Eén druk op de knop?

Verwachte effectiviteit van verplichte loondienst voor alle medisch specialisten bij het bevorderen gelijkgerichtheid in ziekenhuizen om zo passende zorg te bereiken

Eindrapport

Amsterdam, 31 januari 2024

GUPTA
STRATEGISTS

Inhoudsopgave

Eén druk op de knop? **1**

Aanleiding en context | Coalitieakkoord Rutte IV maakt discussie over oude maatregel weer relevant **2**

De IZA-beweging naar passende zorg vraagt inzet van specialisten 2

Maatregelen volgen als msb's onvoldoende bijdragen aan passende zorg 2

Historische context bij het dossier verplichte loondienst 2

Feitelijk kader | Feiten over vrije vestiging **6**

Er zijn 8.200 vrijgevestigd medisch specialisten in Nederland 6

Het aandeel vrije vestiging verschilt sterk tussen specialismen 7

Het samenwerkingsmodel is de meest voorkomende organisatievorm 7

De financiële verhoudingen lijken beperkt gewijzigd over tijd sinds 2015 9

Analytisch kader | Beoordeling effecten maatregel **10**

Hoofdvraag 10

Duiding van cruciale begrippen 10

Drie externe prikkels om medisch specialisten te beïnvloeden 11

Wat medisch specialisten nastreven 12

Hoe externe prikkels beïnvloeden wat medisch specialisten nastreven 15

Noodzaak | Moeten externe prikkels veranderen om passende zorg te bewerkstellingen **16**

Uitgangspositie van vrijgevestigd medisch specialisten 16

Positie en belangen ten opzichte van passende zorg in zes casus 17

Conclusies uit casuïstiek | Passende zorg is bedreigend voor vrijgevestigd specialisten en vermindert in veel gevallen gelijkgerichtheid in ziekenhuis 25

Verwachte effectiviteit maatregel | Beperkt, want passende zorg blijft bedreigend **26**

Andere gevolgen en neveneffecten van de maatregel **31**

Andere gevolgen en neveneffecten per belanghebbende 31

Andere gevolgen en neveneffecten op basis van internationale ervaringen 35

Alternatieven | Opties om beweging naar passende zorg te bevorderen **36**

Beloning als prikkel om passende zorg te bewerkstelligen 36

Angst als prikkel om passende zorg te bewerkstelligen 39

Leiderschap als prikkel om passende zorg te bewerkstelligen 39

Bijlage | Toelichting op de methodiek **40**

Aanleiding en context | Coalitieakkoord Rutte IV maakt discussie over oude maatregel weer relevant

De IZA-beweging naar passende zorg vraagt inzet van specialisten

In 2022 hebben het ministerie van VWS en een groot aantal partijen in de zorg afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het doel van IZA is de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. De beweging naar passende zorg is daarin een belangrijk onderdeel.

Passende zorg vraagt dat medisch specialisten anders gaan werken. Patiënt en zorgverlener beslissen samen of zorg waarde toevoegt, kijkend naar ziekte(verloop), gezondheid en redzaamheid. Zorg is, waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd.[1]

Maatregelen volgen als msb's onvoldoende bijdragen aan passende zorg

In het coalitieakkoord is het volgende opgenomen: *'Voor transformatie naar passende zorg, de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en het afremmen van perverse prikkels, hebben ook msb's een verantwoordelijkheid. Indien bij msb's onvoldoende verbetering optreedt binnen twee jaar, zal er regelgeving komen zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan. Daartoe wordt regelgeving voorbereid.'*[2]

VWS heeft de NZa verzocht een nulmeting uit te voeren over 2022 en daarna te evalueren of voldoende verbetering zichtbaar is in de mate waarin msb's bijdragen aan passende zorg.[3] Zoals uiteengezet in deze kamerbrief is nader onderzoek nodig voor de uitwerking en onderbouwing van de maatregel om medisch specialisten in loondienst te brengen. Daarom is besloten onderzoek te laten uitvoeren naar de effectiviteit van de maatregel in het realiseren van passende zorg en het verbeteren van de bestuurbaarheid van ziekenhuizen. Daarbij zijn ook neveneffecten en alternatieven bezien. Dit onderzoek ligt voor u. De hoogte van specialisteninkomens en maatregelen om die te normeren vallen buiten scope van dit onderzoek.[4]

Historische context bij het dossier verplichte loondienst

Begin jaren '70 bleek dat over de loop der jaren grote inkomensverschillen waren ontstaan tussen verschillende specialismen. Onder andere doordat de historische tarieven werden doortrokken zonder aanpassingen voor de veranderende beroepsuitoefening. In 1972 werd de Werkgroep Inkomens Vrijberoepsbeoefenaren ingesteld en volgde de raamwet-inkomensbeleid (1974); voor alle vrije beroepsbeoefenaars zouden norminkomens worden vastgesteld en zij die meer verdienden zouden door toepassing van de prijzenwet geleidelijk minder krijgen. Dat was een vergaand idee, passend bij de nood van het moment en de sociaaldemocratische ideologie van spreiding van macht, kennis en inkomen. De PvdA nam de maatregel op in het verkiezingsprogramma 1977, als afgeleide van een gezondheidszorgbeleid dat toegankelijk is voor iedereen en democratisch en efficiënt werkt.

[1] https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg
[2] 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst', Coalitieakkoord 2021-2025, VVD, D66, CDA en ChristenUnie
[3] *Kamerstukken II* 2022/23, 31765, 700
[4] Sec de overstap naar loondienst hoeft niet te leiden tot een lager inkomen, dit is pas het geval als wordt opgelegd dat medisch specialisten onder de Wet Normering Topinkomens (WNT2) komen te vallen. Dit is feitelijk een separate maatregel en geen onderdeel van de analyse in dit rapport.

Voor diverse vrije beroepsgroepen waren in 1978/1979 voorlopige norminkomens vastgesteld door naar de hoogte van salarisschalen van hogere ambtenaren te kijken. De Wiardi Beckmanstichting berekende in 1980 dat het ongeveer 500 miljoen gulden zou kosten om alle vrijgevestigd specialisten een goodwilluitkering als pensioenvoorziening te bezorgen.[5] In 1981 kwam kabinet Van Agt (I) met zijn Tijdelijke wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenaars (TWN), die tot 1985 zou gelden. Met het Vijfpartijenakkoord (in 1989) wordt een nieuw element in het beleid geïntroduceerd: budgettering. De ziekenhuizen, ziektekostenverzekeraars en medisch specialisten spreken af dat er in de komende jaren niet méér aan specialistische zorg wordt uitgegeven dan in 1989.

In 1993 adviseerde commissie Biesheuvel de staatsecretaris van volksgezondheid een basisinkomen voor medisch specialisten in te voeren, zo nodig op te hogen met toeslagen voor onregelmatige diensten, zorgzwaarte en participatie in ziekenhuismanagement. De gestelde voorwaarden kwamen globaal overeen met loondienst, al bleef vrije vestiging buiten het ziekenhuis mogelijk, maar in dat geval zouden investeringen in apparatuur en ondersteunend personeel ook voor rekening van de medisch specialist zijn. Hiermee zou de productieprikkel verdwijnen en overbehandeling worden vermeden. Bovendien zou dit een einde maken aan de goodwillpraktijk, die destijds ongeveer een jaaromzet bedroeg en grote druk legde op de specialist om zoveel mogelijk inkomen te genereren.

In 1995 werd de lumpsumfinanciering ingevoerd. De lumpsum komt erop neer dat de omzet van medisch specialisten – afgezien van trendmatige aanpassingen – wordt bevroren en hun verdiensten gedeeltelijk worden losgekoppeld van hun feitelijke productie. Voorwaarde is wel dat alle of nagenoeg alle medisch specialisten van een ziekenhuis moeten meedoen. Ongeveer 90% van alle vrijberoepsbeoefenaren hebben dit gedaan. De overige 10% werden nog per verrichting betaald, maar zijn op hun tarieven gekort.[6]

Vervolgens duurde het nog jaren voordat minister Borst een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer stuurde, om partijen de gelegenheid te geven lokaal te experimenteren en ‘aan de situatie te wennen’. In het wetsvoorstel uit 1997 wordt uitgegaan van ‘medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis dan wel door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch specialisten’. Zo werd het fiscale voordeel van de vrijgevestigd specialisten beschermd, omdat uit de wet niet is op te maken dat de medisch specialist geen vrije beroepsbeoefenaar meer kan zijn. Dit was nodig, omdat nog er (nog) geen mogelijkheid was om medisch specialisten te compenseren voor financiële nadelen samenhangend met verplichte loondienst. Hierop kwam veel kritiek van verzekeraars, die alleen met het ziekenhuis wilden onderhandelen, en van ziekenhuizen die wilden dat het ziekenhuis bij conflicten de beslissende stem zou hebben.[7] Het leidde in 1998 tot een meerjarenafspraak tussen minister Borst, de NVZ en de Orde voor Medisch Specialisten (Orde)[8] over (gedeeltelijke) financiering van de afkoop van goodwill met gemeenschapsgeld, waarvoor een bedrag werd uitgetrokken van 2,3 miljoen gulden in 1999 tot 105 miljoen gulden in 2002. De veronderstelling was dat als het goodwillprobleem werd opgelost, medisch specialisten sneller voor loondienst zouden kiezen en eenvoudiger zouden overstappen naar andere ziekenhuizen.

De invoering van marktwerking en prestatiebekostiging in 2006-2007 resulteerde in een sterke stijging van de inkomens van enkele groepen vrijgevestigde specialisten. Door onvolkomenheden in de dbc-systematiek stegen sommige inkomens 50-200% zonder extra taken. In de jaren daarna werd 2 miljard euro meer dan beoogd uitgegeven aan ziekenhuiszorg. In 2009 liet de minister van volksgezondheid opnieuw onderzoek doen naar verplichte overstap naar loondienst om ‘onnodige zorg’ te vermijden. De Orde stelde destijds dat specialisten ‘het gedoe over hun inkomen zo beu zijn, dat dit misschien een

[5] NRC 25-6-1980, ‘W.-Beckmanstichting met studie naar artsen in loondienst’
[6] 2005, commissie Korthals-Altes, ‘Het onderbouwd normatief uurtarief van de medisch specialist’
[7] NCR 11-3-1997, ‘Minister Borst over samenwerking tussen ziekenhuis en vrije medisch specialisten: in een huwelijk is ook niemand de baas’
[8] Voorloper van de huidige Federatie Medisch Specialisten (FMS)

oplossing kan zijn', maar dat de bottleneck de vergoeding van goodwill zou zijn. In 2010 stuurde minister Klink een aantal wetsvoorstellen naar de Tweede Kamer voor nieuwe bekostiging, waarbij specialisten niet langer rechtstreeks zouden declareren bij verzekeraars, maar via het ziekenhuis, waarbij het ziekenhuis 80% van de specialisten maximaal 180.000 euro per jaar zou betalen en 20% op grond van hun kwaliteiten meer kon krijgen, tot 285.000 euro. Loondienstartsen verdienden destijds maximaal 115.000 euro. Deze voorstellen leiden tot de eerste staking van vrijgevestigd medisch specialisten ooit.[9,10]

In 2012 bleek uit een internationale vergelijking dat Nederlandse vrijgevestigd specialisten meer verdienden dan hun vrijgevestigde collega's in Duitsland, Frankrijk, Denemarken en België. Toch was dit gemiddeld 20% minder dan in 2009, volgens de commissie Meurs, namelijk een gemiddeld bruto jaarinkomen van 180.000 euro na aftrek van ondernemerskosten. Die inkomensdaling was het gevolg van afspraken tussen de Orde en de minister om de uitwassen in honoraria in voorgaande jaren aan te pakken.[11]

De invoering van de integrale tarieven in 2015 had een vierledig doel. Ten eerste, het bevorderen van gelijkgerichtheid van belangen tussen vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuizen. Ten tweede, het doelmatiger inzetten van mensen en (financiële) middelen. Ten derde, het wegnemen van belemmeringen voor selectieve inkoop door zorgverzekeraars. En ten vierde, het creëren van een gelijk speelveld voor instellingen met specialisten in loondienst versus instellingen met specialisten in vrije vestiging. De maatregel 'medisch specialisten in loondienst', ziet met name op het eerste en, in iets mindere mate, op het tweede beoogde doel. De meest ingrijpende maatregel die met het invoeren van integrale tarieven gepaard ging, was het ontnemen van het zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd medisch specialist. De medisch specialist mag sindsdien niet meer zelf de geleverde zorg bij een zorgverzekeraar declareren, maar is daarvoor afhankelijk van een zorgaanbieder zoals in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) is gedefinieerd. Hiermee kwam het zelfstandig ondernemerschap van de vrijgevestigd medisch specialist in het gedrang. Om dit (fiscaal) ondernemerschap te waarborgen, zijn het samenwerkingsmodel en participatiemodel in het leven geroepen.

Met de invoering van integrale tarieven voor medisch specialistische zorg moesten ziekenhuizen hun organisatiemodel herzien. Ze konden daarbij kiezen uit het samenwerkingsmodel, waarin de vrijgevestigde specialisten zich verenigen in een medisch specialistisch bedrijf (msb), het loondienstmodel, waarin de artsen in loondienst zijn van het ziekenhuis of het participatiemodel, waarin de artsen aandeelhouder zijn van het ziekenhuis. Van belang om te benadrukken is dat ziekenhuizen moesten kiezen. Niks doen was geen optie. Het met de invoer van de integrale tarieven gepaard gaande verlies van het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialist, dwong de ziekenhuizen (in samenspraak met de medisch specialisten) tot het inrichten van een andere structuur.

