijkt dat 23,3% van de ziekenhuizen het met deze stelling (volledig) eens is. Bij de msb's is dit percentage gelijk aan 17,5%.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat sommige msb's een drempel kunnen ervaren om de samenwerking met ziekenhuizen voorbij een kritische grens te laten gaan. Dat wil zeggen: als ze de samenwerking te ver doorvoeren, lopen ze mogelijk het risico dat de Belastingdienst hen niet langer beschouwt als zelfstandige fiscale entiteit, respectievelijk als fiscale onderneming. Een gevolg daarvan zou kunnen zijn dat msb's belangrijke fiscale voordelen, die zij nu (nog wel) hebben, kwijt kunnen raken.

Het is onduidelijk waar die kritische grens precies ligt, omdat de fiscus van geval tot geval beoordeelt of sprake is van een fiscale onderneming. Deze beoordeling gebeurt aan de hand van een aantal criteria die in onderlinge samenhang gewogen en beoordeeld worden. Zie ook de passage uit het geciteerde Kamerstuk hieronder.

In meerdere bronnen vinden wij aanwijzingen dat fiscale motieven een belemmering kunnen vormen voor msb's om de samenwerking met ziekenhuizen te intensiveren: de enquêteresultaten, enkele interviews met ziekenhuisbestuurders en de voorbeelden die in het [AKD-rapport](#) 'Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst' worden genoemd (zie ook onderstaand tekstkader met een verwijzing naar het [AKD-rapport](#)).

**Uit: Kamerstuk 32642, nr. 5, brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Financiën, pag. 4**

*“De criteria om van ondernemerschap te spreken zijn ontwikkeld in de jurisprudentie. Het gaat daarbij met name om de volgende elementen:*

- *de duurzaamheid en de omvang van de werkzaamheden;*
- *organisatie van kapitaal en arbeid*
- *de grootte van de brutobaten;*
- *de winstverwachting;*
- *het lopen van (ondernemers)risico t.a.v. onder meer omzet, aansprakelijkheid, en debiteuren;*
- *de mate van zelfstandigheid bij het verrichten van werkzaamheden;*
- *de beschikbare tijd;*
- *de bekendheid die naar buiten aan de werkzaamheid wordt gegeven, bijvoorbeeld door het maken van reclame;*
- *het aantal opdrachtgevers;*
- *het spraakgebruik, wat in objectieve zin als zodanig wordt aangemerkt.*

*Afhankelijk van de omstandigheden weegt het ene element zwaarder dan een ander element en kunnen ook nog andere elementen een rol spelen. Geen van de elementen is op zich voldoende doorslaggevend voor een finaal oordeel. Het vergt per geval een beoordeling, waarbij de elementen die in onderlinge samenhang gewogen en beoordeeld worden, leiden tot de uiteindelijke conclusie of sprake is van een onderneming voor de inkomstenbelasting.”*

**Uit het AKD-rapport ‘Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst’, pag. 22-23**

*“De vraag is echter bij wie het primaat ligt en wie aanspreekbaar is om de gewenste veranderingen tot stand te brengen. Dat is in de Nederlandse context het bestuur van het ziekenhuis.*

*Ziekenhuisbestuurders vinden zich onvoldoende gepositioneerd om die verantwoordelijkheid op alle vlakken waar te maken.*

*Met het voorgaande hangt samen dat fiscale overwegingen voor het MSB soms aan optimalisatie van de besturing van het ziekenhuis in de weg staan. Enkele voorbeelden ter illustratie. In veel ziekenhuizen is duaal bestuur ingevoerd waarbij het MSB een medisch manager levert voor een zorgeenheid. Het functieprofiel voor een medisch manager, een functie in de lijn van het ziekenhuis die vervuld wordt door een lid van het MSB, moest met de fiscalist van het MSB worden afgestemd. Uit fiscale overwegingen moest voorkomen worden dat uit de functieomschrijving zou kunnen volgen dat het ziekenhuis gezag kon uitoefenen over de medisch manager, terwijl die wel onder het gezag van het bestuur van het ziekenhuis functioneert. Ook komt een samenvoeging van de Vereniging Medische Staf en het MSB niet tot stand om fiscale redenen. Co-bestuur – een medisch specialist in het bestuur van het ziekenhuis – wordt op sommige plekken om fiscale redenen afgehouden.*

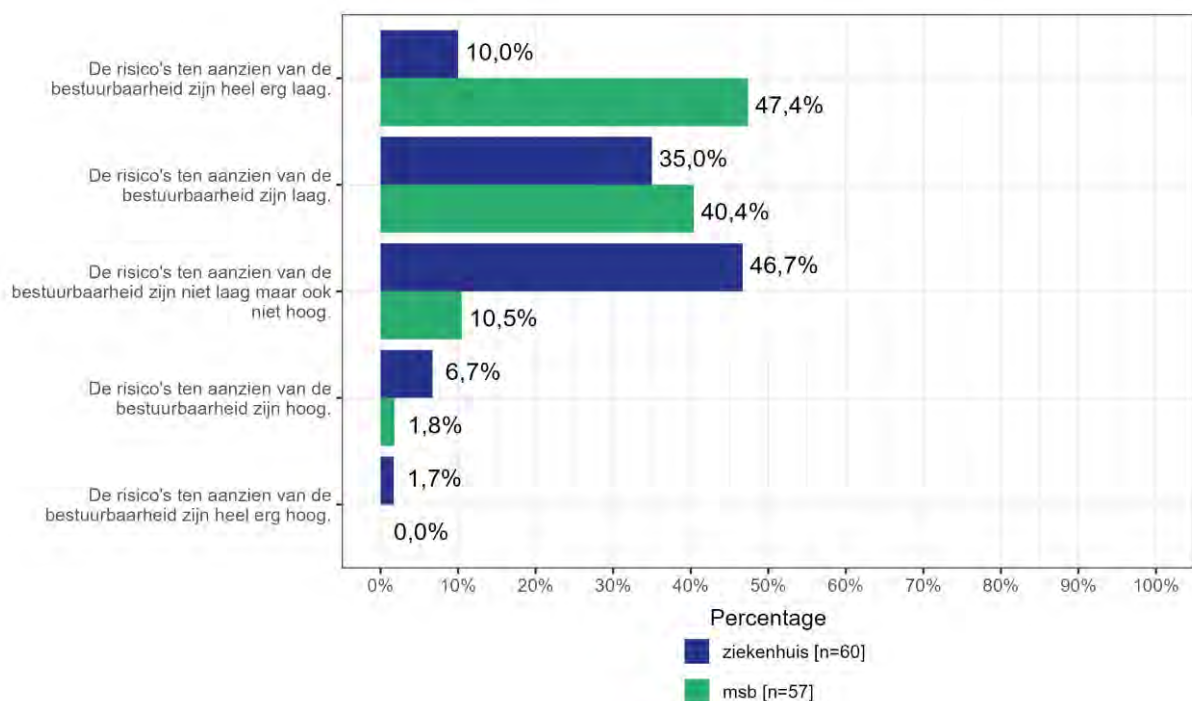
*In de tweede plaats wordt het als onnatuurlijk gezien dat naast het ziekenhuis een aparte bedrijfskolom staat die er de facto onderdeel van uit maakt, maar bestuurlijk, juridisch en financieel gescheiden is. Vanuit operationeel perspectief is er geen goede reden voor twee afzonderlijke bedrijven.”*

### Samenwerking en bestuurbaarheid. Zijn msb's in algemene zin een risico voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen?

Kan in z'n algemeenheid worden gesteld dat het bestaan (aanwezigheid) van een msb risico's met zich meebrengt voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis? Die vraag legden we voor aan msb's en ziekenhuizen. Figuur 5 moet worden gelezen als een oplopende schaal, waarbij het risico steeds toeneemt. Wij spreken daarom over een gemiddeld risico bij de middelste antwoordcategorie.

Een grote meerderheid (87,8%) van de msb's vindt dat hun bestaan een laag tot heel erg laag risico vormt voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Meer dan de helft van de ziekenhuizen daarentegen is op dit punt opvallend minder positief: in totaal geeft zo'n 55% van de ziekenhuizen aan dat zij in het bestaan van het msb een gemiddeld (46,7%), hoog (6,7%) of heel erg hoog risico (1,7%) zien voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis (zie figuur 5 hieronder).

**Figuur 5: Risico's ten aanzien van de bestuurbaarheid**



Bron: Enquête NZa

We vinden het opmerkelijk dat 55% van de ziekenhuizen in het bestaan van het msb een gemiddeld (46,7%), hoog (6,7%) of heel erg hoog (1,7%) risico ziet voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. We zien namelijk dat de samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen door beide partijen overwegend positief worden beoordeeld. Op een 7-puntsschaal die van zeer slecht tot zeer goed loopt, waardeert 88,4% van de ziekenhuizen en 94,7% van de msb's de samenwerking met een vijf of hoger. Wij zagen ook dat een veel hoger percentage ziekenhuizen (71,6%) vertrouwen of zelfs het volste vertrouwen heeft in de samenwerking met msb's om moeilijke keuzes te maken in het kader van passende zorg.

*Hoe kunnen we de risico's verklaren die ziekenhuizen zien in de aanwezigheid van het msb in relatie tot de bestuurbaarheid?*

Eén mogelijk antwoord draait om belangen. AKD schrijft onder meer dat er in alle ziekenhuizen een geïnstitutionaliseerd belangenconflict is tussen het msb en het ziekenhuis. Dit conflict is volgens hen in sommige ziekenhuizen weliswaar hanteerbaar (gemaakt), maar verdwijnt nooit volledig. Belangrijke beleidsinhoudelijke afspraken en discussies kunnen vertroebeld raken doordat het msb of zijn leden

vasthouden aan het eigen (financiële) belang. Denk daarbij aan afspraken en discussies over de inkoop van hulpmiddelen, de profielkeuze van een ziekenhuis, de locatiekeuze van vervangende nieuwbouw en het wel of niet afschalen van bepaalde vormen van zorg.

Die vertroebeling is er niet altijd, maar de zakelijke verhouding die msb's hebben met ziekenhuizen roept wel steevast een spanningsveld op. Met mogelijk een nadelige invloed op een slagvaardige en efficiënte bestuurlijke besluitvorming. Dit spanningsveld vormt dus een risico voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Hoezeer het precies de bestuurbaarheid van het ziekenhuis (negatief) beïnvloedt, dat hangt volgens AKD af van allerlei factoren. Zoals de persoonlijke verhoudingen tussen ziekenhuis- en msb-bestuurders, de slagkracht van het msb-bestuur en de inhoud van de bestuurlijke agenda.

Ook in ons eigen onderzoek hebben wij concrete aanwijzingen gevonden die duiden op de aanwezigheid van het geïnstitutionaliseerde belangenconflict waar AKD over spreekt. Met name hebben deze aanwijzingen betrekking op de in de kern niet overeenstemmende bedrijfs- en organisatiebelangen van het ziekenhuis en het msb. Een aantal voorbeelden: de ontvangen reacties op de stelling over de fiscale motieven (paragraaf 2.4), de door ziekenhuizen ervaren gebrekkige financiële transparantie van msb's (paragraaf 2.5) en de antwoorden op de enquêtevraag over de gelijkgerichtheid van financiële belangen (paragraaf 3.4).

Deze aanwijzingen roepen een andere vraag op. Namelijk of het wel realistisch is om van msb's te verwachten dat zij hun samenwerking met het ziekenhuis opschroeven naar een niveau dat alleen behaald kan worden als zij hun eigen belangen ondergeschikt maken aan het ziekenhuisbelang. Men kan msb's moeilijk een verwijt maken als zij - in hun relatie met het ziekenhuis - niet (gaan) handelen op een manier die het behoud van hun eigen zelfstandigheid op het spel zet.

Ook vanuit fiscale overwegingen is er een belang voor msb's om die zelfstandigheid te behouden. Msb's lopen mogelijk een risico hun positie van zelfstandige fiscale entiteit te verliezen. Of dat een reëel risico is, hangt in belangrijke mate af van de Belastingdienst. Het is vooralsnog onduidelijk hoe een toets van de Belastingdienst op wel/niet bestaan van zelfstandig fiscaal ondernemerschap uitpakt bij een msb, dat (vrijwel) alle verbeterpunten in praktijk heeft gebracht. Op grond van de criteria die de Belastingdienst hanteert, kan geen harde, objectieve grens worden bepaald tot hoe ver de bestuurlijke en financiële samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen mag gaan om nog te kunnen spreken van twee afzonderlijke fiscale entiteiten. Nader onderzoek zou hierover mogelijk meer duidelijkheid kunnen bieden.

### **Samenwerking bij aanwezigheid meerdere msb's. Nemen de risico's voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen toe bij aanwezigheid van meerdere msb's?**

Hierboven gaven wij al aan dat uit de enquêteresultaten blijkt dat een grote meerderheid van de ziekenhuizen (71,7%) met één msb samenwerkt. Deze uitkomst is exclusief een eventueel samenwerkingsverband met tandheelkundig specialistische bedrijven (tsb's) van kaakchirurgen. Ruim een kwart van de ziekenhuizen (28,5%) geeft aan dat zij met meerdere msb's samenwerken. In vijf ziekenhuizen is zelfs sprake van een samenwerkingsverband met acht of meer msb's.

Om meer zicht te krijgen op hoe ziekenhuizen en msb's aankijken tegen de (on)wenselijkheid van de aanwezigheid van meerdere msb's bij één ziekenhuis hebben wij hun een stelling voorgelegd. Die stelling luidde: *“De bestuurbaarheid van een ziekenhuis is niet gediend met de aanwezigheid van meer dan één msb.”* Een grote meerderheid van de ziekenhuizen (83,3%) is het met deze stelling (volledig) eens. Bij de msb's is dit percentage gelijk aan 78,9%.

Een zeer opvallende uitkomst is dat 82,4% van de groep ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden, heeft aangegeven het (volledig) eens te zijn met de stelling. Daaruit kan worden geconcludeerd dat deze groep ziekenhuizen ontevreden is met de huidige situatie en liever met één msb te maken zou willen hebben.

Hierboven stelden wij al vast dat 55% van de ziekenhuizen in het bestaan van het msb een gemiddeld, hoog of heel erg hoog risico ziet voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Met die uitkomst in het achterhoofd kan er in algemene zin van worden uitgegaan dat de risico's ten aanzien van de bestuurbaarheid alleen maar zullen toenemen naarmate het aantal msb's dat aan één ziekenhuis is verbonden groter wordt. Dat zien we ook terug in de antwoorden van de groep ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden. Een zeer ruime meerderheid van deze groep (82,4%) onderschrijft dat de aanwezigheid van meerdere msb's ten koste gaat van de bestuurbaarheid van hun ziekenhuis.

**Verbeterpotentieel: verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb**

*A. Losse msb's die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, moeten zich bestuurlijk en juridisch verenigen in één msb.*

*B. Ziekenhuizen waaraan meerdere, losse msb's zijn verbonden, moeten - samen met deze losse msb's - aansturen op en meewerken aan de totstandkoming van één, geïntegreerd msb.*

Een grote meerderheid (82,4%) van de groep ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden, zou liever met één msb te maken willen hebben. De bestuurbaarheid van het ziekenhuis zou daarbij volgens hun gebaat zijn. Dat blijkt uit de antwoorden die deze groep ziekenhuizen gaf op de stelling.

In navolging van deze groep ziekenhuizen vindt ook de NZa het onwenselijk als ziekenhuizen - al dan niet naar eigen tevredenheid - samenwerken met meerdere msb's. Zo'n gefragmenteerde samenwerking vergroot, in nog sterkere mate dan bij de aanwezigheid van één msb het geval is, de risico's voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Ook de realisatie van de IZA-doelstellingen kan hierdoor worden bemoeilijkt.

Meerdere, losse msb's die ieder afzonderlijk aan hetzelfde ziekenhuis zijn verbonden, zouden hun bedrijfsactiviteiten moeten bundelen en onderbrengen in één, nieuw op te richten msb. Deze integratie zou zowel op bestuurlijk als juridisch niveau moeten plaatsvinden. Het ziekenhuis zou daarna één samenwerkingsovereenkomst (SOK) moeten sluiten met alleen het nieuw opgerichte msb. Eventuele samenwerkingsovereenkomsten met (voorheen) losse msb's moeten dan komen te vervallen.