Om de overstap van vrije vestiging naar loondienst destijds aantrekkelijker te maken voor medisch specialisten introduceerde toenmalig minister van VWS, E.I. Schippers de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg (SOIT).[12] Vrijgevestigde medisch specialisten die vrijwillig overstapten naar loondienst bij een zorgaanbieder ontvingen een 'overstapton' als (gedeeltelijke) compensatie van de gederfde goodwill. Ook in ziekenhuizen die voor het samenwerkingsmodel kozen, waarin een deel van de artsen in vrije vestiging bleef, konden artsen overstappen naar loondienst, al vereisten ziekenhuizen dan vaak wel dat de hele vakgroep de overstap maakte.

[9] NRC 11-9-2009, 'Klink: onderzoek om alle medisch specialisten vast loon te geven'
[10] NRC 13-10-2010, 'Klink wil maximumsalaris voor medisch specialisten'
[11] NRC 10-10-2012, 'Inkomen 'vrije arts' blijft het hoogst in vergelijking met andere westerse landen'
[12] 'Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 september 2014, houdende regels voor een subsidie voor het faciliteren van medisch specialisten bij de overgang naar integrale tarieven voor medisch specialistische zorg en kaakchirurgie (Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg)', Staatscourant 2014, 26413

Ruim anderhalf jaar na de invoering van de integrale tarieven concludeerde de toenmalig minister Schippers dat "*belangrijke belemmeringen*" ten aanzien van selectieve inkoop, doelmatige zorg en taakherschikking zijn weggenomen, maar dat de doelstellingen van de integrale bekostiging "*nog niet allemaal gerealiseerd zijn*".[13] Tevens meldde minister Schippers dat zij het samenwerkingsmodel "*nadrukkelijk als tussenmodel*" ziet, aangezien "*de (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten in dit model tegenstrijdig kunnen zijn. Ook kan de machtspositie van het msb ten koste kan gaan van de slagkracht van de raad van bestuur, die de eindverantwoordelijkheid heeft voor kwaliteit en veiligheid.*"[14]

De subsidieregeling is vervolgens herhaaldelijk verlengd, om zo veel mogelijk medisch specialisten de gelegenheid te bieden tot vrijwillige overstap naar loondienst. In de periode 2017-2021 werd de SOIT nog 66x aangevraagd (7,6% van het totaal aantal aanvragen).[15] Per 1 januari 2022 is het niet meer mogelijk om de subsidie aan te vragen. De evaluatie van de SOIT is separaat beschreven.

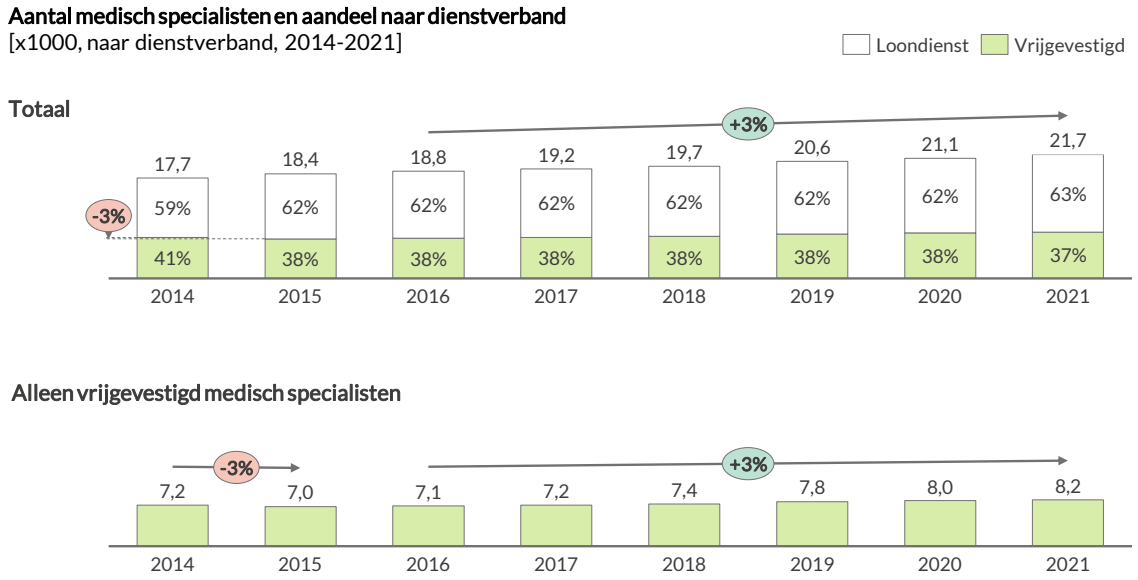
Bij de laatste verkiezen bleek dat de meeste politieke partijen het streven naar alle medisch specialisten in loondienst in het verkiezingsprogramma hebben opgenomen. PvdA/Groenlinks, PvdD, D66, SP en ChristenUnie schrijven allemaal expliciet en zonder voorbehoud dat medisch specialisten in loondienst moeten. De VVD schrijft dat de overheid en het veld beide een verantwoordelijkheid hebben in het werken naar passende zorg en het aanpakken van perverse prikkels. Ze willen dat iedereen deze verantwoordelijkheid neemt en stimuleren extra waar nodig. NSC schrijft dat medisch specialisten gestimuleerd moeten worden in loondienst te gaan.

[13] *Kamerstukken II* 2015/16, 32012, 39
[14] *Kamerstukken II* 2015/16, 32012, 39
[15] Lessen uit zeven jaar SOIT, 2023, Gupta Strategists – zie figuur 2

Feitelijk kader | Feiten over vrije vestiging

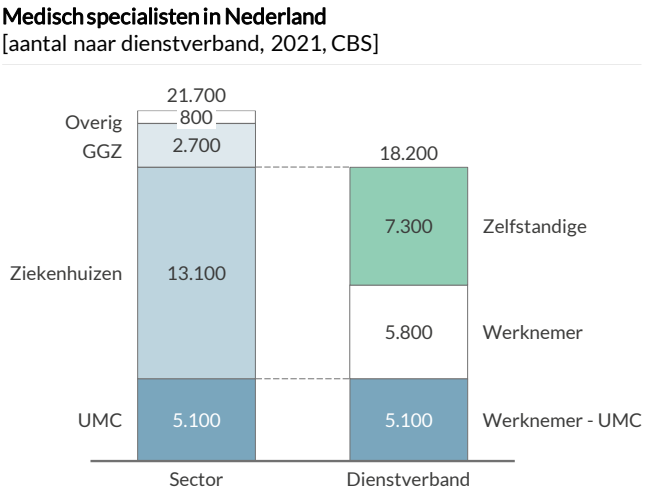
Er zijn 8.200 vrijgevestigd medisch specialisten in Nederland

In Nederland zijn 21.700 medisch specialisten werkzaam. Deze groep omvat alle artsen die als medisch specialist in het BIG-register geregistreerd staan. Ruim een derde van de medisch specialisten is vrijgevestigd: 8.200 in 2021. Het totaal aantal medisch specialisten steeg sinds 2016 met gemiddeld 3% per jaar, terwijl de verhouding tussen loondienst en vrije vestiging ongeveer gelijk bleef (zie Figuur 1). Het merendeel van de vrijgevestigd medisch specialisten, te weten 7.300 van de 8.200, werkt in het ziekenhuis (zie Figuur 2). De overige 900 zijn o.a. werkzaam in de GGZ en laboratoria.



NB. Van 2014-2015 daalt aantal en aandeel vrijgevestigd medisch specialisten met 3%. In de periode 2016-2021 stijgen zowel het totaal aantal medisch specialisten, als het aantal vrijgevestigd medisch specialisten, met gemiddeld 3% per jaar.
Bron: CBS dataset medisch geschoolden, analyse Gupta Strategists

Figuur 1: aantal medisch specialisten en aandeel naar dienstverband 2014-2021

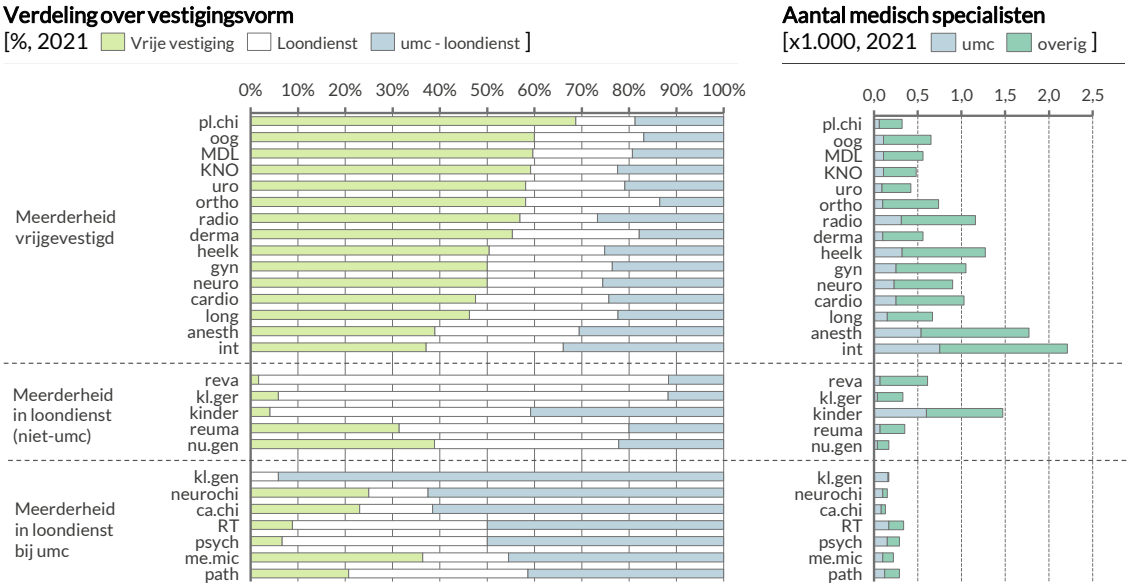


Overig: in meerderheid commerciële laboratoria en vrijgevestigde psychiaters.
Bron: CBS dataset medisch geschoolden.

Figuur 2: overzicht verdeling medisch specialisten per soort werkgever en naar soort dienstverband

Het aandeel vrije vestiging verschilt sterk tussen specialismen

We zien grote verschillen in het aandeel vrije vestiging per specialisme, met een range van 0% vrije vestiging bij klinisch genetici tot bijna 70% vrije vestiging bij plastisch chirurgen (zie Figuur 3). Dit beeld is breed bekend in de markt, ook niet iets van de laatste jaren. We hebben er geen eenduidige verklaring voor kunnen vinden, met uitzondering van de klinisch genetici, die alleen in umc's werkzaam zijn en dus altijd in loondienst werken.



Bron: CBS dataset medisch geschoolden.

Figuur 3: verdeling van medisch specialisten over vestigingsvorm, per specialisme

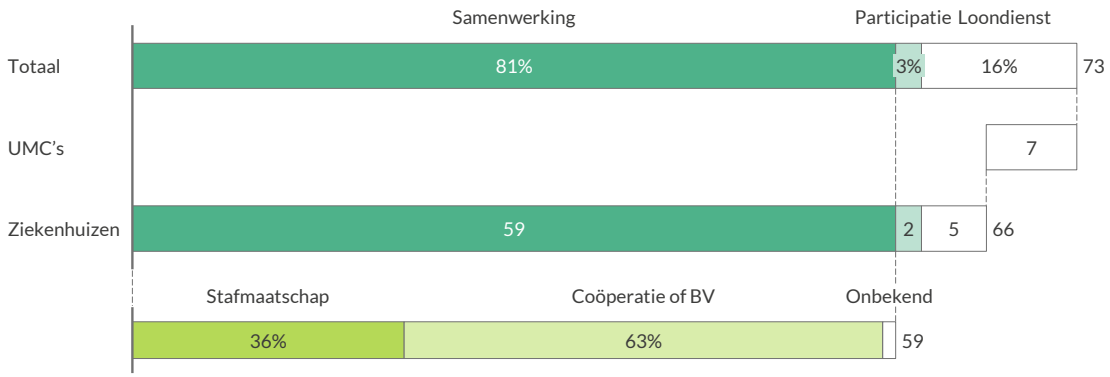
Het samenwerkingsmodel is de meest voorkomende organisatievorm

De invoering van de integrale bekostiging in 2015 heeft gezorgd voor het vervallen van het zelfstandig declaratierecht van de vrijgevestigd medisch specialist. Om het (fiscaal) ondernemerschap te kunnen waarborgen, zijn twee organisatievormen ontwikkeld. Samen met het werken in loondienst, resulteert dat op hoofdlijnen in drie juridische vormen op basis waarvan medisch specialisten werkzaam zijn:

1. Loondienstmodel
2. Samenwerkingsmodel
3. Participatiemodel

Zie voor een overzicht Figuur 4.

Modelvorm per ziekenhuis
[aantal ziekenhuizen, modelvorm in meerderheid aanwezig binnen ziekenhuis, 2023]



N.B. Ziekenhuizen zijn ingedeeld op basis van welke rechtsvorm van de dienstbetrekking in meerderheid aanwezig is. Tevens is alleen het grootste msb per ziekenhuis weergegeven (dus bijv. exclusief kaakchirurgische msb's) Bron: DigiMV 2021, jaarverslagen msb's via de KVK, bureauonderzoek en analyse Gupta Strategists

Figuur 4: organisatievorm per ziekenhuis

In de meeste ziekenhuizen zijn zowel artsen in loondienst als in vrije vestiging werkzaam. Bij de artsen in vrije vestiging komt het samenwerkingsmodel het meest voor. Hierin zijn de artsen verenigd in een msb. Er zijn vijf ziekenhuizen waar alle artsen in loondienst zijn, net als in de umc's.

Wat verder opvalt is dat ongeveer twee derde van alle ziekenhuizen een niet-transparant samenwerkingsmodel heeft. Met andere woorden, het ziekenhuis gaat een samenwerking aan met een coöperatie of een B.V., beide rechtsvormen met eigen rechtspersoonlijkheid. De medisch specialisten zijn via hun eigen B.V.'s ofwel lid (coöperatie) ofwel aandeelhouder (B.V.). Dit heeft invloed op aansprakelijkheidsvraagstukken, de rechtspersoon is immers drager van eigen rechten en plichten, maar ook op transparantie, in financiële zin. Het ziekenhuis gaat een samenwerking aan met de coöperatie of B.V. en daarbinnen is de verdeling van gelden onder de medisch specialisten geregeld. De meeste msb's keren winst uit aan hun leden/aandeelhouders.

Bij twee ziekenhuizen is sprake van een participatiemodel (Ziekenhuis Bernhoven en het Rode Kruisziekenhuis). Althans, een vorm die er het meeste op lijkt. De kern van het participatiemodel is dat de medisch specialist in loondienst is en participeert in het ziekenhuis. Dat wil zeggen dat de medisch specialist direct aandeelhouder van het ziekenhuis is met alle verantwoordelijkheden (o.a. het verschaffen van risicodragend kapitaal) en voordelen (mocht het uitkeren van winst in de zorg ooit mogelijk worden, het delen in de winst) van dien. Het verbod op winstuitkering in de medisch specialistische zorg maakt dat directe participatie in de ziekenhuisorganisatie niet aantrekkelijk is. De eventuele winst (de beloning voor het inbrengen van risicodragend kapitaal) mag niet worden uitgekeerd.

In Ziekenhuis Bernhoven is dit opgelost door in afwachting van het mogelijk toestaan van het uitkeren van winst in de zorg te kiezen voor een structuur waarin alsnog alle medisch specialisten in loondienst zijn en participeren in het ziekenhuis, maar in plaats van winst, rente op de door hun verstrekte obligatielening krijgen. Mocht winstuitkering ooit mogelijk worden, dan worden de obligaties omgezet in aandelen en kunnen de medisch specialisten eventuele winst op die aandelen krijgen uitgekeerd.

Bij het Rode Kruisziekenhuis is een andere keuze gemaakt. Het ziekenhuis heeft een meerderheidsaandeelhouder (een B.V.) die 95% van de aandelen bezit, de andere 5% is in bet bezit van een Stichting Administratie Kantoor (STAK) die vervolgens certificaten van deze aandelen uitgeeft aan

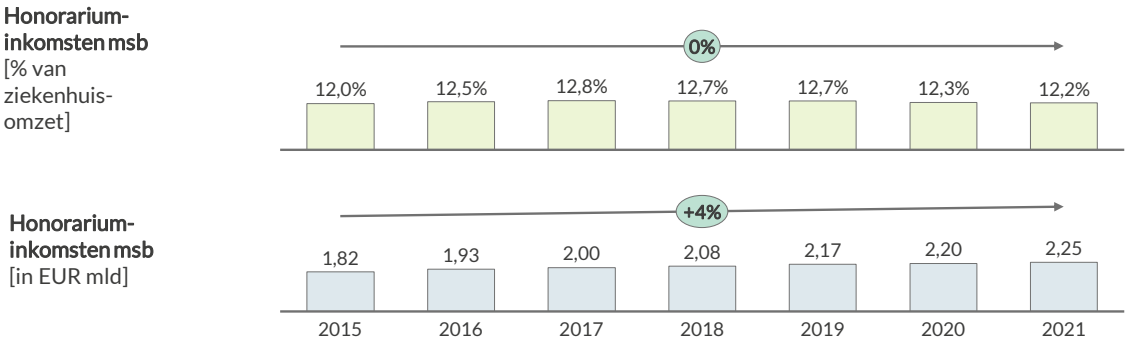
alle in het Rode Kruisziekenhuis werkzame medisch specialisten. Dit om te waarborgen dat een medisch specialist alleen certificaathouder kan zijn als hij werkzaam is in het ziekenhuis. Aan de aandelen van de groot aandeelhouder zijn de gebruikelijke vergader-, stem- en winstrechten verbonden, aan de aandelen die de STAK houdt zijn wél stem- en vergaderrechten verbonden, maar géén winstrechten.[16] Deze constructie geeft de medisch specialisten een formele stem in de besluitvorming. Zo is voor 'bijzondere besluiten' (o.a. strategische beleidsplannen en grote investeringsbeslissingen) een bijzondere meerderheid vereist waarin bijvoorbeeld, naast de instemming van de grootaandeelhouder zelf, ook instemming vereist is van de STAK.

De financiële verhoudingen lijken beperkt gewijzigd over tijd sinds 2015

We zien dat honorariuminkomsten van msb's als percentage van de ziekenhuisinkomsten afgelopen jaren stabiel zijn gebleven (zie Figuur 5). Ziekenhuizen waren afgelopen jaren iets meer dan 12% van hun omzet kwijt aan de verschillende msb's waarmee ze zakendoen. In absolute zin was sprake van een toename, van EUR 1,8 miljard in 2015 naar EUR 2,25 miljard in 2021.

In interviews werd benoemd dat ziekenhuizen, volgens de voorwaarden in de samenwerkingsovereenkomst met het msb, de indexaties die zij van zorgverzekeraars ontvingen ter dekking van de (materiële) kostenstijgingen door de hoge inflatie doorbetaalden aan de msb's, terwijl de materiële kosten van msb's beperkt zijn. Ook werd genoemd dat ziekenhuizen kosten maken die zij niet doorbelasten aan het msb.

Ontwikkeling honorarium van vrijgevestigd medisch specialisten
[totaal 55 ziekenhuizen, excl. umc's en ziekenhuizen met alleen maar artsen in loondienst, 2015-2021]



Betreft het honorarium zoals door ziekenhuizen betaald aan msb's (o.b.v. jaarrekeningen ziekenhuizen), dit is niet gelijk aan het bedrag dat msb's als honorarium hebben uitgekeerd aan hun leden. Bron: jaarrekeningen ziekenhuizen 2015-2021.

Figuur 5: ontwikkeling honorarium medisch specialisten

[16] Opvallend is dat hier de STAK gebruikt wordt om stemrecht aan certificaathouders toe te kennen. Normaliter zijn het juist de winstrechten die middels een STAK aan de certificaathouders worden toegekend.

Analytisch kader | Beoordeling effecten maatregel

Hoofdvraag

De hoofdvraag in dit onderzoek is: wat is de noodzaak, effectiviteit en doelmatigheid van een verplicht dienstverband op de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en/of passende zorg.

Het beoogde doel van de maatregel is het realiseren van (de transformatie naar) passende zorg. Om passende zorg te bewerkstelligen is het van belang om belemmeringen in de bestuurbaarheid van ziekenhuizen weg te nemen en systeemprikkels die passende zorg tegenwerken te verminderen. De maatregel is een manier om dit te doen.

Duiding van cruciale begrippen

Om de hoofdvraag te beantwoorden, is een definitie van de begrippen noodzakelijk.

'**Een verplicht dienstverband**' duidt op een overheidsmaatregel waardoor alle medisch specialisten in loondienst treden. Bij de maatregel kunnen medisch specialisten hun vestigingsvorm niet meer zelf kunnen kiezen. Als zij in het ziekenhuis willen werken,[17] moeten zij in loondienst treden. De maatregel betekent dus een verandering van de beloningsstructuur van de medisch specialist.[18] De verandering in beloningsstructuur is een externe prikkel die medisch specialisten van buitenaf wordt opgelegd. Deze prikkel heeft invloed op de motivatie en veranderbereidheid van individuele medisch specialisten.

Het Zorginstituut heeft **passende zorg** omschreven als *"zorg die werkt tegen een redelijke prijs. Patiënt en zorgverlener beslissen samen of zorg waarde toevoegt, kijkend naar ziekte(verloop), gezondheid en redzaamheid. Zorg is, waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd. Alleen als er geen andere mogelijkheden zijn, komt de patiënt naar het ziekenhuis."*[19] VWS heeft het over "*zorg die waardegedreven is, samen met en rondom de patiënt tot stand komt, plaatsvindt op de juiste plek, op het juiste moment en door de juiste professionals. Waar het ook over gezondheid gaat in plaats van alleen over ziekte en over zorg die verleend wordt in een prettige werkomgeving."*[20] Passende zorg is dus een veelomvattend begrip, wat maakt dat de transformatie naar passende zorg meer of minder ingrijpend kan zijn, afhankelijk van de invulling van passende zorg in een specifieke casus. Het is van belang om hier rekening mee te houden bij het beoordelen van de effectiviteit van de maatregel in het realiseren van passende zorg.

Bestuurbaarheid heeft geen eenduidige definitie in de context van de Nederlandse zorgsector. Dit maakt het onmogelijk om de invloed van de maatregel op bestuurbaarheid direct te bepalen. Daarom kiezen we ervoor dit onderzoek te richten op **gelijkgerichtheid van belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten**. We beoordelen de effectiviteit van de maatregel aan de hand van de mate waarin de maatregel bijdraagt aan de gelijkgerichtheid van belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten.

Gelijkgerichtheid wordt soms als synoniem van bestuurbaarheid gebruikt, maar ook wel als onderdeel van het concept bestuurbaarheid. Gelijkgerichtheid heeft ook geen eenduidige juridische definitie.[21,22] In politiek-maatschappelijke discussies over zorg doelt het begrip op:

[17] Of een andere instelling met Wtza-toelating
[18] Een verandering van de beloningsstructuur, maar niet noodzakelijkerwijs van de hoogte van de beloning.
[19] https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg
[20] *Kamerstukken* //2022/23, 31765, 812
[21] AKD (2021) Juridisch onderzoek naar de overstap van vrijgevestigd medisch specialisten naar loondienst
[22] VBK Houthoff (2021) Juridische contra-analyse van een verplicht dienstverband voor medisch specialisten

- De situatie waarin ziekenhuisbestuur en de medisch specialist[23] hetzelfde nastreven;
- De situatie waarin zorgaanbieder en zorgverzekeraar hetzelfde nastreven;
- De situatie waarin verschillende zorgverzekeraars in hun contractering van één specifieke zorgaanbieder hetzelfde nastreven.

De NZa hanteert een financiële duiding van het begrip: *"In de bekostiging van zorg moet niet het financiële eigenbelang van ziekenhuizen en specialisten voorop staan, maar het gezamenlijke belang om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden. Oftewel: een gelijkgerichtheid van belangen."*[24] En: *"Van gelijkgerichtheid is sprake als de afspraak tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis en tussen ziekenhuis en msb gelijksoortig zijn, dat wil zeggen dat uit deze afspraken in theorie eenzelfde soort financiële prikkel voortkomt*".[25]

In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders gelijkgericht gaan handelen om impactvolle transformaties te realiseren.[26] Om te zorgen dat transformatieplannen gelijk worden beoordeeld hebben de IZA-partners een beoordelingskader vastgesteld en leidende principes afgesproken. In het beoordelingskader wordt gelijkgericht handelen gedefinieerd als 'zorgaanbieders en zorgverzekeraars streven in hun individuele handelen en in contractafspraken dezelfde beweging na'.[27] In de leidende principes is vastgelegd dat 'de inzet van gelijkgerichtheid noodzakelijk en proportioneel' is. Dit refereert aan gelijkgerichte contractafspraken voor één passende zorg initiatief bij verschillende zorgverzekeraars.[28]

Dit alles impliceert dat de bestuurbaarheid van ziekenhuizen verbetert als de belangen van alle partijen gelijkgericht zijn. In geval van passende zorg betekent dit dat ziekenhuisbestuur, medisch specialisten en zorgverzekeraars een gezamenlijk belang hebben om de patiënt te voorzien van zorg die werkt tegen een redelijke prijs.

In dit onderzoek analyseren we het samenspel tussen de maatregel (als externe prikkel) en de intrinsieke drijfveren van de medisch specialist, als voorspeller van zijn belangen. We duiden de verwachte effecten van de maatregel op de mate waarin de belangen van de medisch specialist overeenkomen met de belangen van het ziekenhuisbestuur. Passende zorg is het beoogde doel, daarom nemen we aan dat het ziekenhuisbestuur passende zorg nastreeft en onderzoeken of de maatregel de belangen van medisch specialisten dusdanig verlegt dat hun belangen meer gelijkgericht worden met die van het ziekenhuisbestuur.

Drie externe prikkels om medisch specialisten te beïnvloeden

Wij maken onderscheid naar drie externe prikkels die inzetbaar zijn om het handelen van medisch specialisten te beïnvloeden. Dit zijn beloning, angst en leiderschap.