**Samenwerking en loondienst. Is het voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en voor de financiële gelijkgerichtheid beter als (vrijwel) alle medisch specialisten in loondienst van de ziekenhuizen zijn?**

Uit de enquête blijkt dat 20,0% en 28,3% van de ziekenhuizen van mening is dat de bestuurbaarheid en financiële gelijkgerichtheid beter af is als (vrijwel) alle artsen medisch specialisten in loondienst van de ziekenhuizen zouden zijn. Minder dan een derde van de ziekenhuizen (respectievelijk 31,7% en 28,3%) is het daarmee niet eens. Maar ook blijkt uit de enquête dat een groot deel van de ziekenhuizen dit niet kan beoordelen (respectievelijk 48,3% en 43,3%). Op basis van met name de relatief grote omvang van deze laatste groep ziekenhuizen is het lastig om objectieve uitspraken te doen over het verband tussen de organisatievorm van medisch specialisten en de bestuurbaarheid van ziekenhuizen.



Als we in deze monitor over loondienstziekenhuizen spreken, bedoelen we algemene ziekenhuizen waarbij (vrijwel) alle medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis werkzaam zijn. Nederland telt op dit moment vijf van dergelijke loondienstziekenhuizen. Wij hebben gesproken met de bestuurders van vier van deze vijf loondienstziekenhuizen. Bij deze loondienstziekenhuizen zijn – om uiteenlopende redenen – (vrijwel) alle medisch specialisten die oorspronkelijk vrijgevestigd waren in loondienst van het ziekenhuis getreden. De bestuurders van deze ziekenhuizen merkten een verbetering in de bestuurbaarheid van het eigen ziekenhuis en geven ook een voorkeur aan het volledige loondienstmodel.

Vóórdat (vrijwel) alle medisch specialisten in loondienst waren, ging overleg tussen deze ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten namelijk heel vaak over geld of onderwerpen die daarmee te maken hadden. Dat overleg kon moeizaam verlopen omdat de specialisten hun financiële belang sterk beschermden. Volgens deze bestuurders kan overleg met de medisch specialisten in loondienst tegenwoordig nog altijd moeizaam verlopen, maar dan gaat zo'n overleg wel bijna altijd over de (zorg)inhoud of de vereiste capaciteit in plaats van over geld, productie of inkomen. De focus ligt bij deze loondienstziekenhuizen kortom meer op de zorginhoud en het overkoepelende ziekenhuisbelang.

De geïnterviewde loondienstziekenhuizen komen met enige regelmaat in aanraking met vrijgevestigde medisch specialisten. Bijvoorbeeld in gesprekken over regionale samenwerking met andere ziekenhuizen waar specialisten verbonden zijn aan een msb. De bestuurders van drie loondienstziekenhuizen vertelden ons hoe moeilijk het is om tot goede afspraken over regionale samenwerking te komen als deze msb's meepraten en meebeslissen. Discussies gaan dan over vragen als 'Wie doet welke patiënten?' en 'Welk ziekenhuis krijgt welke aantallen patiënten?' – met daarbij altijd de focus op productie, op de bron van inkomsten. Terwijl het volgens deze bestuurders eigenlijk vooral over de zorginhoud moest gaan.

Uit onze interviews met ziekenhuizen waaraan msb's verbonden zijn, komt een vergelijkbaar beeld naar voren. Meerdere ziekenhuisbestuurders vertelden ons dat, ondanks de over het algemeen goede samenwerking, discussies met msb's toch vaak gaan over financiële kwesties. En dat gesprekken met de VMSD en/of medisch specialisten in dienstverband meestal zorginhoudelijke onderwerpen hebben.

## 2.5 Financiële transparantie msb's

In het IZA staat dat zorgaanbieders en medisch specialisten transparant met elkaar moeten samenwerken aan het strategisch beleid. Dit moet onder andere leiden tot een gezamenlijk commitment aan passende zorg. Het msb is volgens het IZA daarnaast transparant over hun financiële prikkels en stuurindicatoren naar de raad van bestuur van het ziekenhuis. Ook in de Informatiekaart 'Kader goed bestuur' van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en NZa uit 2022 staat dat transparantie belangrijk is voor een professionele bedrijfsvoering.

### **Uit het IZA**

Pag. 41: *“Gegeven de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialisten in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur in het kader van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg wordt transparant met elkaar samengewerkt aan het afstemmen van het beleid gericht op die strategische doelen. Dit moet leiden tot een gezamenlijk commitment van raad van bestuur en medisch specialisten die te maken hebben met Passende Zorg, Gepast gebruik, het verstevigen van de regionale samenwerking over ketens heen, met meer gezamenlijke regie op kwaliteit en spreiding & concentratie van zorg.”*

Pag. 42: *“De afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars worden door vertaald in de afspraken tussen ziekenhuis en MSB, waarbij de financiële prikkels en stuurindicatoren van het interne verdeelmodel hiermee in lijn moeten liggen alsmede met de gezamenlijke visie en strategie. Het MSB is hierover transparant naar de raad van bestuur.”*

Pag. 99: *“Voor zorgaanbieders geldt dat zij transparant zijn over hun gelijkgerichtheid binnen de hele zorgketen. In het geval van ziekenhuizen geldt dat inclusief de afspraken met het Medisch Specialisten Bedrijf (MSB) in het ziekenhuis.”*

### **Uit de Informatiekaart Kader goed bestuur van de IGJ en NZa**

Pag. 6: *“Goed bestuur heeft tot resultaat dat zorgverleners hun patiënten/cliënten goede en veilige zorg verlenen. Die zorg is betaalbaar, transparant en toegankelijk. Alle inwoners van Nederland kunnen hierop vertrouwen, of zij nu wel of geen zorg afnemen.”*

Pag. 10: *“Het bestuur is doelgericht en gaat doelmatig en rechtmatig om met publieke middelen en zorgt voor een transparante bedrijfsvoering.”*

Pag. 11: *“Het bestuur zorgt voor een professionele bedrijfsvoering. Het bestuur en de raad van toezicht dragen primair de verantwoordelijkheid voor de transparantie, ordentelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder.”*

Financiële transparantie is nodig voor financiële gelijkgerichtheid tussen msb's en ziekenhuizen en de bestuurbaarheid van deze ziekenhuizen. Als een msb financieel minder transparant is, ziet een ziekenhuis bijvoorbeeld minder goed hoe zijn afspraken met het msb doorvertaald worden naar de vakgroepen binnen msb's. Daardoor is het ziekenhuis slechts beperkt in staat om te sturen op de capaciteitsvraagstukken binnen het msb – en dus op het organiseren en leveren van zorg binnen het ziekenhuis.

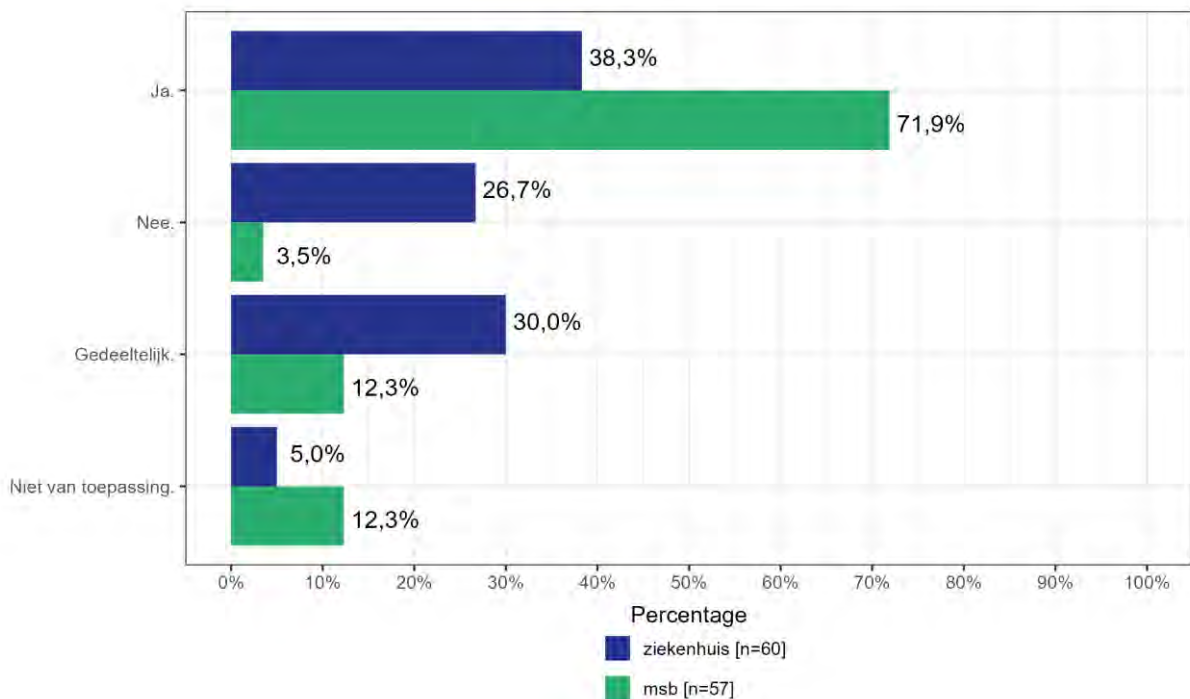
Hieronder bespreken wij de volgende onderwerpen:

- inzicht in de capaciteitsbegroting van msb's;
- inzicht in de periodieke financiële rapportages van msb's inclusief productiecijfers;
- inzicht in de jaarrekeningen van msb's;
- inzicht in de werking van het interne verdeelmodel;
- inzicht in de bedragen die vakgroepen ontvangen via de interne verdeelsystematieken;
- de algemene financiële transparantie.

### Capaciteitsbegroting en periodieke financiële rapportages msb's

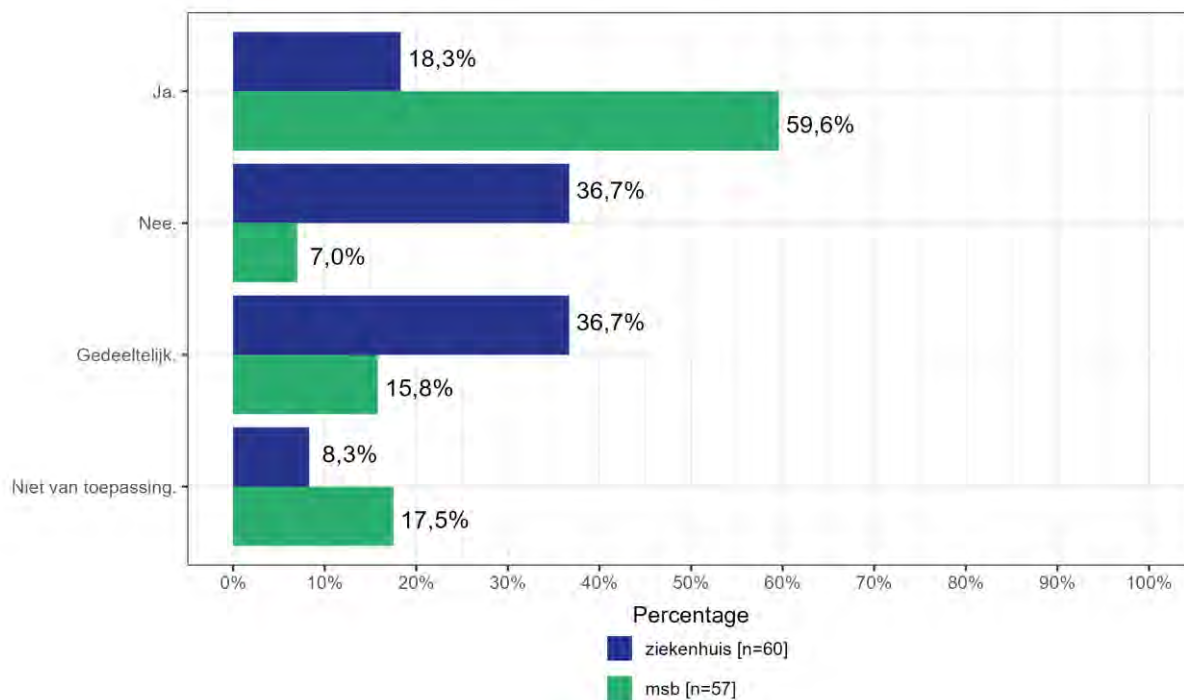
De twee figuren hieronder laten zien of – en zo ja, hoeveel – inzicht ziekenhuizen hebben in de capaciteitsbegroting (figuur 6) en in de periodieke financiële rapportages van het msb, inclusief productiecijfers (figuur 7). Een capaciteitsbegroting geeft inzicht in hoeveel personele capaciteit nodig is per vakgroep om de begrote zorg te leveren. Ruim de helft van de ziekenhuizen (56,7%) antwoordt geen of slechts deels inzicht te hebben in de capaciteitsbegroting van het msb. Het valt op dat een veel lager percentage van de msb's (15,8%) aangeeft dat het ziekenhuis geen of slechts deels inzicht heeft in de capaciteitsbegroting van het msb. Bovendien geeft bijna 75% van de ziekenhuizen aan dat zij geen of slechts deels inzicht hebben in de periodieke productiecijfers van het msb. Ook hier valt op dat dit percentage bij de msb's veel lager is (22,8%).

**Figuur 6: Inzicht in capaciteitsbegroting msb**



Bron: Enquête NZa

**Figuur 7: Inzicht in periodieke financiële rapportages msb's**



Bron: Enquête NZa

### Jaarrekeningen msb's

Wij hebben ook gevraagd of ziekenhuizen kennis kunnen nemen van de jaarrekeningen van msb's. Ongeveer evenveel ziekenhuizen (56,7%) en msb's (63,2%) geven aan dat het ziekenhuis kennis kan nemen van de jaarrekening van het msb. Een aantal ziekenhuizen kan de jaarrekening van het msb deels inzien (20,0%). En ongeveer een kwart van de ziekenhuizen (23,3%) kan de jaarrekening helemaal niet inzien.

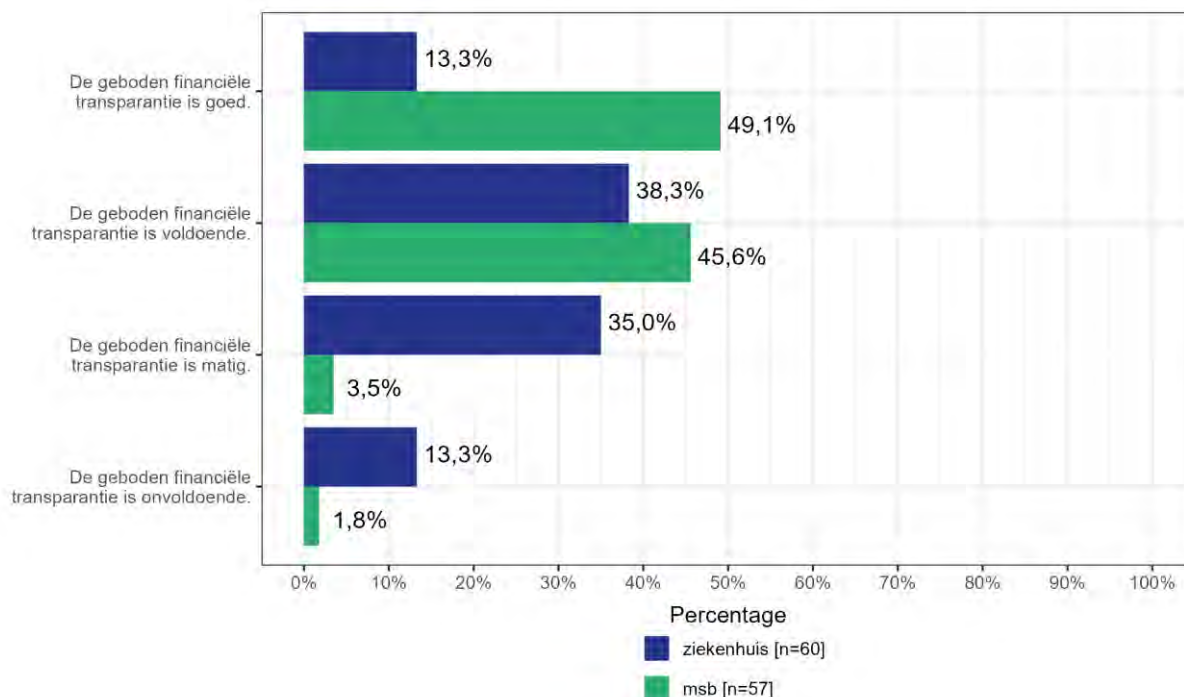
### Interne verdeelsystematiek msb's

Verder is ongeveer driekwart van de ziekenhuizen (73,3%) volledig of op hoofdlijnen bekend met de interne verdeelsystematiek van de msb's. Maar slechts een klein deel van de ziekenhuizen (20,0%) weet welke bedragen de vakgroepen ontvangen op basis van die interne verdeelsystematiek. De meeste ziekenhuizen (70,0%) zouden deze kennis wel graag willen hebben.