Volgens de psychologische stroming van het behaviorisme zijn omgeving en gedrag onlosmakelijk met elkaar verbonden.[29] Met andere woorden, iemand wordt niet alleen maar gedreven door interne drijfveren, maar ook door de omgeving waarin hij zich bevindt. Skinner, de grondlegger van het radicaal behaviorisme, gaat in zijn operante conditioneringstheorie uit van het feit dat het toedienen van een positieve stimulus in reactie op gedrag, tot gevolg heeft dat de kans dat hetzelfde gedrag in de toekomst weer optreedt, toeneemt. Vice versa geldt ook dat bij het toedienen van een negatieve stimulus, de kans afneemt dat hetzelfde gedrag in de toekomst weer optreedt. In het verlengde daarvan zorgt het wegnemen van een positieve stimulus ervoor dat het eerder gestimuleerde gedrag (negatief)

[23] Al dan niet verenigd in een msb, vmsd (vereniging medisch specialisten in dienstverband) of vms (vereniging medische staf).
[24] NZa, Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg 2015
[25] NZa (2021) Monitor MSZ 2020-2021 Onderzoek naar gelijkgerichtheid en financiële prikkels
[26] *Kamerstukken* //2022/23, 31765, 704
[27] VWS (2023) Beoordelingskader impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen
[28] IZA uitwerking (2023), Leidende principes t.a.v. het beoordelingskader impactvolle transformaties
[29] John Watson wordt met zijn manifest '*Psychology as the behaviorist views it*' als grondlegger van het behaviorisme gezien

gecorrigeerd wordt en dus afneemt. Beloning als prikkel beoogt dus specifiek gedrag, in dit geval de het gedrag dat invulling geeft aan passende zorg, te stimuleren. Angst als prikkel beoogt medisch specialisten iets te laten doen wat ze eigenlijk niet willen, om iets dat ze nog erger vinden te voorkomen.

Leiderschap is de externe prikkel die beoogt de medisch specialist te verleiden tot verandering door hem te inspireren. Leiderschap komt niet voort uit belonings- en strafdoctrine en werkt dus anders dan de eerste twee prikkels. Deze prikkel vindt zijn grondslag in de organisatiepsychologie. Het *transformationeel leiderschap* is ontwikkeld door de socioloog J. V. Downton, geschiedkundige en politiek wetenschapper J.M. Burns en organisatiewetenschapper B. Bass. De kern van transformationeel leiderschap zit hem in het feit dat individuen geneigd zijn de leider te volgen (en overigens ook beter presteren) als ze niet alleen vertrouwen en bewondering voor de leider voelen, maar ook loyaliteit en respect.[30] Gedragsverandering is dus te bewerkstelligen met een boegbeeld, een gerespecteerd vakgenoot of bevlogen bestuurder, die enthousiasmeert, het goede voorbeeld geeft en toont dat verandering mogelijk is.

De maatregel 'alle medisch specialisten in loondienst' verandert de beloningsstructuur van vrijgevestigd medisch specialisten. Zij moeten immers in loondienst werken. De aanpassing van de beloningsstructuur verandert een externe prikkel in het systeem waarin de medisch specialist acteert. De externe prikkel (manier van belonen) grijpt aan op de interne drijfveren van de medisch specialist (zie 'Wat medisch specialisten nastreven').

Wat medisch specialisten nastreven

Wat streven medisch specialisten na? Volgens de zelfbeschikkings- of zelfdeterminatietheorie van Deci en Ryan delen alle mensen drie basale psychologische behoeften. Dit zijn autonomie, competentie en verbondenheid.[31] Autonomie draait om het gevoel van invloed op het verloop van het eigen leven. Competentie gaat over het gevoel ergens goed in te zijn, te ontwikkelen en te ontplooien, iets bij te dragen aan een betere maatschappij. Verbondenheid omvat het verlangen naar betekenisvolle relaties met anderen, en het gevoel iets te betekenen voor een ander, ergens bij te horen of onderdeel uit te maken van een groter geheel. De kern van de theorie is dat iemand optimaal functioneert als in alle drie de basisbehoeften wordt voldaan. De mate waarin aan de behoeftes wordt voldaan vormt daarmee een voorspeller van functioneren.

Voor dit onderzoek vertalen de we basale psychologische behoeften van alle mensen naar de zaken die medisch specialisten nastreven in hun dagelijks werk. Hier bouwen we voort op onderzoek van o.a. Koelewijn (2014)[32] en Hugen (2016)[33] die vanuit internationale literatuur, vragenlijstonderzoek en interviews tot groot aantal drijfveren van medisch specialisten komen en die vertaalden naar de Nederlandse situatie. Omwille van overzicht en eenvoud clusterden wij deze tot zeven drijfveren. De zeven drijfveren zijn getoetst in interviews en gesprekken met FMS, ZKN, NVZ, ZN en ZIN. Vanuit de praktijk is herkenning op deze aspecten, waarbij het belang dat individuele specialisten hechten aan specifieke aspecten uiteraard verschilt.[34]

Medisch specialisten streven zeven zaken na in hun dagelijks werk:

1. **Patiënten helpen**: de mate waarin de specialist in staat is 'een verschil te maken', door bij te dragen aan goede zorg en gezondheid voor de patiënten in zijn werkgebied. Dit is breder dan de

[30] Bernard Bass (1990). '*From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision*'
[31] Deci et al. Handbook of Self-determination research (2017)
[32] Koelewijn, W. T., et al (2014). Exploring personal interests of physicians in hospitals and specialty clinics. Social Science & Medicine, 100, 93-98.
[33] Hugen, Van autonomie naar zeggenschap (2016)
[34] Meermaals genoemd in de individuele interviews, maar niet verwerkt in het raamwerk is dat sommige medisch specialisten hun identiteit nauw verbinden met hun vak ('ik ben arts'), en soms zelfs met hun vestigingsvorm ('ik ben een vrije jongen' of 'ik ben geen loonslaaf').

zorg voor de patiënt in de spreekkamer, maar raakt ook de patiënt op de wachtlijst en bijdragen aan een gezonde leefomgeving om te voorkomen dat mensen ziek worden.

2. **Divers takenpakket**: de mix van taken in het dagelijks werk van de medisch specialist. Dit omvat ook te mogelijkheid om te specialiseren in specifieke aspecten van het vak of specifieke patiëntgroepen. En de mogelijkheid om wetenschappelijk onderzoek te doen, innovaties te implementeren en te participeren in onderwijs en opleiding van anderen.
3. **Professionele autonomie**: de mate waarin de medisch specialist invulling kan geven aan het uitoefenen van zijn vak als medisch specialist. We doelen hiermee zowel op de autonomie die volgt uit kennis en expertise, zijnde de vrijheid om het medisch beleid voor een specifieke patiënt vast te stellen, alsook op de meer logistieke aspecten van autonomie, zijnde de vrijheid om zelf te bepalen op welke manier de behandeling van de patiënt wordt ingestoken.
4. **Een goed inkomen**: een inkomen waarmee de medisch specialist in staat is zijn leven in te richten op de wijze die hij wenst. We scharen hieronder de absolute hoogte van het jaarinkomen van de medisch specialist, alsook op het bijbehorende pakket aan arbeidsvoorwaarden en de ervaren werk-privébalans.
5. **De relatie met de patiënt**: er voor iemand zijn op een betekenisvol moment. Dit omvat persoonlijke betrokkenheid bij (of verbondenheid met) de patiënt en het gevoel een verschil maken in iemands leven op een manier die ertoe doet.
6. **Werken met collega's**: de gelegenheid om samen te werken met deskundige collega's. Het gaat daarbij zowel om de eigen vakgroep, als om het collectief van medisch specialisten in het ziekenhuis. Ook de samenwerking met andere medewerkers van het ziekenhuis valt hieronder.
7. **Zeggenschap in het ziekenhuis**: de mate van invloed van de medisch specialist op de gang van zaken binnen het ziekenhuis, maar buiten de spreekkamer. Dit betreft zowel formele als informele invloed op de gang van zaken, zoals strategie en beleid.

1. Patiënten helpen

Voor veel medisch specialisten is het helpen van (kwetsbare) mensen een belangrijke drijfveer. Zij halen hier veel voldoening uit. Vaak is het de initiële reden waarom zij arts zijn geworden. Deze drijfveer rijkt verder dan de patiënt in de spreekkamer en omvat ook de groep patiënten op de wachtlijst, of die in het werkgebied van de medisch specialist. Vanuit deze drijfveer zetten medisch specialisten zich ook in voor gezondheidsbevordering en preventie. Voor de vrijgevestigd medisch specialist zal dit in beginsel niet anders zijn dan voor de medisch specialist in loondienst.

2. Divers takenpakket

Hoe het ideale takenpakket eruitziet is afhankelijk van persoonlijke voorkeuren en verschilt uiteraard tussen medisch specialisten. We nemen aan, en voelen ons daarin gesteund door de interviews die we hebben gedaan, dat medisch specialisten streven naar een breed takenpakket en enige mate van afwisseling. Onder het hebben van een divers takenpakket valt diversiteit in de zorg die de medisch specialist biedt, de mogelijkheid om onderwijs te geven, onderzoek te doen of bij te dragen aan opleiding van anderen. Voor de vrijgevestigd medisch specialist zal dit in beginsel niet anders zijn dan voor de medisch specialist in loondienst.

Veranderingen die ertoe leiden dat de medisch specialist een deel van zijn taken moet stoppen, worden over het algemeen met argusogen bekeken. In het IZA is afgesproken dat voor meer soorten zorg volumenormen (gaan) gelden en dat normen strenger worden. Dit zal ertoe leiden dat zorg verder geconcentreerd wordt. Om dit (mede)mogelijk te maken zal basiszorg juist verder gespreid worden over ziekenhuizen. Daardoor gaan steeds meer medisch specialisten te maken krijgen met vernauwing van hun takenpakket.[35]

[35] Integraal Zorgakkoord, Samen werken aan gezonde zorg, september 2022

3. Professionele autonomie

Iedere medisch specialist, ongeacht de arbeidsbetrekking, heeft een hoge mate van autonomie in de zorg voor patiënten. De medisch professional dient te handelen in het belang van de patiënt en overeenkomstig in zijn/vakgebied geldende professionele standaarden. De zorgaanbieder (de instelling die zorg aanbiedt, het ziekenhuis of de kliniek) is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.[36]

Voor medisch specialisten in loondienst is de zorgaanbieder veelal formeel juridisch de werkgever. In de standaard arbeidsvoorwaarden medisch specialisten (AMS) en in de collectieve arbeidsovereenkomst van de universitair medische centra (cao umc), worden rechten en plichten van de medisch specialist in loondienst jegens de werkgever (zorgaanbieder) geregeld. Hierin is bevoordeeld opgenomen dat de medisch specialist '*meewerkt en zich verbindt aan het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van het ziekenhuis*'[37] en *'zal handelen als goed hulpverlener volgens de geldende medisch professionele standaard en vigerende wettelijke regelgeving.'*[38]

In het geval de medisch specialist in vrije vestiging werkt, worden dit soort afspraken contractueel geregeld. Zowel in de samenwerkingsovereenkomst tussen de zorgaanbieder en msb waar de medisch specialist onderdeel of lid van is, als in de overeenkomst op grond waarvan de medisch specialist lid/onderdeel is van dat msb. Deze overeenkomsten zijn niet openbaar, en de inhoud van deze overeenkomsten wordt niet getoetst door toezichthouders. Er zijn gevallen bekend waarin samenwerkingsovereenkomsten tussen ziekenhuis en msb gedeeld zijn met een zorgverzekeraar, wanneer die erop stond, bijvoorbeeld in het proces om te komen tot financiële meerjarenafspraken.

4. Een goed inkomen

Het inkomen van de medisch specialist in vrije vestiging komt vanuit het msb. De meest voorkomende afspraak is dat het msb zorgt voor het leveren van zorg en dat de zorgaanbieder het msb daarvoor betaald: de post 'honorariumkosten vrijgevestigde medisch specialisten' in de jaarrekening van zorgaanbieders. De afspraken die msb's en zorgaanbieders maken verschillen, maar zijn blijkens NZa-onderzoek overwegend gelijkgericht met de afspraken die de zorgaanbieders maakt met zorgverzekeraars.[39]

Binnen het msb wordt de beloning van individuele medisch specialisten bepaald. De wijze waarop ze dit doen is niet openbaar. Het ziekenhuisbestuur heeft hier niet automatisch zicht op en zorgverzekeraars en toezichthouders evenmin. De meeste msb's hanteren een variant van 'het capaciteitsmodel', een model om de beloning per vakgroep te berekenen dat is gebaseerd op de geleverde capaciteit, kwaliteit en productie van de vakgroep. De precieze invulling van het capaciteitsmodel verschilt tussen msb's, bij de implementatie van dit product is er mogelijkheid om lokale aanpassingen te verwerken. Hoewel capaciteit en kwaliteit tegenwoordig meewegen, geldt nog altijd in enige mate hoe meer de vakgroep produceert in absolute zin of relatief ten opzichte van vakgroepen met hetzelfde specialisme in andere ziekenhuizen, hoe meer deze uitgekeerd krijgt. Er zijn ook msb's waar elke medisch specialist (per fte) een gelijk bedrag ontvangt.

5. Relatie met de patiënt

Voor veel medisch specialisten geldt dat zij er voldoening uit halen om er voor iemand te zijn op een betekenisvol moment. Dat zij persoonlijke betrokkenheid voelen met de patiënt en een verschil kunnen maken in iemands leven op een manier die ertoe doet. Voor de vrijgevestigd medisch specialist zal dit in beginsel niet anders zijn dan voor de medisch specialist in loondienst.

---

[36] Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in combinatie met Wet toetreding zorgaanbieders
[37] Artikel 8.3.3 Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten 2021
[38] CAO Universitair Medisch Centra 2022-2023, Bijlage 1 Professioneel Statuut, artikel 2.2
[39] In 84% van de gevallen zijn de afspraken tussen de dominante zorgverzekeraar, het ziekenhuis en het msb, gelijkgericht. NZa, Monitor msz 2020-2021 Onderzoek naar gelijkgerichtheid en financiële prikkels, Bijlage 2.

6. Werken met goede collega's

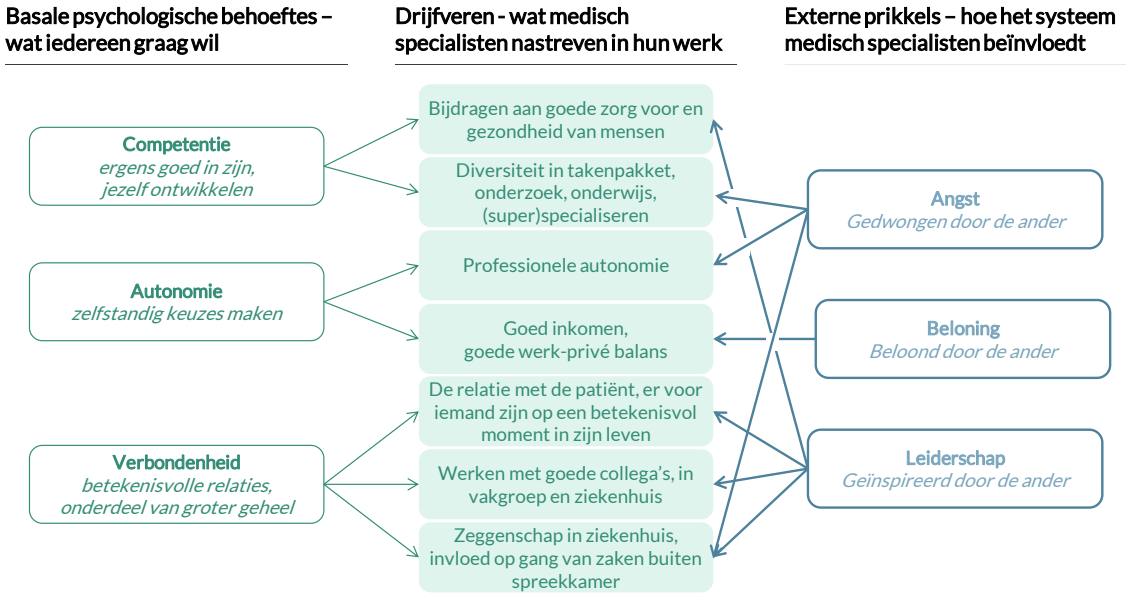
Iedere medisch specialist wil samenwerken met competente collega's. Het gaat daarbij zowel om de eigen vakgroep, als om het collectief van medisch specialisten in het ziekenhuis. Ook de samenwerking met andere medewerkers van het ziekenhuis valt hieronder. Voor de vrijgevestigd medisch specialist zal dit in beginsel niet anders zijn dan voor de medisch specialist in loondienst.

7. Zeggenschap in het ziekenhuis

De contractuele relatie tussen medisch specialist in vrije vestiging en zorgaanbieder is anders dan de medisch specialist in loondienst en de zorgaanbieder. Formeel heeft dit ook implicaties voor de invloed die de medisch specialist binnen de zorgaanbieder heeft. In vrije vestiging kan de individuele medisch specialist invloed uitoefenen via het msb. Het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten levert zorg en onderhandelt over de voorwaarden waaronder ze dat doen met het ziekenhuis. Het ziekenhuis is afhankelijk van het msb en het msb heeft daarom een invloedrijke positie. Hierbij is het goed om te bedenken dat aan de ene kant het msb meepraat over het beleid van het ziekenhuis en aan de andere kant met hetzelfde ziekenhuis onderhandelt over de financiële vergoeding voor de diensten die het levert.

Hoe externe prikkels beïnvloeden wat medisch specialisten nastreven

We koppelen de externe prikkels aan de zaken die medisch specialisten nastreven in hun werk en constateren dat de maatregel slechts op één drijfveer ingrijpt, namelijk het verlangen naar een goed inkomen, zie Figuur 6.



Bron: Deci et al. Handbook of Self-determination research (2017), Hugen, Van autonomie naar zeggenschap (2016), van der Burgt, Motivation of medical specialists for medical practice (2020), Witman et al. Medische professionals over hun kernwaarden (2013), KNMG, Optimaal functioneren van medisch specialisten (2016), expertise Gupta Strategists

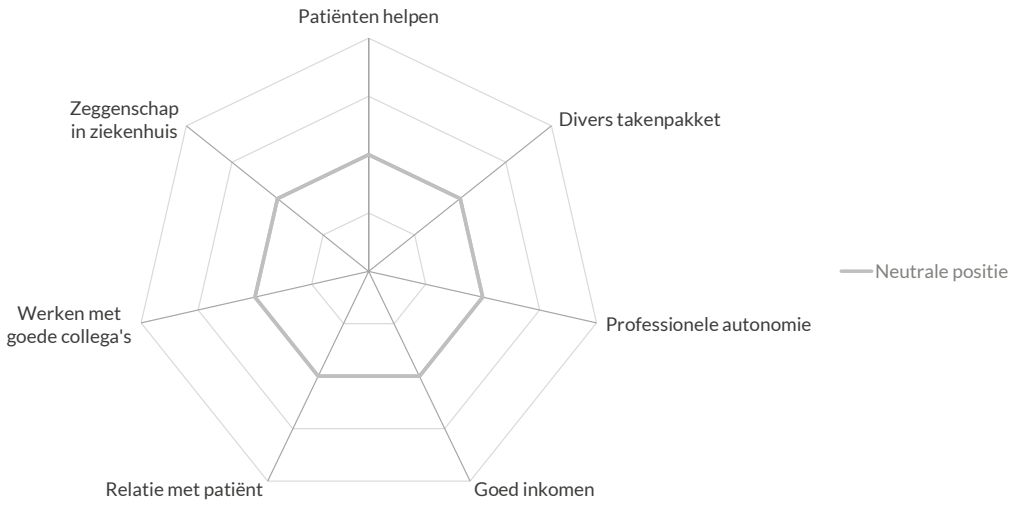
Figuur 6: analytisch raamwerk – samenhang tussen basale psychologische behoeftes, zaken die medisch specialisten nastreven in hun werk en externe prikkels om het handelen van medisch specialisten te beïnvloeden

Noodzaak | Moeten externe prikkels veranderen om passende zorg te bewerkstellingen

Uitgangspositie van vrijgevestigd medisch specialisten

Om vast te stellen hoe effectief de maatregel is in het verschuiven van de belangen van medisch specialisten richting passende zorg, is het van belang om eerst de uitgangspositie van vrijgevestigd medisch specialisten ten aanzien van passende zorg te bepalen. De effectiviteit van de maatregel volgt immers uit de mate waarin de maatregel de belangen van medisch specialisten ten aanzien van passende zorg zodanig beïnvloedt, dat zij meer overeenkomen met de belangen van het ziekenhuisbestuur, dat passende zorg nastreeft. Voor succesvolle transformatie naar passende zorg is immers noodzakelijk dat de belangen van medisch specialisten en ziekenhuisbestuur ten aanzien van het bevorderen van passende zorg zo gelijkgericht mogelijk zijn.

Hiertoe analyseren we zes situaties waarin het ziekenhuisbestuur een specifieke invulling van passende zorg nastreeft. Steeds vragen we ons af: hoe raakt deze concrete invulling van passende zorg aan de belangen van vrijgevestigd medisch specialisten, die volgen uit hun interne drijfveren? We maken gebruik van spinnenwebdiagrammen, zoals getoond in Figuur 7. De drijfveren zijn weergegeven op de hoekpunten van de grafiek. De dikke grijze lijn in het midden van alle assen is de neutrale positie, de uitgangspositie. Die is afhankelijk van lokale afspraken, dus zal verschillen tussen ziekenhuizen. We gaan er echter vanuit dat de invulling van passende zorg overal een vergelijkbaar effect zal hebben ten opzichte van de uitgangspositie. Een verschuiving naar buiten toe representeert een positieve verandering, een verschuiving naar binnen een negatieve verandering. De omvang van de toe- of afname, geven we weer door in de afstand tot de neutrale positie te variëren. Hierbij geldt: hoe groter de verschuiving, hoe groter de afstand, en vice versa.



Bron: expertise Gupta Strategists, bureauonderzoek en interviews met experts

Figuur 7: spinnenwebdiagram met de zeven drijfveren, zaken die medisch specialisten nastreven in hun werk

Positie en belangen ten opzichte van passende zorg in zes casus

Omdat de definitie van passende zorg zo breed is, onderzoeken we de effectiviteit van de maatregel bij verschillende invullingen van passende zorg. Hierbij maken we gebruik van een casuïstische benadering. Elke casus omvat één voorbeeld van een beweging naar passende zorg, geïdentificeerd vanuit de praktijk en relevant voor veel ziekenhuizen. Het betreft:

1. Veranderingen in de mix van zorg die de zorgaanbieder aanbiedt
    a) Een toename van specifieke zorg binnen gelijkblijvend totaal (interne herschikking)
    b) Zorg het ziekenhuis uit verplaatsen (naar ander ziekenhuis, eerste lijn of naar huis)
2. Veranderingen in de structuur van de zorgaanbieder
    a) Een fusie van twee zorgaanbieders
    b) Het sluiten van een nevenlocatie
3. Veranderingen in de zorginhoud
    a) Samen beslissen (grotere invloed van patiënt op eigen zorgproces)
    b) Aanpassingen in vakinhoudelijke richtlijnen

We stellen onszelf per casus de vraag hoe de beoogde verandering de belangen van vrijgevestigd medisch specialisten raakt. Is het waarschijnlijk dat zij zich actief gaan inzetten om de beoogde verandering naar passende zorg te bewerkstelligen?

Casus 1a | Veranderingen in mix van zorg bij de zorgaanbieder: interne herschikking

Beschrijving van de casus

De zorgaanbieder maakt keuzes in het portfolio en focust op bepaalde soorten zorg. Die zorg mag groeien binnen het omzetplafond van het totale ziekenhuis dat volgt uit contracteringsafspraken en IZA. Deze zorg krijgt intern dus ook meer capaciteit toebedeeld. Dit gaat ten koste van andere soorten zorg, die moeten ruimte inleveren. Aanname is dat dbc-omzet van sommige specialismen daalt en van andere specialismen stijgt, waarbij de totale omzet van de zorgaanbieder gelijk blijft en zowel de groeiende als de krimpende vakgroep vrijgevestigd zijn.

Voor medisch specialisten is het van groot belang tot welke groep ze behoren: kom de focus op jouw vakgebied te liggen, of juist niet? De illustratie gaat ervanuit dat de focus komt te liggen op het specialisme waartoe de weergegeven specialisten behoren.

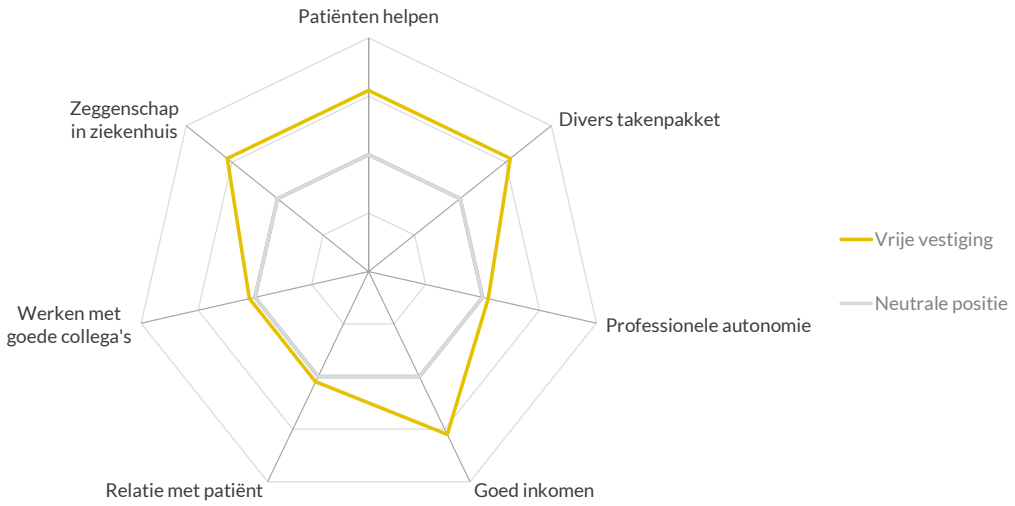
Effect op medisch specialisten

Groeiruimte voor een vakgroep betekent dat het aantal patiënten in zorg groeit, omdat specialisten meer gelegenheid krijgen om patiënten te helpen. Bijvoorbeeld omdat ze meer OK-tijd krijgen. De mogelijkheid tot diversificatie van het takenpakket neemt toe: immers, hoe meer patiënten, hoe meer mogelijkheden voor specialisatie.

Bij sterke groei kan de omvang van de vakgroep toenemen, waarbij ervaring leert dat het msb daar gemiddeld genomen conservatiever in handelt dan het ziekenhuis en in eerste instantie niet zal uitbreiden. Zij zullen niet uitbreiden, omdat een interne verschuiving bij gelijkblijvende ziekenhuisomzet, niet leidt tot groei van de totale vergoeding voor het msb. Pas als maten of leden van de vakgroepen waar de focus niet op komt te liggen vertrekken, is financiële ruimte voor uitbreiding van het aantal maten of leden in de vakgroep waar de focus op komt te liggen. Afhankelijk van de lokale invulling van het capaciteitsmodel, is mogelijk dat het inkomen van de medisch specialist die tot de groeiende vakgroep behoort stijgt, terwijl het inkomen van de medisch specialist die tot de krimpende vakgroep behoort daalt. Dit hoeft echter niet het geval te zijn.