### Financiële transparantie in het algemeen

We hebben ziekenhuizen en msb's ook gevraagd of zij vinden dat de msb's respectievelijk de ziekenhuizen over het algemeen financieel transparant genoeg zijn. Zie figuur 8 voor hun antwoorden. Ongeveer de helft van de ziekenhuizen (48,3%) waardeert de door hun msb geboden financiële transparantie als matig of onvoldoende. Van de msb's daarentegen geeft 5,3% aan dat de door het ziekenhuis geboden financiële transparantie matig of onvoldoende is. De financiële transparantie vanuit de msb's schiet op basis van deze resultaten behoorlijk tekort. Uit de interviews met ziekenhuisbestuurders kwam naar voren dat waar ziekenhuizen geen (financiële) transparantie krijgen geboden van msb's, zij ook geen inzicht kunnen krijgen in de (financiële) belangen van msb's. Op basis daarvan concluderen wij dat het in die gevallen moeilijk wordt om de belangen van ziekenhuizen en msb's op elkaar afgestemd te krijgen en om daadwerkelijk gelijkgericht samen te werken.

**Figuur 8: Financiële transparantie**



Bron: Enquête NZa

**Verbeterpotentieel: verbeter als msb de eigen financiële transparantie**

Op basis van de antwoorden van de ziekenhuizen zien wij dat 48,3% van de ziekenhuizen de financiële transparantie van msb's in zijn algemeenheid ondermaats vindt. Het bieden van financiële transparantie vormt dus een verbeterpunt voor msb's. Wanneer wij inzoomen op een aantal onderdelen, dan zien wij dat ziekenhuizen deels of geen inzicht hebben in de volgende financiële gegevens van msb's:

- 56,7% van de ziekenhuizen heeft deels of geen inzicht in de capaciteitsbegroting van msb's;
- 73,4% van de ziekenhuizen heeft deels of geen inzicht in de periodieke productiecijfers van msb's;
- 43,3% van de ziekenhuizen heeft deels of geen inzicht in de jaarrekeningen van msb's;
- 26,7% van de ziekenhuizen heeft deels of geen inzicht in de werking van de interne verdeelsystematiek;
- 80,0% van de ziekenhuizen heeft geen inzicht in de bedragen die de vakgroepen binnen een msb ontvangen via de interne verdeelsystematiek.

## 2.6 Kwaliteit msb-bestuur

Een zwakke bestuurlijke organisatie van het msb gaat ten koste van de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Dit is te lezen in het [AKD-rapport](#) 'Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst'.

### **Uit het [AKD-rapport](#) 'Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst', pag. 23**

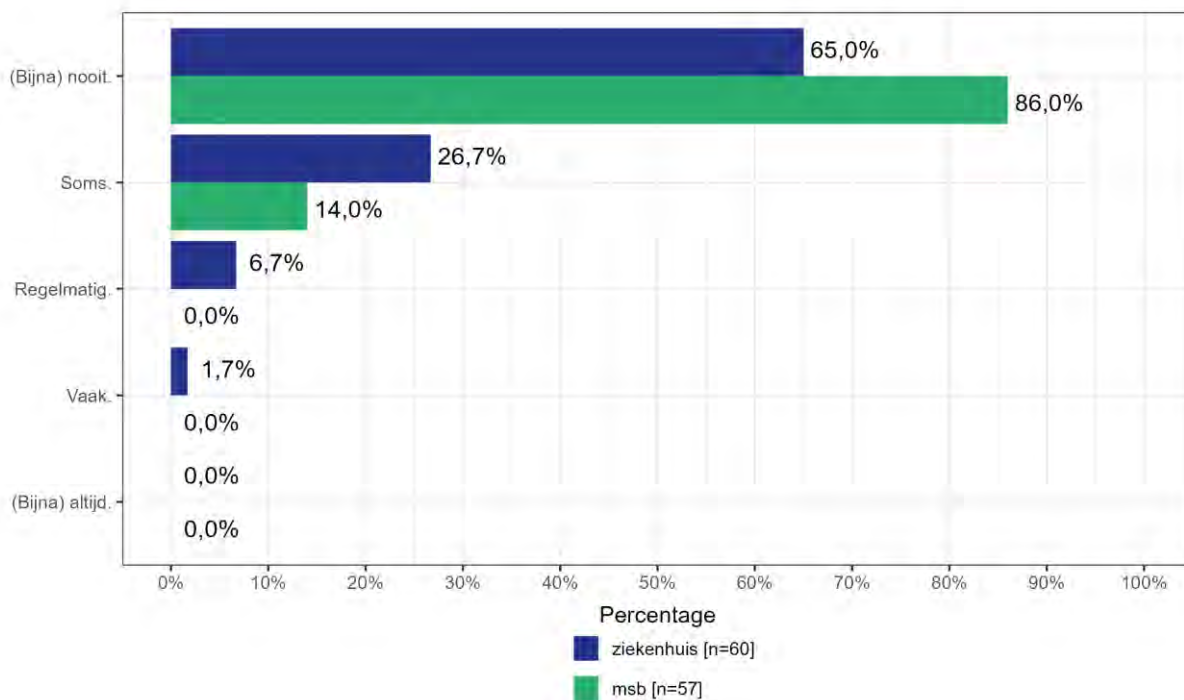
*"In de vierde plaats is de mate waarin het MSB effectief kan opereren erg afhankelijk van de bestuurlijke organisatie van het MSB. De praktijk laat daarin variëteit zien. Bij een groot MSB is de kans groter dat bestuurlijk talent aanwezig is dan bij een klein MSB. Bij een groot MSB is bovendien de financiële armslag om het bestuur te professionaliseren groter. Dat maak het bijvoorbeeld mogelijk de leden in staat te stellen scholing te volgen om hun bestuurlijke vaardigheden te ontwikkelen. Wanneer de bestuurlijke organisatie van het MSB zwak is, gaat dat ten koste van de bestuurbaarheid van het ziekenhuis."*

In deze rapportage beperken wij ons tot het mandaat dat het msb-bestuur krijgt van de msb-leden om tot besluiten te komen met het ziekenhuisbestuur. Als dat mandaat niet stevig of duidelijk genoeg is, kan het voorkomen dat het msb-bestuur door haar leden wordt teruggefloten. En dat het msb-bestuur op de het eerder - gezamenlijk met het ziekenhuisbestuur - genomen besluit moet terugkomen. Als daardoor de bestuurlijke besluitvorming binnen het ziekenhuis uitgesteld of opnieuw gedaan moet worden, kan dit een negatieve impact hebben op de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Uiteraard hangt dit ook af van de complexiteit van het onderwerp waarover die besluiten gaan. Uit het AKD-rapport blijkt ook dat het mandaat van het msb-bestuur een relatie heeft met het professionele niveau van de msb-bestuurders. Als er sprake is van een professioneel georganiseerd msb-bestuur, zal de kans kleiner zijn dat de gezamenlijke bestuurlijke besluitvorming met het ziekenhuis wordt belemmerd of vertraagd door een tekortschietend mandaat van het msb-bestuur.

### **Hoe stevig is het mandaat van msb-bestuurders en wat zegt dat over hun professionaliteit?**

De meeste msb's (86,0%) geven aan dat hun bestuur (bijna) nooit terug hoeft te komen op een beslissing die het met het ziekenhuisbestuur heeft gemaakt. Ook een ruime meerderheid van de ziekenhuizen (65,0%) geeft aan dat dit (bijna) nooit voorkomt bij msb-besturen. Toch antwoordt 26,7% van de ziekenhuizen dat het bij hen soms wél voorkomt. En bij elkaar opgeteld geeft 35,1% van de ziekenhuizen aan dat het soms, regelmatig of vaak gebeurt. Zie figuur 9.

**Figuur 9: Terugkomen op bestuurlijke besluiten door msb's**



Bron: Enquête NZa

**Verbeterpotentieel: versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden**

Voor deze 35,1% van de ziekenhuizen en de aan die ziekenhuizen verbonden msb's is het belangrijk de bestuurlijke besluitvorming effectiever te maken. En in het bijzonder het mandaat van het msb-bestuur steviger te verankeren in de statuten van het msb. Naast deze verankering is ook een belangrijke randvoorwaarde dat het msb-bestuur richting haar eigen achterban voldoende daadkracht en leiderschap bezit. Dat hangt onder andere af van het niveau van de bestuurlijke professionaliteit. Naast een betere verankering van het bestuurlijk mandaat, kan deze categorie msb's (circa 35%) haar bestuurlijke organisatie verbeteren door te investeren in het verhogen van de professionaliteit van haar bestuurders. Denk hierbij aan aanvullende scholing of opleiding.

# 3 Financiële prikkels

In het IZA staat dat zorgaanbieders, zowel onderling als intern, gelijkgericht moeten werken aan de beoogde transitie. In het kader van deze transitie is het belangrijk dat de (financiële) afspraken in lijn liggen met de gezamenlijke visie en strategie en gelijkgericht zijn. Met behulp van de financiële afspraken kunnen de betrokken partijen stimuleren ('prikkelen') om voor die transitie gewenst gedrag te vertonen en ongewenst gedrag achterwege te laten.

In dit hoofdstuk beschrijven wij eerst de financiële afspraken en daarna gaan wij in op de mate van gelijkgerichtheid in de financiële afspraken. In paragraaf 3.1 beschrijven wij de financiële afspraken die zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar maken. In paragraaf 3.2 beschrijven wij de financiële afspraken die ziekenhuizen en msb's met elkaar maken. Vervolgens beschrijven wij in paragraaf 3.3 de financiële afspraken die msb's maken met hun vakgroepen (de interne verdeelmodellen). Tot slot gaan wij in paragraaf 3.4 in op de mate van gelijkgerichtheid in deze financiële afspraken en de financiële belangen en of msb's meer gelijkgerichte afspraken zouden moeten maken.

## **Uit het IZA**

Pag. 41: *"b. Zorgaanbieders handelen gelijkgericht, zowel onderling als intern. In de MSZ is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en alle zorgprofessionals, waaronder medisch specialisten om gelijkgericht te werken aan de beoogde transformatie."*

Pag. 42: *"De afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars worden doorvertaald in de afspraken tussen ziekenhuis en MSB, waarbij de financiële prikkels en stuurindicatoren van het interne verdeelmodel hiermee in lijn moeten liggen alsmede met de gezamenlijke visie en strategie."*



### 3.1 Welke financiële afspraken maken ziekenhuizen en zorgverzekeraars?

Uit de resultaten van de invulformats blijkt dat er verschillende soorten afspraken bestaan tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars (zie tabel 1). De twee meest voorkomende afspraken zijn 'plafondafspraken' en 'aanneemsommen'.

**Tabel 1: Overzicht financiële afspraken ziekenhuizen met zorgverzekeraars**

Type financiële afspraak		Het landelijke aandeel van totale contractwaarde per type afspraak (%)*
Plafondafpraak	Met vaste bovengrens	12,6%
	Met staffel	48,2%
	Met shared savings afspraak	1,7%
	Met staffel én shared savings afspraak	4,7%
Aanneemsom	Met vaste vergoeding	16,2%
	Met staffel	6,3%
	Met shared savings afspraak	0,5%
	Met staffel én shared savings afspraak	0,5%
P*Q (volume vrij)		5,9%
Overig		3,3%
Totaal		100%
* Het landelijke aandeel in de totale contractwaarde is gewogen naar de totaal gecontracteerde msz omzet van de ziekenhuizen over alle zorgverzekeraars heen (als indicator voor de grootte van ziekenhuizen). De totale msz contractwaarde van alle ziekenhuizen in het onderzoek is ongeveer 16,2 miljard euro.		

Bron: Invulformat NZa

In totaal is het percentage aan financiële afspraken tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars met een directe productiegerichte prikkel gelijk aan (73,1%): 67,2%-punt van de ziekenhuiszorg wordt gefinancierd via plafondafspraken en een klein deel, namelijk 5,9%-punt, via P\*Q-afspraken. Voor een klein deel van de ziekenhuiszorg (6,4%) combineren ziekenhuizen en zorgverzekeraars de plafondafpraak met een shared savings-afpraak.

Bijna een kwart van de ziekenhuiszorg (23,5%) wordt gefinancierd via aanneemsommen. Bij een groot deel van deze financiering geldt er geen staffel of shared savings-afpraak.

## Uitleg bij de financiële afspraken

**Plafondafpraak:** De zorgverzekeraar vergoedt elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct totdat een bepaald maximumbedrag, het omzetplafond, is bereikt.

Plafondafspraken stimuleren om zorg te leveren tot aan het omzetplafond en dus het maximale te declareren. Die zorg krijgt immers (de optimale) vergoeding. En als ze niet maximaal declareren, lopen ze het risico dat ze komend jaar een lager omzetplafond krijgen. Daarnaast prikkelen plafondafspraken ziekenhuizen om de zorglevering te remmen zodra ze het plafond (dreigen te) overschrijden. Na overschrijding krijgen ze immers geen – of veel minder – geld voor hun zorg, terwijl ze wel kosten maken.

**Aanneemsom:** Het ziekenhuis ontvangt een gegarandeerd bedrag van een bepaalde omvang. De werkelijke productie heeft in principe geen invloed op de hoogte van de aanneemsom, behalve als hier aanvullende afspraken over zijn gemaakt.

Maar de daadwerkelijk geleverde zorg in het ene jaar kan wel van invloed zijn op de hoogte van de aanneemsom in het volgende jaar. Anders gezegd: als de hoeveelheid geleverde zorg afneemt, kan de aanneemsom in een nieuw contract ook afnemen. Daarin kunnen ziekenhuizen een prikkel voelen om zorg te leveren. Ook kan er een prikkel zijn om minder zorg te leveren dan nodig is, omdat de vergoeding vaststaat. Maar er is ook financiële ruimte – omdat de vergoeding vaststaat – om te innoveren en in te zetten op kwaliteit en kostenefficiëntie van de zorg.

**P\*Q-afspraken (volumevrij):** De zorgverzekeraar vergoedt elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct tegen de onderhandelde prijs. Een P\*Q-afpraak stimuleert om zoveel mogelijk zorg te leveren.

**Staffelafspraken (vergoeding bij overschrijding):** Bij overschrijding van de totaalafpraak vindt een gedeeltelijke vergoeding plaats. Deze vergoeding komt meestal in de vorm van een staffelkorting voor (vergoeding van extra zorgproducten tegen een lager tarief). Een staffelafpraak kan zowel bij een aanneemsom als een plafondafpraak voorkomen.

**Shared savings-afspraken:** Het belonen van een zorgaanbieder voor het behalen van kostenbesparingen. De zorgverzekeraar keert een deel van deze kostenbesparing uit aan de zorgaanbieder en stimuleert zo het leveren van doelmatige zorg. Shared savings-afspraken kunnen zowel bij een aanneemsom als een plafondafpraak voorkomen.

## 3.2 Welke financiële afspraken maken ziekenhuizen en msb's?

We hebben zowel ziekenhuizen als msb's gevraagd naar de financiële afspraken die zij met elkaar hebben gemaakt. In deze paragraaf bespreken we de resultaten op basis van de invulformats die de ziekenhuizen hebben aangeleverd (zie tabel 2). De resultaten laten zien dat msb's voor een groot deel van hun inkomsten (54,4%) een vast percentage krijgen van de ziekenhuisomzet. Bij die 54,4% nemen de afspraken tussen ziekenhuizen en msb's de vorm over van bovenliggende afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. In 42,0%-punt van de inkomsten is de bovenliggende afspraak een plafondafpraak of een P\*Q-afpraak. En in 12,4%-punt van de inkomsten is de bovenliggende afspraak een aanneemsom (9,3%-punt) of een overige afspraak (3,1%-punt).

Verder blijkt dat ziekenhuizen, net zoals de zorgverzekeraars, de vergoeding aan de msb's voor een groot deel (58,3%) baseren op de daadwerkelijk geleverde productie. Deze vergoeding vindt plaats via drie soorten afspraken: een vast percentage van de omzet (plafond of P\*Q-afpraak) van ziekenhuizen (42,0%-punt), plafondafspraken (13,3%-punt) en P\*Q-afspraken (3,0%-punt).

Aanneemsommen zijn verantwoordelijk voor 30,8% van de inkomsten van msb's die zij krijgen van ziekenhuizen. Dit gaat via twee verschillende type afspraken, namelijk aanneemsommen (21,5%-punt) en vast percentage van de omzet (aanneemsom) van ziekenhuizen (9,3%-punt).

Tot slot zien we dat msb's maar 1,2% van hun inkomsten krijgen voor hun prestatie- of inspanningsverplichtingen met betrekking tot kwaliteit en passende zorg. Bij verplichtingen rond passende zorg betreft het in het bijzonder initiatieven voor de IZA-doelstellingen, de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) en Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG).