De strategische keuze om een vakgroep meer productieruimte toe te kennen, vergroot de invloed van de vakgroep in het ziekenhuis. Het ziekenhuis kiest immers een koers waarin deze vakgroep van groter belang wordt.

Bij het vakgebied waar de focus niet op komt te liggen, gebeurt het tegenovergestelde. Daar is op de drijfveren een negatieve impact te zien.



Bron: interviews, bureauonderzoek, expertise en analyse Gupta Strategists

Figuur 8: drijfveren in casus 'een toename van specifieke zorg binnen gelijkblijvend totaal (herschikking)'

Conclusie

Het aanbrengen van focus in het portfolio is positief voor vrijgevestigd specialisten die tot de vakgroep behoren waar de focus op komt te liggen en bedreigend voor vrijgevestigd specialisten die tot de vakgroep behoren waarop de focus niet komt te liggen. De belangen van vrijgevestigd specialisten die tot een vakgroep behoren waar de focus op komt te liggen, komen dichter bij de belangen van het ziekenhuisbestuur dat de verandering initieert. De gelijkgerichtheid in het ziekenhuis neemt toe. Hier staat tegenover dat de belangen van vrijgevestigd specialisten die tot een vakgroep behoren die moet krimpen en de belangen van het ziekenhuisbestuur juist verder uit een komen te liggen. Hierdoor neemt de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis af.

Wat het netto-effect is van deze twee tegengestelde bewegingen die gelijktijdig plaatsvinden, is afhankelijk van de omvang van de vakgroepen die mogen groeien, ten opzichte van de vakgroepen die moeten krimpen. Gezien de groeirestricties in IZA is het een gegeven dat veel groeiruimte voor de ene vakgroep, resulteert in substantiële krimp voor andere vakgroep(en). Het is daardoor goed mogelijk dat de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis netto niet toeneemt bij interne herschikking van het zorgportfolio.

Uiteraard is het mogelijk om de bedreiging die vrijgevestigd medisch specialisten ervaren als zij ruimte moeten inleveren te minimaliseren door (financiële) afspraken te maken, zodat hun belangen meer overeenkomen met die van het ziekenhuisbestuur. Dit kan met het ziekenhuis, of binnen het msb, als de groeiende vakgroepen de krimpende vakgroepen (deels) compenseren.

Uit de interviews komt naar voren dat veel msb's moeite hebben met realiseren van veranderingen die netto voor het msb geen effect hebben, maar wel verschuivingen tussen leden tot gevolg hebben. Rationeel gezien verwacht je dat het msb de veranderingen zal helpen doorvoeren, aangezien het (financiële) effect voor het msb als geheel neutraal is. In de praktijk blijkt echter dat leden van het msb

elkaar niet willen bevoordelen of schofferen, waardoor een verandering die voor het ziekenhuis goed is en netto voor het msb neutraal is, toch niet van de grond komt.

Casus 1b | Veranderingen in mix van zorg bij de zorgaanbieder: uitplaatsen van zorg

Beschrijving van de casus

Een zorgaanbieder besluit in het kader van passende zorg om zorg niet langer binnen de muren van het ziekenhuis te leveren. Bijvoorbeeld concentratie van complexe operaties in een ander ziekenhuis, het uitvoeren van operaties in dagopname in plaats van klinische opname of het verplaatsen van de monitoring van patiënten met een chronische aandoening naar de eerste lijn.

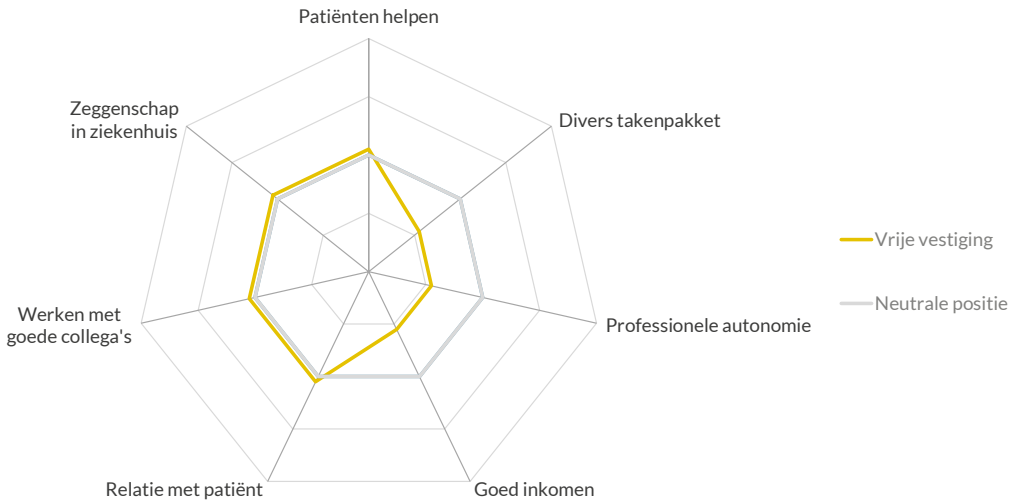
Aanname is dat de uitplaatsing van zorg leidt tot een daling van de ziekenhuisomzet en er een gelijkgerichte financiële afspraak is tussen ziekenhuis en msb, zodat daling van de ziekenhuisomzet ook leidt tot daling van de vergoeding die het msb ontvangt.

Effect op medisch specialisten

Door het verplaatsen van zorg uit het ziekenhuis naar andere ziekenhuizen of de eerste lijn, neemt de diversiteit van hetgeen in het ziekenhuis gebeurt af, omdat specifieke activiteiten niet meer plaatsvinden of specifieke patiëntgroepen minder komen. Dit is negatief, al is ertegenin te brengen dat de 'minder interessante' zorg verdwijnt uit het ziekenhuis, zodat meer tijd beschikbaar is voor complexe patiënten. Dit argument geldt alleen als die er patiënten er ook daadwerkelijk zijn binnen hetzelfde specialisme, dit is niet altijd het geval.

Een belangrijker effect is in onze ogen het feit dat de zorgaanbieder besloten heeft om een deel van de behandeling anders uit te voeren en dit mogelijk indruist tegen de autonomie van de medisch specialist. Een dergelijke verplaatsing kan betekenen dat het patiëntpad er anders uit gaat zien dan een individuele medisch specialist als ideaal voor ogen heeft.

Als de vergoeding die het msb ontvangt daalt, heeft dit effect op het inkomen van vrijgevestigd medisch specialisten. Het is goed denkbaar dat msb's dan maten of leden zullen detacheren aan derde partijen, om extra inkomsten te generen. Ook is denkbaar dat zij vertrekkende maten of leden niet vervangen.



Bron: interviews, bureauonderzoek, expertise en analyse Gupta Strategists

Figuur 9: drijfveren in casus 'het verplaatsen van zorg uit het ziekenhuis'

Conclusie

Verplaatsen van zorg naar buiten het ziekenhuis is bedreigend voor vrijgevestigd medisch specialisten. Het raakt de professionele autonomie, de variëteit van het takenpakket en het inkomen.

Als het ziekenhuisbestuur deze invulling van passende zorg nastreeft, komen de belangen van het ziekenhuisbestuur en vrijgevestigd specialisten verder uiteen te liggen. Hierdoor neemt de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis af.

In de interviews kwamen voorbeelden naar voren waarin het ziekenhuisbestuur hun msb zo ver kreeg om het interne verdeelmodel dusdanig aan te passen dat het juist financieel loont voor maten of leden als zij minder doen. Als het ziekenbestuur daarin slaagt, en dat is zeker niet vanzelfsprekend, is het negatieve effect op de drijfveer een goed inkomen minder en neemt als gevolg daarvan de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis minder sterk af.

In de interviews kwamen ook andere voorbeelden van 'minder doen' naar voren die resulteerden in verzet van het msb. Sommige taken die nu door medisch specialisten gedaan worden, kunnen (op termijn) ook overgenomen worden door nurse practitioners. Of huisartsen rechtstreeks diagnostiek laten aanvragen, zonder tussenkomst van de medisch specialist. Beide voorbeelden leiden maatschappelijk gezien tot kostenbesparingen, maar het is moeilijk om het msb zover te krijgen dat ze hieraan meewerken. Want zij gaan dan minder doen en dat leidt in elk geval op langere termijn tot een lagere vergoeding vanuit het ziekenhuis.

Casus 2a | Veranderingen in de structuur van de zorgaanbieder: fusie

Beschrijving van de casus

Twee zorgaanbieders zijn voornemens juridisch te fuseren tot één organisatie met behoud van de bestaande locaties. Aanname hierbij is dat beide zorgaanbieders vergelijkbaar zorgaanbod hebben en het totaal aantal patiënten gelijk blijft. Aanname is dus ook dat de ziekenhuisomzet gelijk blijft en de totale vergoeding aan msb's ook.

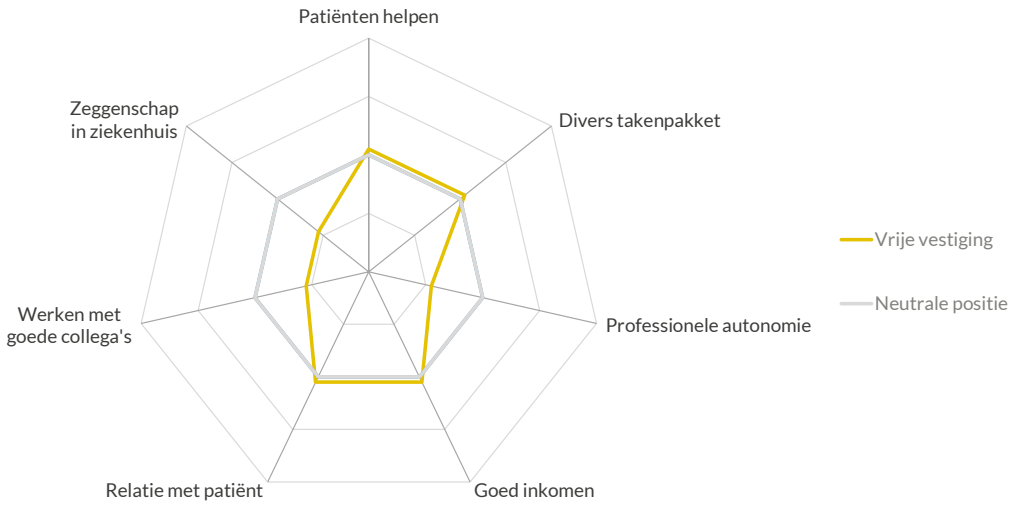
Effect op medisch specialisten in vrije vestiging

Een fusie van twee zorgaanbieders, onder de premisse dat de vestigingsvorm van de medisch specialisten (per vakgroep) gelijk is of gelijk wordt, resulteert in een uitbreiding van elke vakgroep. Dit kan bedreigend zijn voor de drijfveer werken met goede collega's, wanneer in het ene ziekenhuis de perceptie is dat de medisch specialisten in het andere ziekenhuis 'mindere broeders' zijn.

Aangenomen dat de msb's van beide zorgaanbieders ook fuseren, biedt dit mogelijk schaalvoordelen in de avond-, nacht- en weekenddiensten en daaruit volgend een verlichting van de dienstendruk. Binnen grotere vakgroepen zijn ook meer mogelijkheden voor specialisatie, dit heeft een positieve invloed op het takenpakket. Voor individuele specialisten kan dit ook negatief uitpakken, als zij door de superspecialisatie van hun (nieuwe) collega's specifieke patiënten minder zien of bepaalde ingrepen niet meer uitvoeren.

Een verandering van het inkomen van de vrijgevestigd medisch specialist vindt alleen plaats als er substantiële inkomensverschillen tussen de twee msb's bestaan. Als dit het geval is zullen de medisch specialisten van het ene msb meer, en de andere minder gaan verdienen. Dit wordt in de regel verdisconteerd in het (nogmaals) betalen van goodwill door de leden van het minstverdienende msb.

Bij groei van het msb heeft de individuele medisch specialist minder te zeggen, in een grotere groep collega's telt een individuele stem minder zwaar. Dit geldt ook voor de informele zeggenschap van het individu binnen zijn groter geworden groep collega's in het fusieziekenhuis.



Bron: interviews, bureauonderzoek, expertise en analyse Gupta Strategists

Figuur 10: drijfveren in casus 'een fusie van twee zorgaanbieders'

Het is redelijk te veronderstellen dat bij een fusie de werkwijzen binnen de organisatie in enige mate gaan veranderen. Dit kan bedreigend zijn voor de professionele autonomie, vooral op de meer logistieke aspecten van autonomie.

Conclusie

Fusie van twee zorgaanbieders (onder de aannames zoals in de casus beschreven), is potentieel bedreigend voor vrijgevestigd medisch specialisten langs ten minste drie drijfveren.

Als het ziekenhuisbestuur deze invulling van passende zorg nastreeft, komen de belangen van het ziekenhuisbestuur en vrijgevestigd specialisten verder uiteen te liggen. Hierdoor neemt de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis af.

Casus 2b | Veranderingen in de structuur van de zorgaanbieder: sluiten locatie

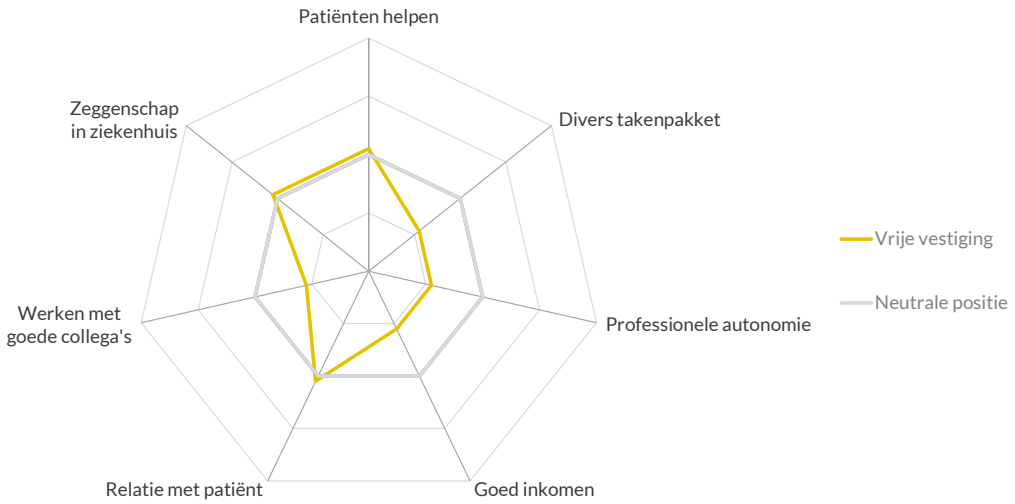
Beschrijving van de casus

Een zorgaanbieder met meerdere locaties besluit een nevenlocatie te sluiten. Hierbij wordt het verzorgingsgebied van de aanbieder en daarmee de te bedienen patiëntpopulatie kleiner, omdat voor een deel van de postcodes in het verzorgingsgebied van de te sluiten locatie een andere organisatie dichterbij is dan de hoofdlocatie.

Aanname is dat het sluiten van een locatie leidt tot een daling van de ziekenhuisomzet en er een gelijkgerichte financiële afspraak is tussen ziekenhuis en msb, zodat daling van de ziekenhuisomzet ook leidt tot daling van de vergoeding die het msb ontvangt.

Effect op medisch specialisten

Bij het sluiten van een nevenlocatie van een zorgaanbieder bestaat het risico dat de te bedienen patiëntpopulatie kleiner wordt, als patiënten omwille van reistijd of uit onvrede over de sluiting overstappen naar een andere zorgaanbieder. Zorgaanbieders die een locatie sluiten, proberen altijd om het verlies van patiënten te beperken, bijvoorbeeld door de locatie niet volledig te sluiten ('de voordeur intact te houden') of een charmeoffensief richting verwijzers te starten.



Bron: interviews, bureauonderzoek, expertise en analyse Gupta Strategists

Figuur 11: drijfveren in casus 'het sluiten van een nieuwe locatie'

Bij het sluiten van een nevenlocatie hoeven medisch specialisten niet meer te reizen tussen verschillende locaties, dit wordt over het algemeen als prettig ervaren. Vaak zijn er wel medisch specialisten die liever op de te sluiten locatie werken dan op de hoofdlocatie, bijvoorbeeld vanwege de prettige werksfeer, goede faciliteiten of nabijheid bij hun woonadres. Zij ervaren de sluiting als bedreiging van hun professionele autonomie.

Bij een kleiner wordende patiëntpopulatie, neem het aantal patiënten in zorg af. Dit heeft enige impact op de variëteit van het takenpakket van medisch specialisten.

Als de vergoeding die het msb ontvangt daalt, heeft dit effect op het inkomen van vrijgevestigd medisch specialisten. Het is goed denkbaar dat msb's dan maten of leden zullen detacheren aan derde partijen, om extra inkomsten te generen. Ook is denkbaar dat zij vertrekkende maten of leden niet vervangen.

Conclusie

Het sluiten van een nevenlocatie is potentieel bedreigend voor vrijgevestigd medisch specialisten, langs ten minste vier drijfveren.

Als het ziekenhuisbestuur deze invulling van passende zorg nastreeft, komen de belangen van het ziekenhuisbestuur en vrijgevestigd specialisten verder uiteen te liggen. Hierdoor neemt de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis af.

Casus 3a | Samen beslissen (grotere invloed van patiënt op eigen zorgproces)

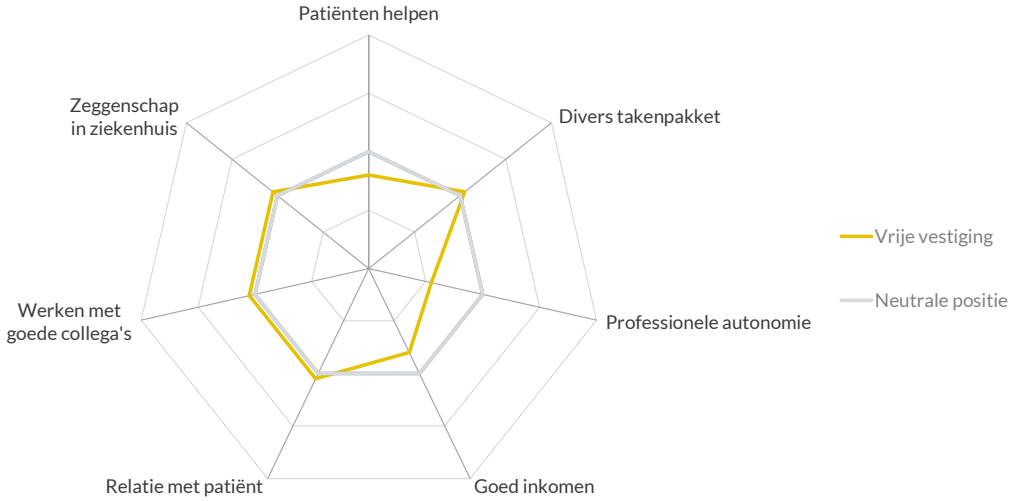
Beschrijving van de casus

Sinds 2020 is gedeelde besluitvorming, vaak samen beslissen genoemd, onderdeel van de wettelijke rechten van patiënten, vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). Patiënten kiezen samen met hun zorgverlener welke zorg het beste past. Meestal vertelt de zorgverlener welke opties er zijn en welke voor- en nadelen die hebben. De patiënt bepaalt hoe zwaar hij specifieke voor- en nadelen weegt en wat het beste past bij zijn situatie.

Deze casus is de situatie die ontstaat wanneer een patiënt terughoudend is met de keuze voor een ingrijpende behandeling met een beperkte succeskans. Hiervan zijn legio voorbeelden. Aanname is dat wachtlijsten voldoende groot zijn om te zorgen dat de ziekenhuisomzet gelijk blijft en de vergoeding die het msb ontvangt ook.

Effect op medisch specialisten

Een grotere rol van de patiënt op het eigen zorgproces, betekent een afname van de professionele autonomie van de medisch specialist en vraagt een verandering in de wijze waarop de medisch specialist invulling geeft aan zijn rol. De invloed van de medisch specialist op het te voeren medisch beleid wordt kleiner. Hij heeft te luisteren en (gedeeltelijk) te handelen naar de wensen van de patiënt. Dit kan invloed hebben op de mate waarin de medisch specialist het gevoel heeft dat hij de patiënt helpt. Positief, wanneer de medisch specialist de beweging ziet als professionele ontwikkeling en overtuigd is de behandeling beter is, wanneer die optimaal is afgestemd op de behoeften van de patiënt. De invloed kan ook negatief zijn. Als de wens van de patiënt anders is dan de overtuiging van de specialist, kan deze het gevoel hebben de patiënt medisch gezien niet optimaal te helpen.



Bron: interviews, bureauonderzoek, expertise en analyse Gupta Strategists

Figuur 12: drijfveren in casus 'samen beslissen'

Als de wens van de patiënt leidt tot minder behandeling bij specifieke specialismen, kan dit invloed hebben op het inkomen van de vrijgevestigd medisch specialist. Hoeveel invloed is afhankelijk van de lokale invulling van het capaciteitsmodel en de mate waarin de transformatie gelijktijdig ook in andere ziekenhuizen plaatsvindt. Als alle ziekenhuizen immers in gelijk tempo minder invasief gaan behandelen, verandert de relatieve positie van het specialisme ten opzichte van vakgenoten in andere ziekenhuizen niet.

Conclusie

Een toename van de rol van de patiënt in zijn/haar zorgproces heeft een negatieve invloed op de professionele autonomie. Mogelijk ervaart de vrijgevestigd specialist ook een negatieve invloed op het inkomen en het gevoel de patiënt te helpen aan de kant van de vrijgevestigd medisch specialist.

Als het ziekenhuisbestuur deze invulling van passende zorg nastreeft, komen de belangen van het ziekenhuisbestuur en vrijgevestigd specialisten iets verder uiteen te liggen. Hierdoor neemt de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis in enige mate af.

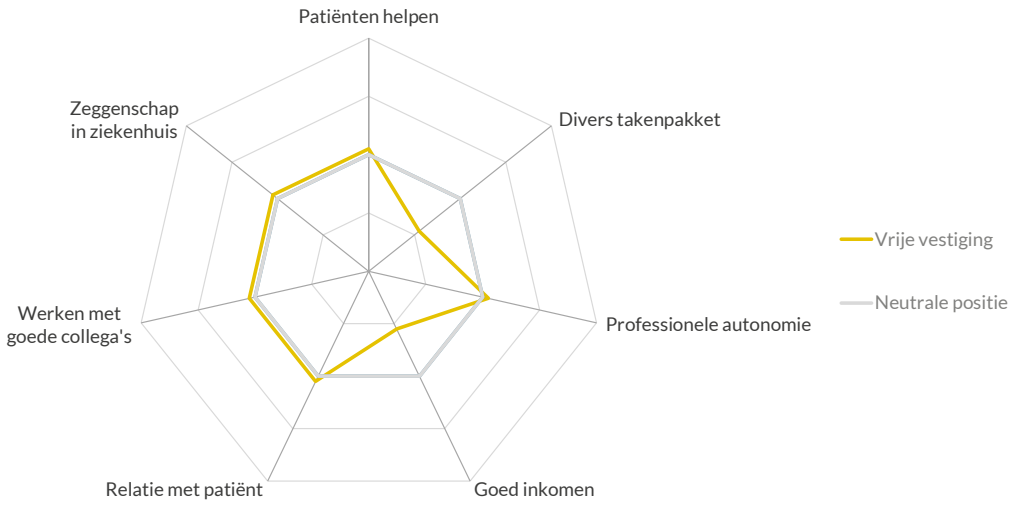
Casus 3b | Veranderingen in zorginhoud: vakinhoudelijke richtlijnen

Beschrijving van de casus

De wetenschappelijke vereniging beoogt invulling te geven aan de opdracht uit IZA door passende zorg te implementeren in behandelrichtlijnen. De aanname is dat het aanpassen van de behandelrichtlijn

beweegt in de richting van het doen van minder zorgactiviteiten en het doen van andere zorgactiviteiten.

Effect op medisch specialisten



Bron: interviews, bureauonderzoek, expertise en analyse Gupta Strategists

Figuur 13: drijfveren in casus 'het aanpassen van een vakinhoudelijke richtlijn'

Bij het minder behandelintensief maken van een behandelrichtlijn, wordt het de norm om minder te doen of andere dingen te doen dan voorheen gebruikelijk was. Dit heeft effect op de variëteit in het takenpakket. Voor alle medisch specialisten, ongeacht het type dienstverband, kan door de beweging naar andere activiteiten de variëteit in het takenpakket afnemen. De mate waarin is afhankelijk van de richtlijnaanpassing. De variëteit blijft immers gelijk als je van alles een beetje minder doet. Uit de interviews kwam naar voren dat dit extra pijn kan doen, als specialisten de activiteiten die minder mogen heel leuk vinden.

Voor de vrijgevestigd medisch specialist geldt over het algemeen dat hoe meer hij doet in vergelijking tot vakgenoten in hetzelfde specialisme in het land, hoe hoger zijn inkomen is. Sneller dan gemiddeld invoeren van een behandelrichtlijn kan er dan toe leiden dat het inkomen daalt. Als alle ziekenhuizen de nieuwe richtlijn gelijktijdig implementeren speelt dit niet.

Figuur 2 toonde al dat sommige specialismen overwegend in vrije vestiging worden beoefend. Hier bestaat de kans dat het financiële belang van het collectief schuurt met een zorginhoudelijke wens om de richtlijn minder behandelintensief te maken. In die gevallen zal een conceptrichtlijn conservatief verwoord worden, om te voorkomen dat hij wordt weggestemd door de eigen achterban.

Conclusie

Het minder behandelintensief maken van een behandelrichtlijn, is in enige mate bedreigend voor vrijgevestigd medisch specialisten. De variëteit van de werkzaamheden zal afnemen en het kan, afhankelijk van het lokale verdeelmodel een drukkend effect hebben op het inkomen als de vakgroep (ver) voorloopt bij implementatie van de richtlijn ten opzichte van zijn vakgenoten elders in het land.

In deze casus is gelijkgerichtheid tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialist minder relevant, omdat het ziekenhuisbestuur alleen indirect stuurt op het volgen van de richtlijnen. Meestal is dit onderdeel zijn van de kwaliteitsafspraken in de samenwerkingsovereenkomst met het msb.