**Tabel 2: Overzicht financiële afspraken tussen ziekenhuizen en msb's**

Type financiële afspraak	Landelijk aandeel van de totale contractwaarde per type afspraak (%) - volgens ziekenhuizen*	Landelijk aandeel van de totale contractwaarde per type afspraak (%) - volgens msb's*
Plafondafpraak met vaste bovengrens	13,3%	16,2%
Aanneemsom (vaste vergoeding)	21,5%	14,4%
Vast percentage schadelast / omzet	54,4%	55,7%
P*Q-afpraak (volume vrij)	3,0%	2,0%
Doelmatigheids- /kostenefficiëntie afspraken (bijvoorbeeld shared savings)	1,8%	0,1%
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg)	0,7%	1,1%
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit	0,5%	1,1%
Overig	4,8%	9,2%
Totaal	100%	100%

Type financiële afspraak	Landelijk aandeel van de totale contractwaarde per type afspraak (%) - volgens ziekenhuizen*	Landelijk aandeel van de totale contractwaarde per type afspraak (%) - volgens msb's*
<p>* Het landelijke aandeel in de totale contractwaarde is gewogen naar de totaal gecontracteerde msz omzet van de ziekenhuizen over alle zorgverzekeraars heen (als indicator voor de grootte van ziekenhuizen). De totale msz contractwaarde van alle ziekenhuizen in het onderzoek is ongeveer 16,2 miljard euro. In deze resultaten worden de contractafspraken van de msb's gewogen met de totale contractwaarde van de ziekenhuizen waaraan zij verbonden zijn.</p>		

Bron: Invulformat NZa

### 3.3 Welke financiële afspraken maken msb's met hun vakgroepen?

De inkomsten die een msb van een ziekenhuis ontvangt, verdeelt het msb via een interne verdeelsystematiek over de eigen vakgroepen. Dit is vaak een complex model. Deze verdeelsystematiek is een set afspraken die financiële prikkels bevatten. Ze bepaalt namelijk op welke manieren de vakgroepen binnen een msb aan inkomsten komen. Dus bijvoorbeeld ook of hun inzet voor passende zorg invloed heeft op hun inkomen. Wij hebben onderzocht welke financiële prikkels ('parameters') er in de verdeelsystematieken van 59 msb's zitten. Dit geven wij hieronder vereenvoudigd weer. In tabel 3 zijn de parameters toegelicht.

**Tabel 3: Toelichting parameters interne verdeelsystematiek**

Type parameters	Toelichting
Doelmatigheid / efficiëntie	Enkel afhankelijk van de afspraken over doelmatigheid en efficiëntie van de geleverde zorg.
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg)	Enkel afhankelijk van de aanvullende afspraken m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg).
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit	Enkel afhankelijk van de aanvullende afspraken over kwaliteitsindicatoren / KPI's voor de kwaliteit van de zorg.
Productiegerichte parameters o.b.v. de realisatie geleverde zorg	Enkel afhankelijk van de hoeveelheid zorgproductie binnen het lopende jaar (denk aan zorgactiviteiten, dbc's en norm fte's). Deze parameter heeft betrekking op de daadwerkelijk geleverde zorg in het huidige contractjaar (schadelastjaar). Deze parameter komt vrijwel altijd voor in combinatie met een vorm van begrenzing van de inkomsten op het niveau van de vakgroepen. Meer informatie is te vinden in onderstaande tekstkader op pag. 37-38.
Productiegerichte parameter o.b.v. begroting te leveren zorg	Enkel afhankelijk van de hoeveelheid zorgproductie binnen het lopende jaar (denk aan zorgactiviteiten, dbc's en norm fte's). Ten opzichte van de productiegerichte parameters o.b.v. de realisatie geleverde zorg wordt bij het gebruik van deze parameter vooraf ingeschat hoeveel zorg per vakgroep nodig is (begroting op het niveau van de vakgroepen) voor het huidige contractjaar (schadelastjaar). De begroting voor een vakgroep fungeert veelal als een soort plafond voor de vakgroep. Meer informatie is te vinden in onderstaande tekstkader op pag. 37-38.

Type parameters	Toelichting
Fte-parameters	Enkel afhankelijk van het aantal fte aan medisch specialisten (huidig of historisch). De vergoeding kan bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de grootte, gedefinieerd in fte's, van de vakgroepen. In die zin is er sprake van een vaste vergoeding die niet afhankelijk is van de hoeveelheid zorgproductie per vakgroep.
Dienstbelasting	Enkel afhankelijk van de dienstbelasting van medisch specialisten. Er wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met de frequentie en intensiteit van de dienstbelasting per vakgroep. De vergoeding kan gezien worden als een soort toeslag.
Overige	Deze parameters vallen niet onder een van de overige gedefinieerde parameters.

In het onderstaande kader leggen wij de verschillen uit tussen de 'productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg' en 'productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg'.

#### **Extra toelichting 'productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg' en 'productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg'**

Bij een vergoeding via een 'productiegerichte parameter op basis van realisatie geleverde zorg' en 'productiegerichte parameter op basis van begroting te leveren zorg' krijgen de vakgroepen binnen msb's een vergoeding voor de zorg die vakgroepen daadwerkelijk leveren. Het is gebruikelijk om daarvoor te berekenen hoeveel norm fte aan medisch specialisten nodig is (geweest) om de zorg te leveren en de vergoeding daarop te baseren. Voor meer informatie over de norm fte verwijzen wij naar de [handreiking van de FMS 'Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel'](#) (zie pag. 25 en 26).

Bij een 'productiegerichte parameter op basis van realisatie geleverde zorg' is de vergoeding van de zorg afhankelijk van de zorgproductie die daadwerkelijk gedurende het lopende jaar is geleverd én is een eventuele begroting per vakgroep in principe géén factor die meeweegt bij deze parameter. Bij een 'productiegerichte parameter op basis van begroting te leveren zorg' is de vergoeding van de zorg vaak afhankelijk van de geleverde zorgproductie afgezet tegen de vooraf bepaalde hoeveelheid norm fte per vakgroep die nodig is om de geplande zorg te leveren. In principe krijgt de vakgroep niet meer inkomsten dan vooraf is begroot. Er is dan eigenlijk sprake van een plafond.

De 'productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg' zijn nieuw opgenomen in ons onderzoek. In de eerdere [monitor](#) 'Monitor medisch-specialistische zorg 2021' (zie ook [bijlage 2](#)) heeft LOGEX, een commercieel bedrijf, dat (financiële) modellen ontwikkelt en deze als softwarepakketten aan veel ziekenhuizen en msb's verkoopt, ons geïnformeerd dat een groot aantal msb's gebruik maakt van het capaciteitsmodel (incl. begroting als referentie) om een deel van hun verdeelsystematiek op te baseren. Dit nieuwe model staat bekend als het capaciteitsmodel en zou minder geënt zijn op productie en daardoor financiële gelijkgerichtheid bevorderen. Het idee achter dit model is dat de capaciteitsbegroting op het niveau van de vakgroepen aansluit op de productiebegroting van het ziekenhuis. Een belangrijke randvoorwaarde voor optimaal resultaat bij gebruik van het capaciteitsmodel is dat het ziekenhuis en msb gezamenlijk de benodigde capaciteit van de vakgroepen en de productiebegroting van het ziekenhuis naast elkaar leggen en deze op elkaar afstemmen.

De mate waarin binnen een financieel verdeelmodel productieprikkels aanwezig zijn, is afhankelijk van de wijze waarop het msb de inkomsten verdeelt over de vakgroepen. Wanneer de vergoeding alleen

wordt verdeeld op basis van de geleverde zorgproductie van de vakgroep ('productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg'), vinden wij dat er een productieprikkel aanwezig is. Maar indien de vergoeding wordt verdeeld op basis van de geleverde zorgproductie van de vakgroep ten opzichte van de begroting ('productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg') is er ook sprake van een productieprikkel. De vakgroepen hebben dan de prikkel om (in ieder geval) aan de vooraf gestelde begroting te voldoen. Het idee achter deze methode is dat de productieprikkel in lijn gebracht kan worden met het ziekenhuis en de afspraken met de zorgverzekeraar.

### Parameters voor verdeling van inkomsten

Binnen de msb's krijgen vakgroepen het grootste deel van hun inkomsten (62,2%) op basis van de zorg die zij daadwerkelijk leveren. Deze inkomsten krijgen de vakgroepen via de 'productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg' en 'productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg' (zie tabel 4). Wel hebben vrijwel alle msb's een plafond gesteld aan de verdien capaciteit van de individuele vakgroepen. Wij hebben niet onderzocht of deze begrenzing van inkomsten ook samengaat met een plafond op de productie.

**Tabel 4: De totale inkomsten die vakgroepen binnen de msb's ontvangen op basis van de parameters in hun verdeelsystematieken**

Type parameters	Landelijk aandeel totale schadelast / inkomsten vakgroepen op basis van parameter (%)
Doelmatigheid / kostenefficiëntie parameters	8,7%
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG-en/of IZA-initiatieven (passende zorg)	1,0%
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit	2,2%
Productiegerichte parameters o.b.v. begroting te leveren zorg (denk aan zorgactiviteiten, dbc's en norm fte's)	20,0%
Productiegerichte parameters o.b.v. realisatie geleverde zorg (denk aan zorgactiviteiten, dbc's en norm fte's)	42,2%
Vaste vergoeding o.b.v. fte's (huidig of historisch)	14,8%
Vergoeding afhankelijk van dienstbelasting	1,6%
Overig	9,6%
Totaal	100%
* Het landelijke aandeel in de totale contractwaarde is gewogen naar de totaal gecontracteerde msz omzet van de ziekenhuizen over alle zorgverzekeraars heen (als indicator voor de grootte van ziekenhuizen). De totale msz contractwaarde van alle ziekenhuizen in het onderzoek is ongeveer 16,2 miljard euro. In deze resultaten worden de contractafspraken van de vakgroepen gewogen met de totale contractwaarde van de ziekenhuizen waaraan zij verbonden zijn.	

Bron: *Invulformat NZa*

Vakgroepen binnen msb's krijgen 14,8% van de inkomsten via de parameter die betrekking heeft op een vaste vergoeding op basis van het aantal fte's aan medisch specialisten. Verder krijgen vakgroepen binnen msb's 8,7% van de inkomsten op basis van doelmatigheid/kostenefficiëntie parameters. De parameters die gekoppeld zijn aan de prestatie- of inspanningsverplichting voor passende zorg of kwaliteit zijn samen verantwoordelijk voor een zeer klein deel van de totale inkomsten (3,2%).

### 3.4 Zijn de financiële afspraken tussen de zorgverzekeraars, ziekenhuizen, msb's en vakgroepen gelijkgericht?

Financiële afspraken zijn 'gelijkgericht' als ze een gelijksoortige financiële prikkel bevatten voor de betrokken partijen. Met behulp van de gelijkgerichte financiële afspraken kunnen de betrokken partijen gezamenlijk stimuleren ('prikkelen') dat - in relatie tot passende zorg - gewenst gedrag plaatsvindt en ongewenst gedrag achterwege blijft. Dit is ook te lezen in de inleiding van dit hoofdstuk.

#### Uit het IZA

Pag. 41: *“b. Zorgaanbieders handelen gelijkgericht, zowel onderling als intern. In de MSZ is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en alle zorgprofessionals, waaronder medisch specialisten om gelijkgericht te werken aan de beoogde transformatie.”*

Pag. 42: *“De afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars worden door vertaald in de afspraken tussen ziekenhuis en MSB, waarbij de financiële prikkels en stuurindicatoren van het interne verdeelmodel hiermee in lijn moeten liggen alsmede met de gezamenlijke visie en strategie.”*

Als een afspraak financieel gelijkgericht is, betekent dit niet per definitie dat ze bijdraagt aan de transitie naar passende zorg. Dat is alleen het geval als de financiële prikkel aanspoort tot gedrag dat deze transitie bevordert. Of als de afspraak op z'n minst geen financiële prikkels bevat om de transitie te bemoeilijken. Wij hebben onderzocht in hoeverre financiële gelijkgerichtheid voorkomt tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen, msb's en de vakgroepen binnen msb's. Bijlage 3 laat zien welke combinaties van financiële afspraken in ons onderzoek (en onze eerdere monitor 'Monitor medisch-specialistische zorg 2021') gelijkgericht zijn en welke niet. Als een ziekenhuis met een zorgverzekeraar een aanneemsom afspreekt, dan vinden wij het bijvoorbeeld niet gelijkgericht als het ziekenhuis vervolgens een omzetplafond afspreekt met het msb. Als een ziekenhuis met de zorgverzekeraar een aanneemsom afspreekt en ook een aanneemsom heeft afgesproken met het msb, dan vinden wij dat wel gelijkgericht.

Voor de msb's en hun vakgroepen is er verbeterpotentieel als hun financiële afspraken niet gelijkgericht zijn met de financiële afspraken die ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar maken. De laatstgenoemde financiële afspraken vormen het uitgangspunt. Om nog specifieker te zijn: wij vinden dat er concreet verbeterpotentieel is voor msb's als de productieprikkel in de afspraken die het msb maakt met het ziekenhuis groter is dan de productieprikkel in de afspraken die het ziekenhuis maakt met de zorgverzekeraars. Ook is er concreet verbeterpotentieel op een ander niveau. Namelijk als de interne verdeelsystematiek van een msb een grotere productieprikkel bevat dan de afspraken die het ziekenhuis en het msb met elkaar maken. Op basis van ons onderzoek zouden ook verbeterpunten geformuleerd kunnen worden voor de financiële afspraken op het niveau 'zorgverzekeraars – ziekenhuis'. Wij hebben hiervan afgezien, omdat dit buiten de kaders van deze monitor valt.

### **Gelijkgerichtheid in afspraken van ziekenhuizen met zorgverzekeraars en msb's**

Vrijwel alle ziekenhuizen (96,7%) en msb's (94,7%) vinden dat de financiële afspraken tussen het ziekenhuis en de (voor dit ziekenhuis belangrijkste) zorgverzekeraars volledig of op veel onderdelen in lijn zijn met de financiële afspraken tussen het ziekenhuis en het msb. Dat blijkt uit onze enquête.

We hebben de financiële afspraken ook uitgevraagd in de invulformats die zijn ingevuld door zowel de ziekenhuizen als de msb's. De volledige geldstromen zijn weergegeven in figuur 10.1 van bijlage 2. De figuur laat op drie niveaus de verschillende soorten financiële afspraken zien:

1. op het niveau ziekenhuizen en zorgverzekeraars (zie ook tabel 1 hierboven);
2. op het niveau ziekenhuizen en msb's (zie ook tabel 2 hierboven);
3. op het niveau msb's en hun vakgroepen (zie ook tabel 4 hierboven).

Op basis van onze analyse van de financiële afspraken op de hierboven genoemde niveaus zien we minder gelijkgerichtheid dan uit de enquête resultaten naar voren komt. In figuur 10.2 van bijlage 2 is te zien dat ten minste 74,8% van de totale inkomsten die msb's van ziekenhuizen ontvangen, verlopen via gelijkgerichte financiële afspraken. Het merendeel van deze ziekenhuiszorg verloopt via gelijkgerichte afspraken waarin een vergoeding plaatsvindt voor de daadwerkelijk geleverde zorg (52,3%-punt).

Ten minste 17,2% van de totale inkomsten van het msb loopt via niet-gelijkgerichte afspraken. Bij een deel van deze inkomsten hebben msb's een kleinere productieprikkel dan ziekenhuizen (11,8%-punt). Bij een ander deel van deze inkomsten hebben msb's een grotere productieprikkel dan ziekenhuizen (5,4%-punt). Dit hebben wij hieronder toegelicht. Wij zien concreet verbeterpotentieel voor msb's als de productieprikkel bij msb's groter is in de afspraken tussen het ziekenhuis en het msb dan in de bovenliggende afspraken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraars.

#### *Niet-gelijkgericht: msb's hebben een kleinere productieprikkel dan ziekenhuizen*

Bij 11,8% van de totale vergoeding aan msb's, die via niet-gelijkgerichte afspraken loopt, is de productieprikkel voor de ziekenhuizen groter dan voor de msb's. Dit komt door de onderstaande combinaties van niet-gelijkgerichte afspraken:

- het ziekenhuis heeft een aanneemsom met het msb, terwijl het ziekenhuis een plafondbesluit heeft met een of meerdere zorgverzekeraars (10,4%-punt);
- het ziekenhuis heeft een aanneemsom met het msb, terwijl het ziekenhuis een P\*Q-afpraak heeft met een of meerdere zorgverzekeraars (0,8%-punt);
- het ziekenhuis heeft een plafondbesluit met het msb, terwijl het ziekenhuis een P\*Q-afpraak heeft met een of meerdere zorgverzekeraars (0,5%-punt).

#### *Niet-gelijkgericht: msb's hebben een grotere productieprikkel dan ziekenhuizen*

Bij 5,4% van de totale inkomsten van msb's, die via niet-gelijkgerichte afspraken loopt, is de productieprikkel voor de msb's groter dan voor de ziekenhuizen. Dit komt door de onderstaande combinaties van niet-gelijkgerichte afspraken:

- het msb heeft een P\*Q-afpraak met het ziekenhuis, terwijl het ziekenhuis een plafondbesluit heeft met een of meerdere zorgverzekeraars (2,6%-punt);
- het msb heeft een plafondbesluit met het ziekenhuis, terwijl het ziekenhuis een aanneemsom heeft met een of meerdere zorgverzekeraars (2,6%-punt);
- het msb heeft een P\*Q-afpraak met het ziekenhuis, terwijl het ziekenhuis een aanneemsom heeft met een of meerdere zorgverzekeraars (0,2%-punt).



Verder merken wij op dat in het bekostigingssysteem financiële productieprikkelers zitten om zorg te leveren – in het bijzonder hebben wij het hier over de systematiek om ‘diagnose-behandelcombinaties’ (dbc’s) te declareren. Deze systematiek vertaalt zich naar financiële afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, ziekenhuizen en msb’s en msb’s en hun vakgroepen. We waren ons hier al van bewust en hoorden het ook in onze interviews met msb’s, ziekenhuizen met msb’s en loondienstziekenhuizen. Toch is het mogelijk om in de afspraken ongewenste financiële productieprikkelers te verminderen door andere soorten afspraken te maken.

**Verbeterpotentieel: maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkelers bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars**

Als de productieprikkel voor de msb’s groter is dan de productieprikkel voor de ziekenhuizen, is er sprake van een concreet verbeterpotentieel voor msb’s. Voor het overgrote deel van de inkomsten hebben msb’s op basis van de financiële afspraken geen grotere productieprikkel dan de ziekenhuizen. Slechts voor 5,4% van de inkomsten van msb’s is de productieprikkel voor msb’s groter.

**Gelijkgerichtheid in afspraken tussen ziekenhuizen met msb’s en tussen msb’s en hun vakgroepen**

Hierboven zijn de afspraken tussen msb’s en hun vakgroepen (hun ‘interne verdeelsystematiek’) nog niet aan de orde gekomen. Zijn de financiële afspraken tussen het ziekenhuis en het msb ook in lijn met de afspraken tussen msb’s en hun vakgroepen? Uit ons onderzoek blijkt dat ziekenhuizen en msb’s dit in elk geval wel zo ervaren. Veruit de meeste msb’s en ziekenhuizen, die kennis hebben van de interne verdeelsystematiek, vinden dat de interne verdeelsystematiek van het msb op dit moment volledig of grotendeels in lijn is met de financiële afspraken die het msb met het ziekenhuis heeft gemaakt. Dit geeft mogelijk een vertekend beeld, omdat 26,7% van de ziekenhuizen geen inzicht heeft in de interne verdeelsystematiek.

Uit onze analyse van de financiële afspraken blijkt dat de interne verdeelsystematiek minder gelijkgericht is aan de bovenliggende afspraken dan de msb’s en de ziekenhuizen die zicht hebben op de interne verdeelsystematiek, zelf aangeven (zie bijlage 3 voor de combinaties van gelijkgerichte en niet-gelijkgerichte afspraken). In figuur 10.2 van bijlage 2 is te zien dat voor 48,0% van de ziekenhuiszorg de onderliggende afspraken die de ziekenhuizen hebben gemaakt met de msb’s in lijn zijn met de interne verdeelsystematiek. Voor 34,5% van de ziekenhuiszorg zijn de onderliggende afspraken die van het ziekenhuis naar de vakgroepen lopen niet-gelijkgericht en voor 17,1% is dit onduidelijk.

Wanneer wij inzoomen op de totale inkomsten die vakgroepen binnen msb’s op basis van de interne verdeelsystematiek ontvangen via niet-gelijkgerichte afspraken (34,5%), dan zien wij dat voor 16,3%-punt de interne verdeelsystematiek een kleinere productieprikkel voor de vakgroepen binnen msb’s bevat dan de afspraken tussen ziekenhuizen en msb’s. Voor 18,2%-punt bevat de interne verdeelsystematiek een grotere productieprikkel voor de vakgroepen binnen msb’s dan de afspraken tussen ziekenhuizen en msb’s. Hieronder lichten wij dit toe. Wij zien concreet verbeterpotentieel voor msb’s als de productieprikkel groter is in de interne verdeelsystematiek dan in de bovenliggende afspraken tussen het ziekenhuis en het msb.

*Niet-gelijkgericht: productieprikkel in de interne verdeelsystematiek is kleiner dan in de afspraken tussen msb’s en ziekenhuizen*

Bij 16,3% van de totale inkomsten die vakgroepen binnen msb’s ontvangen op basis van de interne verdeelsystematiek, die via niet-gelijkgerichte afspraken loopt, is de productieprikkel in de interne verdeelsystematiek kleiner dan de productieprikkel uit de afspraken tussen de ziekenhuizen en msb’s.

Door een of meerdere van de volgende parameters in de interne verdeelsystematiek van msb's zijn de financiële afspraken niet-gelijkgericht:

- doelmatigheid / kostenefficiëntie parameters;
- prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg);
- prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit;
- vaste vergoeding o.b.v. fte's (huidig of historisch);
- vergoeding afhankelijk van dienstbelasting.

De afspraken die betrekking hebben op de parameters binnen de interne verdeelsystematiek, die gericht zijn op kwaliteit en passende zorg, zijn op zichzelf wel aan te moedigen. Dit soort afspraken kunnen namelijk bijdragen aan passende zorg.

*Niet-gelijkgericht: productieprikkel in de interne verdeelsystematiek is groter dan in de afspraken tussen msb's en ziekenhuizen*

Bij 18,2% van de totale inkomsten die vakgroepen binnen msb's ontvangen via de interne verdeelsystematiek, die via niet-gelijkgerichte afspraken loopt, is de productieprikkel in de interne verdeelsystematiek groter dan de productieprikkel uit de afspraken tussen de ziekenhuizen en msb's. Dit komt door de onderstaande combinaties van niet-gelijkgerichte afspraken:

- het msb heeft een aanneemsom met het ziekenhuis, terwijl de vakgroepen (deels) een vergoeding krijgen op basis van productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg (8,6%-punt);
- het msb krijgt een percentage van de schadelast/omzet van het ziekenhuis (aanneemsom), terwijl de vakgroepen (deels) een vergoeding krijgen op basis van productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg (3,7%-punt);
- het msb heeft een aanneemsom met het ziekenhuis, terwijl de vakgroepen (deels) een vergoeding krijgen op basis van productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg (4,5%-punt);
- het msb krijgt een percentage van de schadelast/omzet van het ziekenhuis (aanneemsom), terwijl de vakgroepen (deels) een vergoeding krijgen op basis van productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg (1,5%-punt).

### **Verbeterpotentieel: maak als msb geen financiële afspraken met vakgroepen die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken tussen het msb en het ziekenhuis**

Wij constateren dat ongeveer een derde van de landelijke financiële stromen die van de msb's naar hun vakgroepen lopen, niet gelijkgericht is met de afspraken tussen msb's en ziekenhuizen (34,5%). In ongeveer de helft van deze gevallen (18,2%-punt) zit in de interne verdeelsystematiek een grotere productieprikkel voor de vakgroepen binnen msb's dan in de afspraken tussen ziekenhuizen en msb's. In de andere helft van de gevallen (16,3%-punt) bevat de afspraken tussen de ziekenhuizen en msb's een grotere productieprikkel dan de interne verdeelsystematiek. Wanneer de productieprikkel voor de vakgroepen binnen msb's groter is dan die in de bovenliggende afspraken, is het risico groter dat zij niet de strategische (IZA-)doelen van het ziekenhuis volgen. Voor de msb's is een verbeterpunt om de grotere productieprikkels in de interne verdeelsystematieken weg te nemen. Dit betreft dus 18,2% van de inkomsten die vakgroepen ontvangen via de interne verdeelsystematiek.

### **Gelijkgerichtheid in de financiële belangen tussen ziekenhuizen en msb's**

Waar ziekenhuizen meestal wel gelijkgerichtheid zien in financiële *afspraken*, zien ze die veel minder in de financiële *belangen* van henzelf en msb's. Van de ziekenhuizen ziet slechts 63,4% die gelijkgerichtheid ook. En 36,7% van de ziekenhuizen vindt de financiële belangen in beperkte mate

gelijkgericht tot helemaal niet gelijkgericht. Van de msb's geeft 93,0% aan dat hun financiële belangen in grote mate tot volledig gelijkgericht zijn aan die van 'hun' ziekenhuis.

Wat verklaart het gebrek aan gelijkgerichtheid in financiële belangen? De meest voor de hand liggende verklaring is te vinden in bestaan van een geïnstitutionaliseerd belangenconflict tussen msb's en ziekenhuizen. Wij gaan hier in paragraaf 2.4 uitgebreider op in. Een andere mogelijkheid, waarvan wij zeggen dat die nader onderzocht zou moeten worden, is dat msb's mogelijk risico's lopen om hun status als zelfstandige, fiscale onderneming te verliezen. Voor meer informatie verwijzen wij naar de nadere toelichting in paragraaf 2.4.

**Verbeterpotentieel: zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen**

Meer dan een derde van de ziekenhuizen (36,7%) vindt dat de financiële belangen van het ziekenhuis en het msb in beperkte mate tot helemaal niet gelijkgericht zijn. Hieruit kan een belangrijk verbeterpunt worden afgeleid. Dit verbeterpunt houdt in dat de financiële belangen en bijbehorende prikkels van ruim een derde van de msb's meer gelijkgericht moeten worden aan die van de ziekenhuizen. Zo lang de financiële belangen van msb's te veel en te eenzijdig zijn gericht op behoud van financiële autonomie en van een niet-transparante financiële bedrijfsvoering zal dit verbeterpunt een grote uitdaging blijven.

# 4 Conclusies

## 4.1 Het verbeterpotentieel van msb's

In dit rapport hebben wij in opdracht van de minister van VWS het verbeterpotentieel van medisch-specialistische bedrijven (msb's) in kaart gebracht. Dit deden we aan de hand van twee hoofdthema's: 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen' en 'financiële prikkels bij msb's'. Binnen die twee hoofdthema's hebben we aandacht gehad voor diverse subthema's. Hierin hebben we onze conclusies verwerkt tot acht concrete verbeterpunten. Zes ervan gaan over het thema 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen', de andere twee over het thema 'financiële prikkels bij msb's'. Hieronder staan al deze verbeterpunten op een rij – in willekeurige volgorde. Bij alle verbeterpunten, met uitzondering van verbeterpunten 6 en 7, staat voor welk percentage van de msb's het verbeterpunt geldt. Sommige verbeterpunten gelden ook voor ziekenhuizen. Waar dit laatste het geval is, geven we dat aan. In de tweede deelrapportage zal, conform de opdrachtbrief van de minister van VWS, inzicht worden gegeven in hoeverre de nu geconstateerde verbeterpunten zijn gerealiseerd.

Wij roepen msb's en ziekenhuizen op om - voor zo ver op hun situatie van toepassing - zo snel mogelijk aan de slag te gaan met de realisatie van de verbeterpunten die hieronder staan genoemd. Wij vinden dit belangrijk, omdat dit een gunstig effect heeft op de bestuurbaarheid en financiële gelijkgerichtheid. Een goede bestuurbaarheid van het ziekenhuis en financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en msb's is nodig om de transitie naar passende zorg succesvol te realiseren. Bovendien zullen wij in een vervolgonderzoek monitoren in hoeverre de nu geconstateerde verbeterpunten succesvol zijn aangepakt.

### Verbeterpunten 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen'

- 1. Stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast | 30% van de msb's**  
Ongeveer een derde (30%) van de ziekenhuizen heeft nu geen gezamenlijke (meerjaren)strategie met een msb - of heeft die niet schriftelijk vastgelegd. Dat moet anders, want een gezamenlijke bestuurlijke (meerjaren)strategie is belangrijk om de IZA-doelstellingen voor passende zorg te behalen. Door die strategie samen op te stellen en vast te leggen, zijn zowel msb's als ziekenhuizen aanspreekbaar op de uitvoering ervan.
- 2. Maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang | 35% van de msb's**  
Msb's moeten voldoende oog hebben voor het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang. Maar ruim een derde (35%) van de ziekenhuizen stelt dat msb's daar slechts beperkt of zelfs zeer beperkt toe in staat zijn. Dat kwam ook terug in de afgenomen interviews. Meerdere geïnterviewde ziekenhuisbestuurders gaven aan dat msb's te vaak voorrang geven aan het eigen belang. Daarbij gaat het veelal om de eigen *financiële* belangen, bijvoorbeeld op het gebied van inkomsten en zorgproductie (zoals het aantal te behandelen patiënten).

De overmatige focus op de eigen belangen vormt een belemmering voor zowel gelijkgerichte samenwerking als voor gezamenlijke uitvoering van de (meerjaren)strategie (zie verbeterpunt 1).

**3. Versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden | 35% van de msb's**

In ruim een derde van de ziekenhuizen (35%) komen msb-bestuurders soms of regelmatig terug op besluiten die ze samen met het ziekenhuisbestuur genomen hebben, omdat zij daartoe onder druk werden gezet door hun msb-leden (vrijgevestigde medisch specialisten). Het mandaat van msb-bestuurders was dus in eerste instantie niet sterk genoeg. Dit mandaat wordt sterker als het duidelijk en concreet wordt vastgelegd in de msb-statuten. Met een sterker mandaat is het risico kleiner dat msb-bestuurders moeten terugkomen op gezamenlijke beslissingen met het ziekenhuisbestuur. Dat risico wordt ook kleiner door een investering in de professionaliteit van die bestuurders. Die professionalisering vergroot namelijk hun daad- en besliskracht.

**4. Verbeter als msb de eigen financiële transparantie | minstens 48% van de msb's**

In zijn algemeenheid vindt ongeveer de helft (48%) van de ziekenhuizen dat 'hun' msb's matig tot onvoldoende financieel transparant zijn. Ook op enkele losse onderdelen schiet de financiële transparantie die door msb's wordt geboden, tekort. Het gaat om de volgende onderdelen:

- > capaciteitsbegroting: 57% van de ziekenhuizen heeft geen of slechts deels inzicht in de capaciteitsbegroting van de msb's;
- > periodieke productiecijfers: bijna driekwart (73%) van de ziekenhuizen heeft geen of slechts deels inzicht in de periodieke productiecijfers van de msb's;
- > jaarrekeningen: 43% van de ziekenhuizen heeft deels of geen inzicht in de jaarrekeningen van msb's;
- > interne verdeelsystematiek: bijna 27% van de ziekenhuizen heeft geen inzicht in de werking van de interne verdeelsystematiek van msb's;
- > bedragen die vakgroepen ontvangen: 80% van de ziekenhuizen weet niet welke bedragen vakgroepen ontvangen via de interne verdeelsystematiek van de msb's.

Ziekenhuizen zijn eindverantwoordelijk voor de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg. Zij moeten daar ook verantwoording over afleggen aan de zorgverzekeraars en de NZa als toezichthouder. Maar zonder financiële transparantie van hun msb's zijn ze daartoe slechts beperkt in staat. Een msb dat matig of onvoldoende financiële transparantie biedt, vormt een risico voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis en belemmert de financiële gelijkgerichtheid tussen het msb en het ziekenhuis.

Daarom zouden alle msb's 'hun' ziekenhuis volledig inzicht moeten geven in hun financiële huishouding. Met name geldt dit voor hun capaciteitsbegroting, hun periodieke productiecijfers, hun jaarrekening, hun interne verdeelsystematiek en de bedragen die vakgroepen van de msb's ontvangen. Met dit inzicht ontstaat een gelijk speelveld tussen ziekenhuizen en msb's. De msb's hebben namelijk wel altijd inzicht in de financiële gegevens van 'hun' ziekenhuis, op z'n minst in diens (openbare) jaarrekening. Kortom, financiële transparantie van het msb is een belangrijke randvoorwaarde voor een professionele bedrijfsvoering van het ziekenhuis.

**5. Beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten | meer dan 80% van de msb's**

Meer dan 90% van de ziekenhuizen blijkt op de een of andere manier betrokken te zijn bij het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten. Ongeveer 73% van de ziekenhuizen heeft een adviesstem in deze procedure. En ongeveer 20% heeft een andere vorm van inspraak. Maar al is dit een zeer grote betrokkenheid van ziekenhuizen, minstens 80% van hen heeft aangegeven dat het msb uiteindelijk de beslissende stem heeft over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten.

Een grote meerderheid van de ziekenhuizen (85%) en de msb's (98%) geeft aan niet ontevreden te zijn over de eigen rol in het aannameproces. De betrokkenheid van het ziekenhuis zou echter zodanig moeten zijn vormgegeven, dat zij in dezelfde omvang als het msb verantwoordelijkheid draagt voor de aannahme van een nieuwe medisch specialist. Die beslissing zou dus altijd het resultaat van een gezamenlijke en gedeelde besluitvorming moeten zijn. In het aannameproces hebben ziekenhuizen en msb's dus een gelijkwaardig niveau van zeggenschap. Dan kunnen msb's en ziekenhuizen namelijk met een gelijkwaardige stem – en dus gelijkgericht – de personele capaciteit afstemmen op de (toekomstige) zorgportefeuille van het ziekenhuis. Zo kunnen ze samen de transitie naar passende zorg maken, conform de IZA-doelstellingen.

Dit verbeterpunt geldt niet alleen voor msb's, maar ook voor ziekenhuizen. Zij zullen in het aannameproces gezamenlijk moeten optrekken. In dit verbeterpunt schuilt ook een kans om de samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen verder te versterken.

**6. Verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb | 29% van de ziekenhuizen**

*A. Losse msb's die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, moeten zich bestuurlijk en juridisch verenigen in één msb.*

*B. Ziekenhuizen waaraan meerdere, losse msb's zijn verbonden, moeten - samen met deze losse msb's - aansturen op en meewerken aan de totstandkoming van één, geïntegreerd msb.*

Ruim een kwart van de ziekenhuizen (29%) geeft aan dat zij met meerdere msb's samenwerken. Een grote meerderheid (82%) van deze groep ziekenhuizen zou liever met één msb te maken willen hebben. De bestuurbaarheid van het ziekenhuis zou daarbij volgens hun gebaat zijn. In navolging van deze groep ziekenhuizen vindt ook de NZa het onwenselijk als ziekenhuizen - al dan niet naar eigen tevredenheid - samenwerken met meerdere msb's. Zo'n gefragmenteerde samenwerking vergroot, in nog sterkere mate dan bij de aanwezigheid van één msb het geval is, de risico's voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Ook de realisatie van de IZA-doelstellingen kan hierdoor worden bemoeilijkt.

## **Verbeterpunten 'financiële prikkels bij msb's'**

**7. Maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprijken bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken | 18% van de totale vergoeding van msb's aan hun vakgroepen (interne verdeelsystematiek) en 5% van de vergoeding van ziekenhuizen aan msb's**

De financiële afspraken die een ziekenhuis maakt met zorgverzekeraars moeten 'doorvertaald' worden naar de onderliggende financiële afspraken – zowel die tussen het ziekenhuis en het msb als nóg een stapje lager tussen het msb en hun vakgroepen. Een goede, gelijkgerichte doorvertaling zorgt ervoor dat de productieprikkel in onderliggende afspraken niet groter is dan in bovenliggende afspraken. Als deze productieprikkel wél groter is, ontbreekt de financiële gelijkgerichtheid. En die gelijkgerichtheid is een essentiële voorwaarde om gemeenschappelijke doelen te behalen.

Wij hebben de financiële afspraken op het niveau 'zorgverzekeraars – ziekenhuis' vergeleken met de financiële afspraken op het niveau 'ziekenhuis – msb'. Op dit laatste niveau ('ziekenhuis – msb') zien we dat 5% van de totale vergoeding die msb's ontvangen van ziekenhuizen, een grotere productieprikkel bevat dan de vergoeding die plaatsvindt op het niveau 'zorgverzekeraars – ziekenhuis'. Wij hebben ook de financiële afspraken op het niveau 'ziekenhuis – msb' vergeleken met de financiële afspraken op het niveau 'msb – vakgroepen' (interne verdeelsystematiek). Op dit laatste niveau ('msb – vakgroepen') zien we dat 18% van de totale vergoeding die de vakgroepen

ontvangen van msb's, een grotere productieprikkel bevat dan de vergoeding die plaatsvindt op het niveau 'ziekenhuis – msb'.

Het verbeterpunt met betrekking tot de financiële afspraken op het niveau 'ziekenhuis – msb' vraagt om een gezamenlijke inspanning van msb's en ziekenhuizen. Maar het verbeterpunt met betrekking tot de financiële afspraken op het niveau 'msb – vakgroepen' (interne verdeelsystematiek) is een verbeterpunt voor alleen de msb's.

#### **8. Zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen | 37% van de msb's**

Meer dan een derde van de ziekenhuizen (37%) vindt dat de financiële belangen van de msb's niet of slechts in beperkte mate gelijkgericht zijn aan die van het ziekenhuis zelf. De msb's zouden de eigen financiële belangen en bijbehorende prikkels meer gelijkgericht moeten maken aan die van ziekenhuizen. Dit is een flinke uitdaging zolang de financiële belangen van msb's te veel en te eenzijdig zijn gericht op behoud van financiële autonomie en zolang msb's niet transparant zijn over hun financiële bedrijfsvoering.

## **4.2 Kanttekeningen bij samenwerking en persoonlijke verhoudingen**

### **Samenwerking**

Meer dan een kwart van de ziekenhuizen (28%) zegt twijfels of zelfs weinig of geen vertrouwen te hebben in de samenwerking met msb's die nodig is om de IZA-doelstellingen te behalen. En dat terwijl juist nu en in de komende jaren grote veranderingen noodzakelijk zijn. Verder stelt ruim de helft van de ziekenhuizen (55%) dat het msb een gemiddeld, hoog of heel erg hoog risico vormt voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Dat gebrek aan vertrouwen en het ervaren risico zijn niet alleen verontrustende uitkomsten. Ze zijn ook opmerkelijk. Van de ziekenhuizen vindt 88,4% de samenwerking met msb's namelijk voldoende tot (zeer) goed.

### **Persoonlijke verhoudingen**

De persoonlijke verhoudingen tussen msb- en ziekenhuisbestuurders kunnen een basis én een bedreiging zijn voor hun constructieve samenwerking, hun financiële gelijkgerichtheid en de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Dat kwam niet alleen naar voren uit ons bureauonderzoek. Ook in onze interviews hoorden we vaak – zowel van msb- als ziekenhuisbestuurders – hoe belangrijk goede onderlinge verhoudingen zijn voor een vruchtbare samenwerking. En hoe destructief als de onderlinge verhoudingen niet goed zijn. Als verhoudingen slecht zijn of onder grote druk staan, kunnen ze de samenwerking, financiële gelijkgerichtheid en bestuurbaarheid van het ziekenhuis aantasten – en daarmee zelfs de continuïteit van de zorgverlening. Dit is vooral een risico bij ziekenhuizen die weinig of geen vertrouwen hebben in de samenwerking met 'hun' msb, of hier op z'n minst onzeker over zijn.

In discussies over samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen is het goed om voortdurend scherp te zijn op beide kanten van die persoonlijke verhoudingen: ze kunnen de samenwerking en de bestuurbaarheid bevorderen, maar deze ook ontwrichten. Om samen met ziekenhuizen de IZA-doelstellingen te halen, zullen msb's bereid moeten zijn flinke veranderingen door te voeren en de samenwerking met het ziekenhuis op diverse onderdelen te verbeteren (zie de verbeterpunten in paragraaf 4.1).

### 4.3 Kanttekeningen bij het verbeterpotentieel van msb's

In deze rapportage zijn wij uiteindelijk gekomen tot acht concrete verbeterpunten. Veel ziekenhuizen en msb's brengen deze verbeterpunten al in meer of mindere mate in praktijk. Toch blijft het de vraag of ziekenhuizen en msb's ooit helemaal gelijkgericht met elkaar kunnen samenwerken op het niveau dat noodzakelijk is om de IZA-doelstellingen te kunnen realiseren. Ziekenhuizen en msb's zijn twee afzonderlijke, zelfstandige entiteiten met ieder een eigen fiscale positie. Daaruit vloeit voort dat ze in de kern allebei andere, soms zelfs tegengestelde belangen hebben. En dat roept een andere vraag op. Namelijk of het wel realistisch is om van msb's te verwachten dat zij hun samenwerking met het ziekenhuis opschroeven naar een niveau dat alleen behaald kan worden als zij hun eigen belangen ondergeschikt maken aan het ziekenhuisbelang. Men kan msb's moeilijk een verwijt maken als zij - in hun relatie met het ziekenhuis - niet (gaan) handelen op een manier die het behoud van hun eigen zelfstandigheid op het spel zet.

Ook vanuit fiscale overwegingen is er een belang voor msb's om die zelfstandigheid te behouden. Uit de enquête blijkt dat 23% van de ziekenhuizen en 18% van de msb's van mening zijn dat fiscale motieven een belemmering vormen voor volledige gelijkgerichtheid. Msb's lopen mogelijk een risico hun positie van zelfstandige fiscale entiteit te verliezen. Of dat een reëel risico is, hangt in belangrijke mate af van de Belastingdienst. Het is vooralsnog onduidelijk hoe een toets van de Belastingdienst op het wel/niet bestaan van zelfstandig fiscaal ondernemerschap uitpakt bij een msb, dat (vrijwel) alle verbeterpunten in praktijk heeft gebracht. Op grond van de criteria die de Belastingdienst hanteert, kan geen harde, objectieve grens worden bepaald tot hoe ver de bestuurlijke en financiële samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen mag gaan om nog te kunnen spreken van twee afzonderlijke fiscale entiteiten. Hoe dan ook zouden de fiscale motieven nooit een belemmering mogen vormen om de verbeterpunten, zoals hierboven geformuleerd, door te voeren. Nader onderzoek naar de fiscale positie van msb's in relatie tot de hierboven genoemde verbeterpunten kan mogelijk meer duidelijkheid bieden. Wij adviseren de minister van VWS zo'n onderzoek te laten uitvoeren.



# 5 Bijlagen

## Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS

Zie volgende pagina.



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

NZa  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Bezoekadres**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij**

Datum **20 JAN. 2023**  
Betreft Opracht monitor NZa transformatie msb's

**Kenmerk**  
3488629-1041757-CZ

**Kenmerk afzender**

Geachte mevrouw K,

**Bijlage(n)**

#### Aanleiding

De transitie naar passende zorg is noodzakelijk in het licht van de maatschappelijke opgave waar we met elkaar voor staan. We moeten ervoor zorgen dat ook in de toekomst goede en toegankelijke zorg verleend kan worden aan iedereen die dat nodig heeft. De transformatie naar passende zorg vraagt om samenwerking. In het coalitieakkoord staat, dat ook de medisch specialistische bedrijven (hierna: msb's) een verantwoordelijkheid hebben voor deze transformatie, de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en het afremmen van perverse prikkels. Als zij onvoldoende verbetering laten zien binnen twee jaar komt er regelgeving zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan.

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*

Met deze brief verzoek ik u om monitoring op te zetten en uit te voeren naar de voortgang van msb's in de transformatie naar passende zorg.

#### Achtergrond

In het regeerakkoord van het kabinet Rutte IV<sup>1</sup> staat de volgende passage opgenomen: "Voor transformatie naar passende zorg, de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en afremmen van perverse prikkels hebben ook medisch-specialistische bedrijven een verantwoordelijkheid. Indien bij deze medisch-specialistische bedrijven onvoldoende verbetering optreedt binnen twee jaar zal er regelgeving komen zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan. Daartoe wordt regelgeving voorbereid."

Ook in het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt over de transformatie naar passende zorg. Specifieke afspraken uit het IZA vormen daarom eveneens input voor dit monitoringstraject. In het IZA hebben de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) met elkaar afgesproken hoe medisch specialisten en ziekenhuizen met elkaar afspraken maken om samen te werken aan de transformatie naar passende zorg. Deze afspraken zien op transparantie van samenwerken aan het beleid

<sup>1</sup> Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst', 15 december 2021.



gericht op de strategische doelen van passende zorg, waardoor een gezamenlijk commitment van raad van bestuur en medisch specialisten ontstaat. Ook hebben zij afgesproken dat de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar worden doorvertaald naar het msb zodat de financiële prikkels in lijn liggen met de gezamenlijke visie.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
3488629-1041757-CZ

Het is het belangrijk dat de msb's bijdragen aan de transformatie naar passende zorg. Dit vraagt om een goede bestuurbaarheid van ziekenhuizen en daarmee om gelijkgerichtheid tussen msb's en ziekenhuisbesturen. Ook vraagt het om het minimaliseren van verkeerde financiële prikkels bij msb's. Uit de resultaten van het uit te voeren monitoronderzoek moet blijken of msb's een belemmering vormen om de transitie naar passende zorg succesvol te laten plaatsvinden.

#### Opdracht

Voor de monitor vraag ik de NZa om de financiële prikkels binnen msb's, alsmede de positie van msb's in relatie tot de bestuurbaarheid van ziekenhuizen (ook in relatie tot de samenwerking in de regio) gedurende een periode van twee jaar te volgen.

- Het deelonderzoek naar de financiële prikkels binnen msb's omvat de financiële afspraken tussen het ziekenhuis en het msb en de interne verdelingsystematiek binnen een msb. Deze financiële afspraken moeten worden gerelateerd aan de financiële contractafspraken tussen het ziekenhuis en de (dominante) zorgverzekeraars.
- Het deelonderzoek naar de bestuurbaarheid van ziekenhuizen in relatie tot de aanwezigheid van msb's omvat onder andere de organisatie van msb's en hun invloed op het beleid, de besluitvorming en de zorgkeuzes van ziekenhuizen. Belangrijke aspecten hierbij zijn transparantie en de mate waarin het msb en het ziekenhuis gelijkgericht opereren en regionaal samenwerken.

De opdracht bestaat uit het opleveren van een monitorrapport, dat uiteenvalt in twee afzonderlijk (in de tijd) op te leveren deelrapportages:

1. De eerste rapportage betreft een nulmeting en moet het verbeterpotentieel in beeld brengen op het gebied van de financiële prikkels binnen msb's en op het gebied van de bestuurbaarheid van ziekenhuizen.
2. De tweede rapportage moet vervolgens inzicht geven in hoeverre het verbeterpotentieel, zoals beschreven in de eerste rapportage, is gerealiseerd.

Ik verwacht dat u bij uw onderzoek ook gebruik maakt van de reeds beschikbare informatie over dit onderwerp (literatuur, onderzoeksrapporten, publicaties en artikelen) en van eerder door uzelf uitgevoerde monitors. Indien nodig verkrijgt de NZa medewerking van relevante externe partijen.

#### Tijdpad

In het coalitieakkoord is aangegeven dat medisch specialisten de mogelijkheid hebben om verbetering te laten zien gedurende twee jaar. Het eerste volledige jaar dat gemonitord kan worden is 2023. Ik vraag u uiterlijk in het najaar van 2023 de eerste rapportage op te leveren. Vervolgens wordt in 2025 de rapportage met het volledige beeld over de jaren 2023-2024 verwacht. Ik vraag u de laatste monitor uiterlijk voor de zomer 2025 op te leveren.



#### Afstemming

Ik verzoek u met VWS afspraken te maken over de manier waarop VWS wordt betrokken bij de nadere invulling van de monitor rapportages en de voortgang ervan. Daarnaast verzoek ik u afstemming te zoeken met relevante externe partijen.

#### Financieel

Ik ga ervan uit dat de kosten kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbaar gestelde middelen en voor zover dit niet het geval is, wordt dit meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning en control cyclus.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
3488629-1041757-CZ

## Bijlage 2. Onderzoeksopzet en -methodiek

Ons onderzoek naar het verbeterpotentieel van msb's valt uiteen in twee deelonderzoeken. In het eerste deelonderzoek hebben wij in kaart gebracht of er sprake is van verbeterpotentieel op de thema's bestuurbaarheid van ziekenhuizen en de financiële prikkels. In het tweede deelonderzoek zullen wij in kaart brengen in hoeverre dat verbeterpotentieel is gerealiseerd.

Wij zijn eerst gestart met een bureauonderzoek en hebben in beeld gebracht wat eerder is gerapporteerd over de bestuurbaarheid en financiële prikkels bij msb's. Vervolgens hebben wij een interviewronde gehouden waarin wij met verschillende actoren in gesprek gingen over de bestuurbaarheid en financiële prikkels en het verbeterpotentieel daarin. Op basis van het bureauonderzoek en de opbrengst uit de interviewronde hebben wij een landelijke nulmeting opgezet en uitgevoerd met behulp van een enquête en een invulformat uitvraag. In deze nulmeting hebben wij verschillende aspecten en afspraken uitgevraagd ten aanzien van de bestuurbaarheid en de financiële prikkels in de samenwerkingsrelatie tussen het ziekenhuis en het msb. Tevens hebben wij onderzocht hoe ziekenhuizen en msb's de bestuurbaarheid en financiële gelijkgerichtheid beoordelen. Hieronder gaan wij nader in op de verschillende stappen.

Tot slot hechten wij eraan te benadrukken, dat wij in ons onderzoek vertrouwelijk zijn omgegaan met de uitgevraagde gegevens: de gegevens zijn niet herleidbaar naar een specifieke persoon of organisatie. Hieronder beschrijven wij de aanpak van ons onderzoek.

### Bureauonderzoek

Wij hebben eerdere NZa-monitors en andere, externe publicaties (rapporten, artikelen, blogs, etc.) bij ons onderzoek betrokken. In deze publicaties is geschreven over de positie van msb's en hun relatie met ziekenhuizen. De vier belangrijke documenten die wij in ons vooronderzoek hebben geanalyseerd, zijn de monitors van de NZa '[Monitor integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018](#)' en '[Monitor medisch-specialistische zorg 2021](#)', het AKD-rapport '[Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst](#)' en de handreiking van de FMS '[Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel](#)'.

### Interviewronde

Wij hebben een serie van 32 interviews gehouden. Hoofdzakelijk met bestuurders van zowel ziekenhuizen als de daaraan verbonden msb's, maar ook met diverse brancheverenigingen, onafhankelijke deskundigen die vooral in de wetenschap actief zijn en met enkele zorgprofessionals die geen medisch specialist waren. We kozen voor zo'n diverse groep om een zo objectief en volledig mogelijk beeld te krijgen van de relatie tussen msb's en ziekenhuizen. We hebben er bewust voor gekozen om eerst de interviews te houden en daarna de enquêtes en invulformats uit te zetten. Op deze manier waren wij in staat om bevindingen uit de interviews te verwerken in de vragen voor de enquêtes en invulformats.

Wij hebben de volgende brancheverenigingen gesproken: de FMS, de NVZ, de NAPA, V&VN VS en De Jonge Specialisten.

#### *Loondienstziekenhuizen*

We hebben ook nog de bestuurders van vier van de vijf algemene 'loondienstziekenhuizen' geïnterviewd. Loondienstziekenhuizen zijn algemene ziekenhuizen waar (bijna) alle medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis werken. Deze interviews gaven ons inzicht in hoe deze

bestuurders de huidige situatie ervaren ten opzichte van de vroegere situatie waarin vrijgevestigde medisch specialisten nog aan het ziekenhuis waren verbonden. In het bijzonder hebben wij gesproken over de hoofdthema's 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen' en 'financiële prikkels'.

## Landelijke nulmeting

Met de kennis uit de interviews en eerdere onderzoeken stelden we een enquête en invulformat op. Deze vormden de basis van onze landelijke (nul)meting. Anders dan de enquête, een lijst met bijna honderd vragen over beide hoofdthema's, heeft het invulformat alleen betrekking op het hoofdthema 'financiële prikkels'. Het geeft inzicht in de financiële afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, tussen ziekenhuizen en msb's en tussen msb's en hun vakgroepen. De enquêtes en invulformats zijn door vrijwel alle msb's en bijbehorende ziekenhuizen ingevuld.

De enquêtes en invulformats hebben wij uitgezet onder 62 msb's en 61 ziekenhuizen die met een of meerdere msb's samenwerken. Van de respons op de enquête hebben we 60 ziekenhuizen (98,4%) en 57 msb's (93,4%) mee kunnen nemen in de analyses. Van de respons op het invulformat hebben we 58 ziekenhuizen (95,1%) mee kunnen nemen, waarvan één ziekenhuis twee formats heeft ingevuld (één voor elk van de twee msb's van het ziekenhuis). Voor de msb's hebben we 59 formats (95,2%) mee kunnen nemen, waarvan er dus 2 gekoppeld zijn aan 1 ziekenhuis.

In deze monitor hebben wij de onderzoeksresultaten vaak afgerond op één decimaal. Daar waar hele percentages te zien zijn, dus zonder een decimaal, zijn de percentages afgerond tot een heel getal.

### *Algemene kenmerken msb's en ziekenhuizen*

Uit ons onderzoek blijkt dat een msb gemiddeld uit 159 medisch specialisten bestaat. Een grote meerderheid van de msb's (82,5%) geeft aan dat zij met één ziekenhuis werkt. Ongeveer 18% van de msb's werkt met 2 tot 6 ziekenhuizen. Van de ziekenhuizen werkt 71,7% met één msb samen. Ruim een kwart van de ziekenhuizen (28,5%) werkt met meerdere msb's. Verder is gemiddeld 68,7% van de medisch specialisten die werkzaam zijn voor de ziekenhuizen, als vrijgevestigde medisch specialist werkzaam.

### *Toelichting enquêtes en invulformats*

In onderstaand kader geven wij meer informatie over de enquêtes en invulformats.

## Enquête

In de enquête hebben we de hoofdthema's onderverdeeld in subthema's:

- *Bestuurbaarheid van ziekenhuizen*
  1. Bestuurlijke besluitvorming
  2. Uniformiteit van strategie (inclusief het beleid voor het aannemen van medisch specialisten en het beleid voor zowel het aannemen als het aansturen van taakherschikkers en verpleegkundigen)
  3. Samenwerking (ook in het behalen van de IZA-doelstellingen)
  4. Financiële transparantie (inclusief transparantie in nevenactiviteiten, neveninkomsten en gunstbetoon)
  5. Bestuurlijke kwaliteiten
  
- *Financiële prikkels*
  1. Financiële afspraken tussen een ziekenhuis en zorgverzekeraars
  2. Financiële afspraken tussen een ziekenhuis en msb
  3. Financiële afspraken tussen het msb en zijn vakgroepen (interne verdeelsystematiek)

Er zijn enkele onderwerpen waarover wij wel vragen hebben gesteld in de enquête, maar waarover wij in deze rapportage niets hebben opgemerkt. Dat komt, omdat het dan om onderwerpen gaat waarvan wij geen of bijna geen verbeterpotentieel voor msb's aantreffen, of waarvan wij onvoldoende informatie hadden om uitspraken te kunnen doen over het verbeterpotentieel. Het gaat voornamelijk om de volgende onderwerpen: de bestuurlijke invloed van msb's op een aantal specifieke onderwerpen, de zeggenschap over de aanname en aansturing en invulling van werkzaamheden van verpleegkundigen en taakherschikkers, de meldplicht van nevenactiviteiten, neveninkomsten en gunstbetoon, de betrokkenheid van msb's bij de onderhandelstrategie en/of contractonderhandelingen met zorgverzekeraars, de houding en het gedrag van het msb tijdens de onderhandelingen over de financiële (verdeel)afspraken, het aangaan van investeringen van msb's bij grote ziekenhuisaangelegenheden en actief beleid op het verkleinen van verschillen in het verdienvermogen tussen vrijgevestigde medisch specialisten en de medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis.

### **Invulformat**

Via het invulformat hebben wij gevraagd naar financiële afspraken op deze niveaus:

- financiële afspraken tussen een ziekenhuis en zorgverzekeraars
- financiële afspraken tussen een ziekenhuis en msb
- financiële afspraken tussen het msb en zijn vakgroepen (interne verdeelsystematiek)

De resultaten van onze analyse op basis van de invulformats lijken op die van een eerdere NZa-monitor 'Monitor medisch-specialistische zorg 2021'. Dit onderzoek en onze huidige analyse zijn echter niet goed met elkaar vergelijkbaar. In het huidige onderzoek kijken we namelijk naar de gewogen gemiddelde financiële afspraken op basis van de totale contractwaarden die met die afspraken gemoeid zijn. Resultaten van grote ziekenhuizen tellen daarbij zwaarder mee dan die van kleine ziekenhuizen. In het vorige onderzoek keken we alleen naar aantallen en telde elk ziekenhuis even zwaar mee in de resultaten. Ook is de huidige analyse gebaseerd op de financiële afspraken van de ziekenhuizen over alle zorgverzekeraars heen. In het vorige onderzoek namen we alleen de afspraken met de dominante zorgverzekeraar mee.

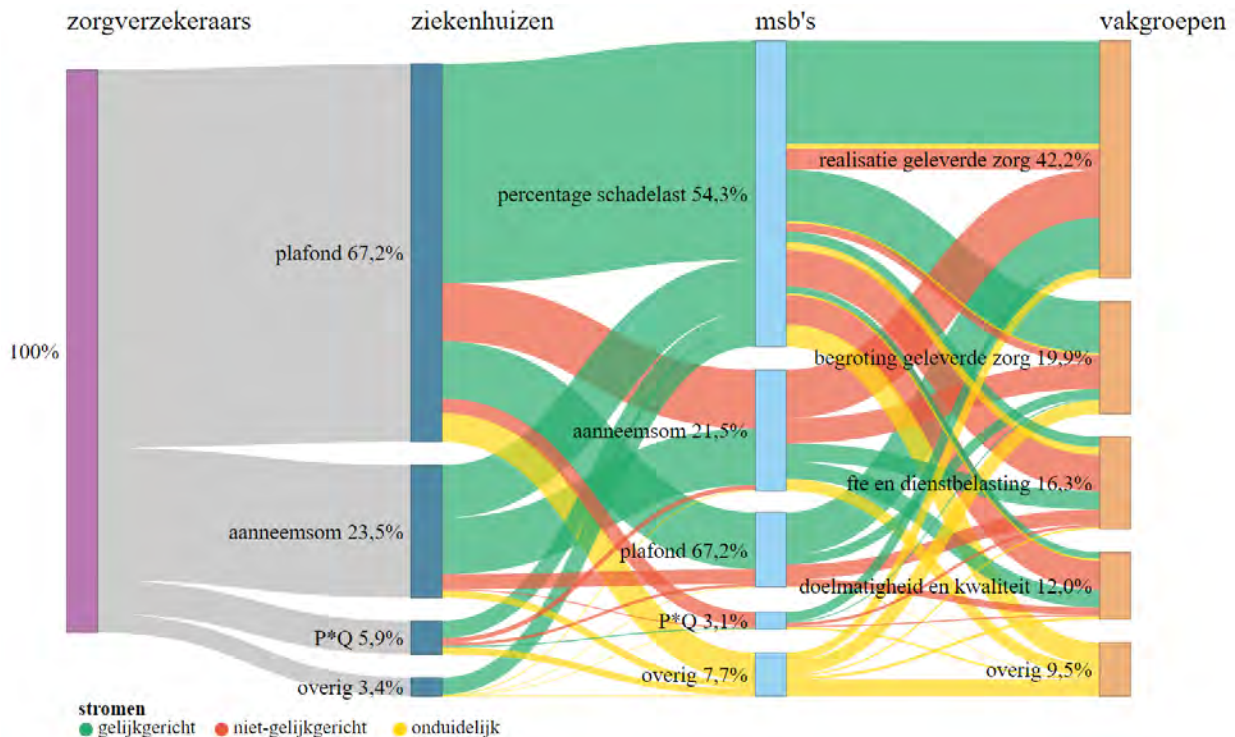
Het invulformat is dus een verbeterde versie van het invulformat dat wij hebben opgesteld voor de monitor medisch-specialistische zorg 2021. Verder hebben wij voor het bepalen van de indicatoren nauw afgestemd met Logex, omdat een groot aantal msb's diensten van hen afneemt voor het organiseren van hun interne verdeelsystematiek. Het invulformat is zo opgesteld dat ook msb's met een andere interne verdeelsystematiek het invulformat kunnen invullen.

### **Uitleg figuren 10.1 en 10.2 (stroomdiagrammen)**

Op pagina 40 hebben wij opgemerkt dat figuur 10.1 en figuur 10.2 de verschillende soorten financiële afspraken en de mate van gelijkgerichtheid laten zien. Deze figuren zijn hieronder weergegeven. Ter verduidelijking van deze twee figuren hebben wij in onderstaand tekstkader een extra toelichting geschreven.

#### **Figuur 10.1: Van zorgverzekeraars naar vakgroepen: de verdeling van de financiële afspraken en de mate van gelijkgerichtheid**

Per stroom die de financiële afspraken met elkaar verbindt geeft de kleur aan of deze afspraken gelijkgericht zijn.



Bron: Invulformat NZa

### Extra toelichting bij figuren 10.1 en 10.2

Beide figuren moeten van links naar rechts worden gelezen.

Het vertrekpunt in figuur 10.1 is de paarse balk. Deze laat zien dat 100% van de gecontracteerde zorg bij de zorgverzekeraars vandaan komt. De grijze stromingen van de zorgverzekeraars naar de ziekenhuizen laten zien hoe deze 100% verdeeld wordt over de verschillende soorten financiële afspraken die zorgverzekeraars met ziekenhuizen maken (dit zijn de donkerblauwe, verticale balken). Hoe dikker de stroom, hoe groter het aandeel in het totaalbedrag dat door zorgverzekeraars voor de gecontracteerde ziekenhuiszorg beschikbaar is. Vervolgens laten de stromingen vanaf de ziekenhuizen naar de msb's zien hoe de verdeling van de verschillende soorten financiële afspraken die ziekenhuizen maken met hun msb's (dit zijn de lichtblauwe, verticale balken), zijn opgebouwd. De lichtblauwe balken van de msb's tellen ook weer op tot 100%. Tenslotte laten de stromingen vanaf de msb's zien hoe de verdeling van de verschillende soorten financiële afspraken die msb's maken met hun vakgroepen (dit zijn de oranje, verticale balken) zijn opgebouwd.

In figuur 10.2 worden alle stromen die te zien zijn in figuur 10.1, bij elkaar opgeteld op basis van de mate van gelijkgerichtheid in de financiële afspraken.

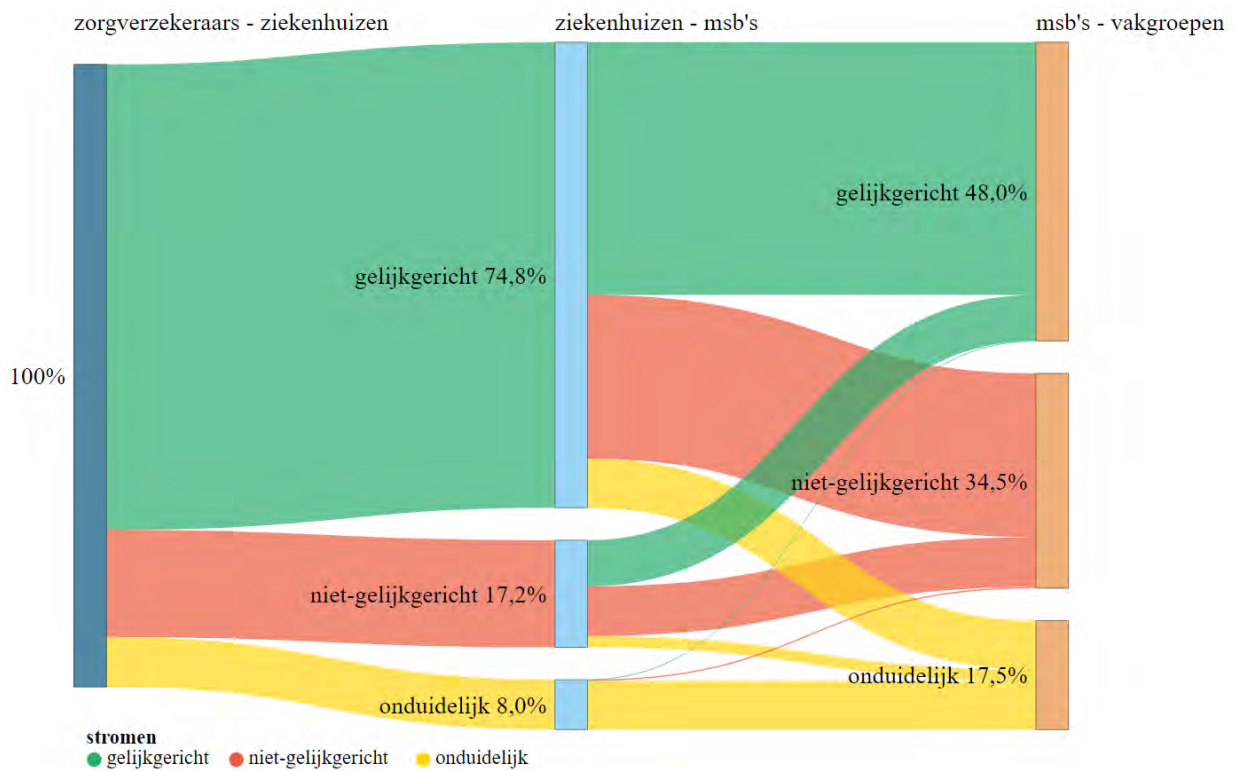
In figuur 10.1 en figuur 10.2 stellen wij de volgende twee parameters gelijk aan elkaar: de 'productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg' en de 'productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg'. Bij beide parameters krijgen de vakgroepen in de basis immers een vergoeding voor de daadwerkelijk geleverde zorg. Ook zien wij dat de msb's die werken met deze parameters veelal de inkomsten van vakgroepen begrenzen (al dan niet met een bandbreedte).

In ons onderzoek beschouwen wij afspraken die msb's met hun vakgroepen maken met betrekking tot bovengenoemde parameters 'gelijkgericht' met bovenliggende plafond- en P\*Q-afspraken die



ziekenhuizen met msb's zijn overeengekomen. Bij beide parameters krijgen de vakgroepen in de basis een vergoeding voor de daadwerkelijk geleverde zorg. Wel is een belangrijk kenmerk van 'productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg' dat msb's werken met een begroting op het niveau van de vakgroepen. Dit is niet vanzelfsprekend bij 'productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg'. Verder zien wij dat de msb's die werken met deze parameters veelal de inkomsten van vakgroepen begrenzen (al dan niet met een bandbreedte). In ons huidige onderzoek hebben wij de afspraken die deze parameters bevatten daarom 'gelijkgericht' gesteld aan de plafond- en P\*Q-afspraken die ziekenhuizen met msb's zijn overeengekomen. Een belangrijke reden om dit te doen, is dat deze afspraken ook een vergoeding bevatten voor de daadwerkelijk geleverde zorg. Maar er gaat wel een grotere productieprikkel uit van een P\*Q-afpraak. Er kan daarom sprake zijn van een overschatting van de gelijkgerichtheid als bij de 'productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg' en de 'productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg' de inkomsten niet zijn begrensd. Dit heeft betrekking op maximaal 1,9% van de inkomsten die vakgroepen binnen msb's ontvangen via de interne verdeelsystematiek. Overigens hebben wij niet onderzocht of de productie ook is begrensd als de inkomsten zijn begrensd.

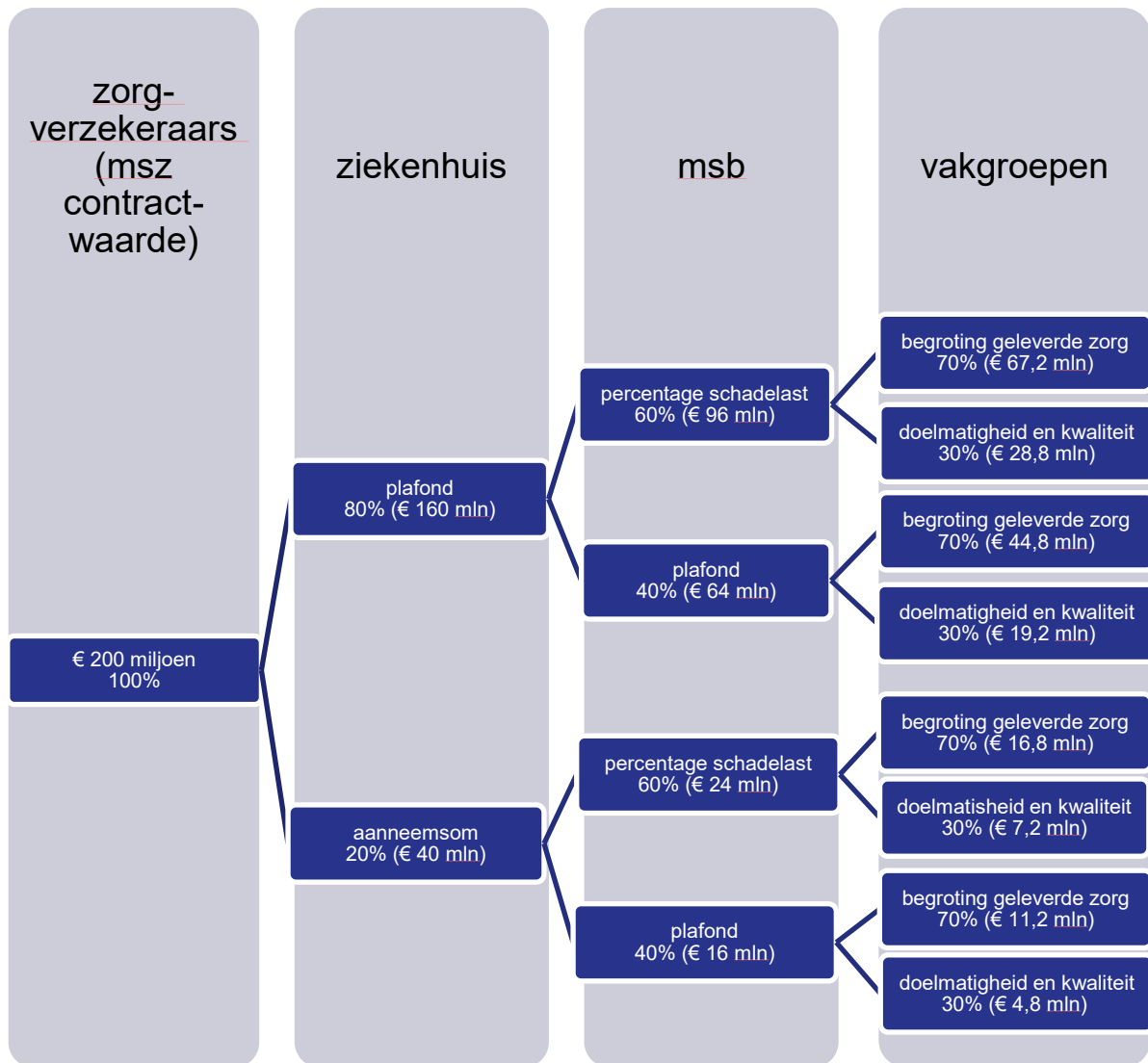
**Figuur 10.2: Van zorgverzekeraars naar vakgroepen: de mate van gelijkgerichtheid in de verdeling van de financiële afspraken**



Bron: Invulformat NZa

We koppelen de resultaten van de ziekenhuizen en de msb's aan elkaar op basis van de uitgevraagde ziekenhuis agb-codes. Deze koppeling maakt het mogelijk om een stroomdiagram te maken, omdat we de financiële afspraken van de zorgverzekeraars tot vakgroepen kunnen volgen. De figuren 10.1 en 10.2 zijn opgebouwd uit losse bouwstenen. Hieronder volgt een voorbeeld van de bouwstenen waar het stroomdiagram uit bestaat.

**Figuur 11: Fictief voorbeeld van bouwstenen voor stroomdiagram**



In dit fictief voorbeeld geldt het volgende:

- het ziekenhuis krijgt van alle zorgverzekeraars samen € 200 miljoen. Dit is gelijk aan de totale msz contractwaarde van dit ziekenhuis. Dit is weergegeven in de eerste kolom van figuur 11;
- de afspraken op het niveau 'zorgverzekeraars – ziekenhuis' bestaat voor 80% uit een plafondaafpraak (€ 160 miljoen) en voor 20% uit een aanneemsom (€ 40 miljoen). Dit is weergegeven in de tweede kolom van figuur 11;
- het ziekenhuis spreekt voor de vergoeding voor het msb het volgende af: de inkomsten van het msb zijn voor 60% gebaseerd op de afspraak 'percentage schadelast' en voor 40% op een plafondaafpraak. Dit leidt tot de volgende bouwsteenberekening (zie de derde kolom van figuur 11):
  - verdeling vanaf de plafondaafpraak van het ziekenhuis: 60% (€ 96 miljoen) van de ziekenhuis-plafondaafpraak gaat naar de 'percentage schadelast'-afpraak van het msb en 40% (€ 64 miljoen) van de ziekenhuis-plafondaafpraak gaat naar de plafondaafpraak van het msb;
  - verdeling vanaf de aanneemsomafpraak van het ziekenhuis: 60% (€ 24 miljoen) gaat naar de 'percentage schadelast'-afpraak van het msb en 40% (€ 16 miljoen) gaat naar de plafondaafpraak van het msb;
- vervolgens doen we hetzelfde voor de financiële afspraken tussen het msb en de vakgroepen (zie de vierde kolom van figuur 11). Het msb spreekt voor de vergoeding voor de vakgroepen het volgende af: 70% op basis van 'begroting geleverde zorg' en 30% op basis van doelmatigheid en kwaliteit. Dan

gaat 70% (€ 67,2 miljoen) van de 'percentage schadelast'-afpraak van het msb naar 'begroting geleverde zorg'-afpraak van de vakgroepen en gaat 30% (€ 28,8 miljoen) van de 'percentage schadelast'-afpraak van het msb naar doelmatigheid en kwaliteit, etc.;

- per niveau (ziekenhuizen, msb's en vakgroepen) tellen alle euro's die verdeeld zijn over de financiële afspraken weer op tot € 200 miljoen. Dat betekent dus niet dat het msb of de vakgroep daadwerkelijk zoveel betaald krijgt, maar we gebruiken de totale contractwaarden om de gewogen gemiddelde verdeling van de financiële afspraken te berekenen.

Deze berekeningen doen we voor alle zorgverzekeraar-ziekenhuis-msb relaties. Door de contractwaarde, uitgedrukt in euro, per niveau, per type financiële afspraak bij elkaar op te tellen, kunnen we de gewogen gemiddelde verdeling berekenen. De gewogen gemiddelde verdeling van de financiële afspraken zijn per groep zichtbaar in figuur 10.1 als de verticale gekleurde balken. Door de contractwaarde van alle unieke combinaties tussen de verschillende niveaus (bijvoorbeeld alle msb plafondafspraken en vakgroep doelmatigheid en kwaliteit afspraken) bij elkaar op te tellen kunnen we de gewogen gemiddelde verdeling van de stromen in de figuur berekenen. Op deze manier wegen we de procentuele verdeling van de financiële afspraken met de totale contractwaarde van het ziekenhuis.

#### *Gelijkgerichtheidsindeling*

De kleuren (groen, rood, of geel) van de stromen laten zien of de connectie die de stroom maakt volgens ons gelijkgericht is of niet, of dat het onduidelijk is. Voorbeeld: als een ziekenhuis een plafondafpraak heeft met de zorgverzekeraar, maar met het msb een aanneemsom, dan vinden wij die stroom niet gelijkgericht. Alle mogelijke combinaties van financiële afspraken hebben we beoordeeld en ingedeeld op basis van onze inhoudelijke expertise. Deze 'gelijkgerichtheidsindeling' van de stromen is terug te vinden in bijlage 3. De gelijkgerichtheidsindeling is een aanname in de analyse en stelt een duidelijke vereenvoudiging van de werkelijkheid voor.

De indeling heeft twee fasen: tussen de ziekenhuizen – msb's en tussen de msb's – vakgroepen. In de tweede fase hebben we een gedetailleerder onderscheid moeten maken in de indeling, omdat de indeling van de stromen verbonden met 'percentage schadelast' afhankelijk is van de bovenliggende afspraak van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld: een percentage van een aanneemsom kwalificeren we als een aanneemsom en een percentage van een plafond kwalificeren we als een plafond.

#### *Samennemen van contractvormen*

In het invulformat voor de ziekenhuizen zitten in de eerste tabel (relatie zorgverzekeraars – ziekenhuis) 10 mogelijke contractvormen (inclusief overig). Deze contractvormen zijn te zien in tabel 1 van dit rapport. Voor het presenteren van de resultaten in figuur 10.1 hebben we de contractvormen samengevat naar vier categorieën, op basis van de hoofdvorm van het contract (bijvoorbeeld aanneemsom). Voor de tweede tabel in het ziekenhuisformulier (dit is hetzelfde als de eerste tabel in het msb formulier) hebben we de contractvormen samengevat naar vijf contractvormen. De originele contractvormen staan in tabel 2 van dit rapport. Voor de tweede tabel in het msb formulier (tabel 4 in het rapport) hebben we ten behoeve van de figuur de contractvormen ook samengevat naar vijf contractvormen.

Tabel 2 laat overigens zien dat de resultaten op basis van de gegevens van de ziekenhuizen en msb's niet volledig met elkaar overeenkomen. Een opvallend verschil is het aandeel van een aanneemsom (verschil van 7,1%).

## Bijlage 3 Gelijkgerichtheidsindeling financiële afspraken

De gelijkgerichtheidsindeling heeft betrekking op de stromen die financiële afspraken van de zorgverzekeraars, ziekenhuizen (zkh), msb's en vakgroepen (vakgr.), in de stroomdiagrammen met elkaar verbinden. Deze hebben we ingedeeld in gelijkgericht, niet-gelijkgericht of onduidelijk. Deze indeling gaat in twee fasen: 1) de gelijkgerichtheid van de afspraken die het ziekenhuis met de zorgverzekeraar maakt versus de afspraken die het ziekenhuis met het msb maakt. 2) de afspraken die het msb met het ziekenhuis maakt en de afspraken die het msb met de vakgroepen maakt. De tweede fase is uitgebreider dan de eerste, omdat voor de afspraken waar het msb een percentage van de schadelast krijgt de gelijkgerichtheid afhangt van de bovenliggende afspraak die het ziekenhuis met de zorgverzekeraar.

**Tabel 5: Gelijkgerichtheidsindeling van stromen tussen het ziekenhuis en het msb**

Stromen ziekenhuis – msb	Gelijkgerichtheidsindeling
Zkh aanneemsom - Msb aanneemsom	gelijkgericht
Zkh aanneemsom - Msb overig	onduidelijk
Zkh aanneemsom - Msb P*Q	niet-gelijkgericht
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast	gelijkgericht
Zkh aanneemsom - Msb plafond	niet-gelijkgericht
Zkh overig - Msb aanneemsom	onduidelijk
Zkh overig - Msb overig	onduidelijk
Zkh overig - Msb P*Q	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast	gelijkgericht
Zkh overig - Msb plafond	onduidelijk
Zkh P*Q - Msb aanneemsom	niet-gelijkgericht
Zkh P*Q - Msb overig	onduidelijk
Zkh P*Q - Msb P*Q	gelijkgericht
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast	gelijkgericht
Zkh P*Q - Msb plafond	niet-gelijkgericht
Zkh plafond - Msb aanneemsom	niet-gelijkgericht
Zkh plafond - Msb overig	onduidelijk
Zkh plafond - Msb P*Q	niet-gelijkgericht

Stromen ziekenhuis – msb	Gelijkgerichtheidsindeling
Zkh plafond - Msb percentage schadelast	gelijkgericht
Zkh plafond - Msb plafond	gelijkgericht

**Tabel 6: Gelijkgerichtheidsindeling van stromen tussen het msb en de vakgroepen**

Stromen msb - vakgroep	Gelijkgerichtheidsindeling
Msb aanneemsom - Vakgr. begroting geleverde zorg	niet-gelijkgericht
Msb aanneemsom - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	gelijkgericht
Msb aanneemsom - Vakgr. FTE's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	gelijkgericht
Msb aanneemsom - Vakgr. overig	onduidelijk
Msb aanneemsom - Vakgr. realisatie geleverde zorg	niet-gelijkgericht
Msb overig - Vakgr. begroting geleverde zorg	onduidelijk
Msb overig - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	onduidelijk
Msb overig - Vakgr. FTE's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	onduidelijk
Msb overig - Vakgr. overig	onduidelijk
Msb overig - Vakgr. realisatie geleverde zorg	onduidelijk
Msb P*Q - Vakgr. begroting geleverde zorg	gelijkgericht
Msb P*Q - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	niet-gelijkgericht
Msb P*Q - Vakgr. FTE's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	niet-gelijkgericht
Msb P*Q - Vakgr. overig	onduidelijk
Msb P*Q - Vakgr. realisatie geleverde zorg	gelijkgericht
Msb plafond - Vakgr. begroting geleverde zorg	gelijkgericht
Msb plafond - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	niet-gelijkgericht
Msb plafond - Vakgr. FTE's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	niet-gelijkgericht
Msb plafond - Vakgr. overig	onduidelijk
Msb plafond - Vakgr. realisatie geleverde zorg	gelijkgericht
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. begroting geleverde zorg	niet-gelijkgericht
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	gelijkgericht

Stromen msb - vakgroep	Gelijkgerichtheids-indeling
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. FTE's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	gelijkgericht
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. overig	onduidelijk
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie geleverde zorg	niet-gelijkgericht
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. begroting geleverde zorg	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. FTE's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. overig	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie geleverde zorg	onduidelijk
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. begroting geleverde zorg	gelijkgericht
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	niet-gelijkgericht
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. FTE's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	niet-gelijkgericht
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. overig	onduidelijk
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie geleverde zorg	gelijkgericht
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. begroting geleverde zorg	gelijkgericht
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	niet-gelijkgericht
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. FTE's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	niet-gelijkgericht
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. overig	onduidelijk
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie geleverde zorg	gelijkgericht