Conclusies uit casuïstiek | Passende zorg is bedreigend voor vrijgevestigd specialisten en vermindert in veel gevallen gelijkgerichtheid in ziekenhuis

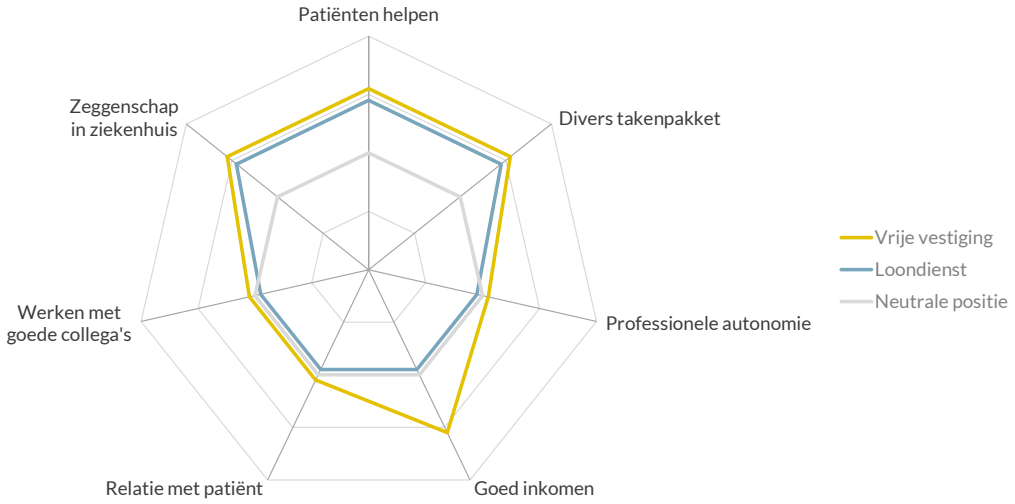
Kijkend naar bovenstaande casus valt op dat in drie van de zes casus de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis duidelijk afneemt als het ziekenhuisbestuur de betreffende invulling van passende zorg nastreeft. Dit is het geval bij het uitplaatsen van zorg uit het ziekenhuis, een fusie en bij het sluiten van een nevenlocatie. In één casus, bij de interne herschikking van het zorgportfolio, is onzeker of de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis toe- of afneemt en is goed mogelijk dat hij netto neutraal blijft. In twee van de zes casus, bij samen beslissen en verandering van richtlijnen, verwachten we beperkt effect. De belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten blijven dan in gelijke mate gelijkgericht.

We concluderen dat meerdere invullingen van passende zorg in enige mate intrinsiek bedreigend zijn voor vrijgevestigd medisch specialisten. Dit maakt het niet waarschijnlijk dat zij als groep intrinsiek gemotiveerd zijn om zich actief in te zetten om de door het ziekenhuisbestuur gewenste veranderingen richting passende zorg te bewerkstelligen.

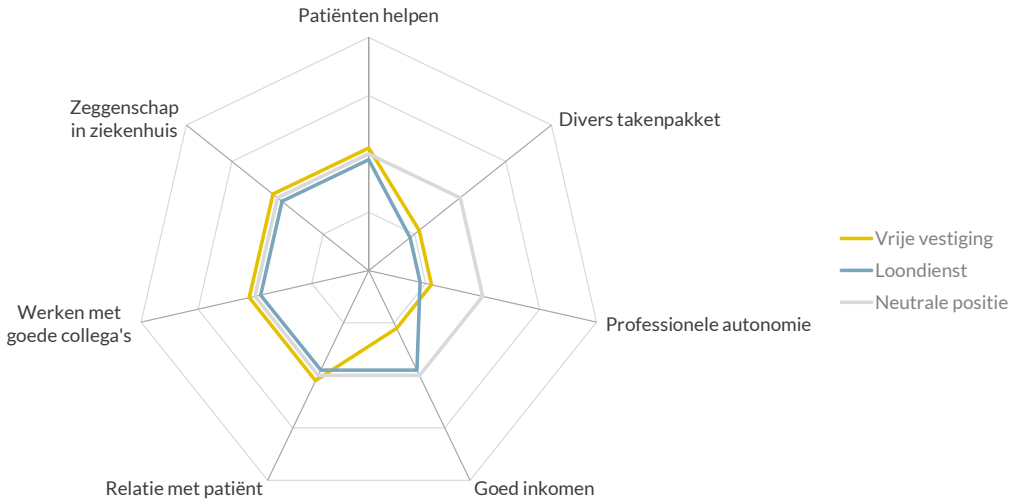
Als het ziekenhuisbestuur passende zorg actief nastreeft, gaan de belangen van ziekenhuisbestuur en vrijgevestigd medisch specialisten verder uiteenlopen: de gelijkgerichtheid neemt af. Het is dus nodig om externe prikkels op te leggen aan vrijgevestigd medisch specialisten om ze te stimuleren de beweging naar passende zorg (sneller) te maken, zeker bij impactvolle transformaties die er potentieel toe leiden dat de ziekenhuisomzet daalt, zoals het op grote schaal uitplaatsen van zorg of het sluiten van nevenlocaties. In antwoord op de hoofdvraag stellen we dus vast dat er noodzaak is om een maatregel te nemen om gelijkgerichtheid van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten te vergroten ten einde de beweging naar passende zorg te versnellen.

Verwachte effectiviteit maatregel | Beperkt, want passende zorg blijft bedreigend

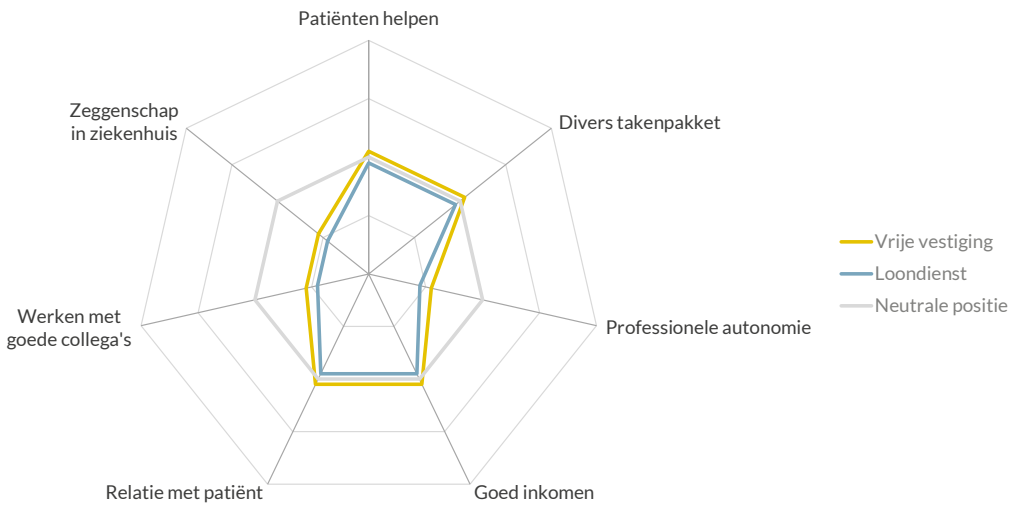
De vraag is in hoeverre de voorgestelde maatregel effectief is om gelijkgerichtheid van belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten te bevorderen, om zo het beoogde doel van passende zorg te bereiken. Hiertoe beschouwen we nogmaals dezelfde casus, maar bekijken nu: hoe zou het eruitzien als alle specialisten in loondienst zouden zijn? In de situatie dat alle medisch specialisten in loondienst zijn, geeft de blauwe lijn de drijfveren van alle medisch specialisten weer. Ter vergelijking is de gele lijn met de vrijgevestigd medisch specialisten opnieuw weergeven. We laten de transitie naar loondienst, die op zichzelf een grote verandering is, hierbij buiten beschouwing. Hieronder volgen alle zes spinnenwebdiagrammen, één per casus.



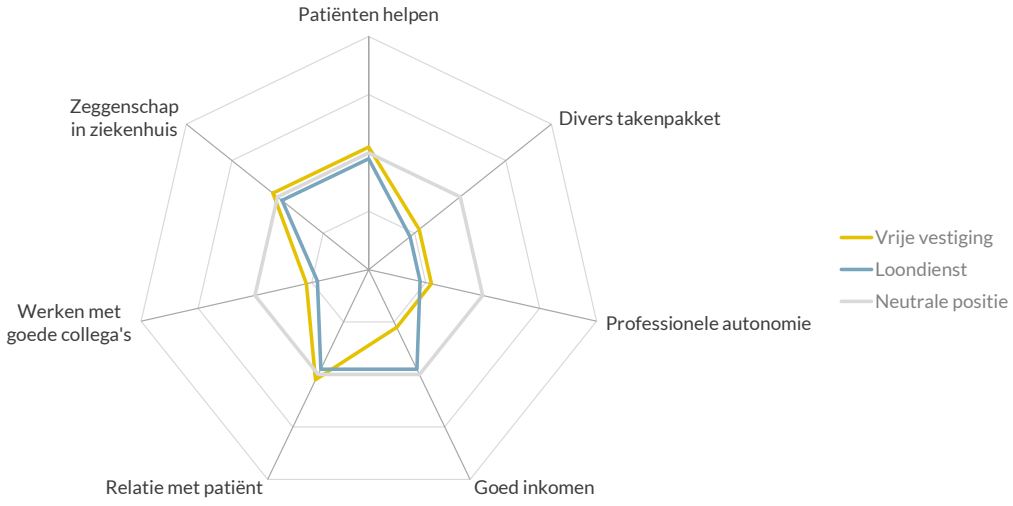
Figuur 14: casus 1a, Veranderingen in de mix van zorg die de zorgaanbieder aanbiedt (interne herschikking)



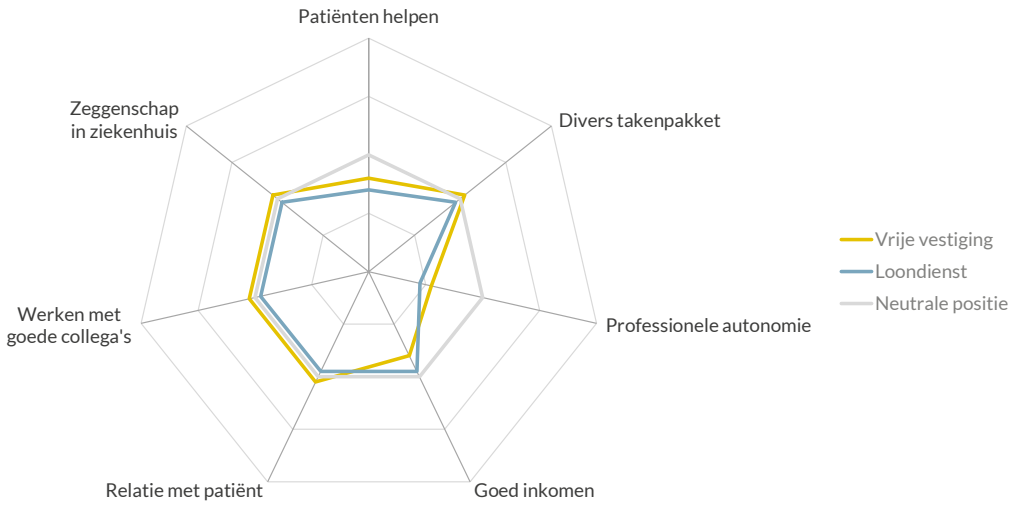
Figuur 15: casus 1b, Veranderingen in de mix van zorg die de zorgaanbieder aanbiedt (uitplaatsen van zorg)



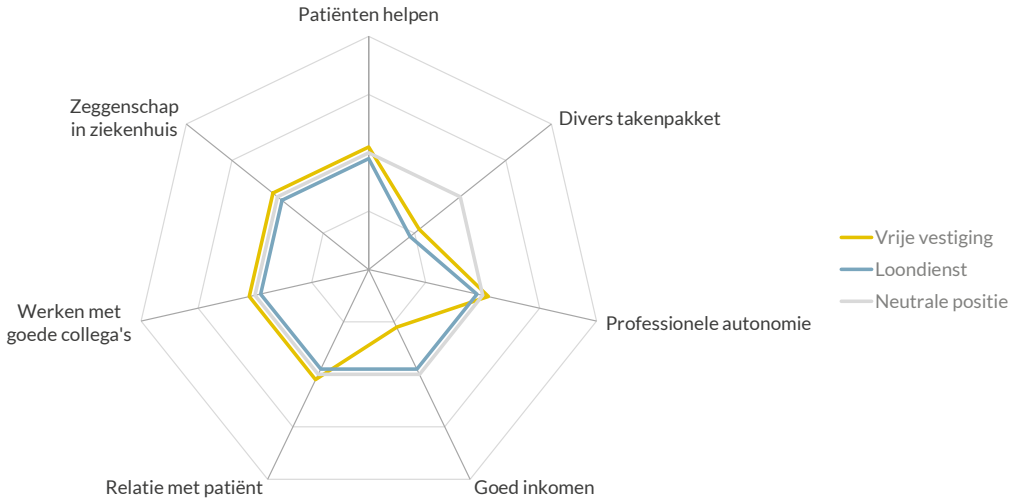
Figuur 16: casus 2a, Veranderingen in de structuur van de zorgaanbieder (fusie van twee zorgaanbieders)



Figuur 17: casus 2b, Veranderingen in de structuur van de zorgaanbieder (sluiten van een nevenlocatie)



Figuur 18: casus 3a, Veranderingen in de zorginhoud (samen beslissen)



Figuur 19: casus 3b, Veranderingen in de zorginhoud (aanpassen richtlijn)

In het vorige hoofdstuk observeerden we dat in drie van de zes casus de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis duidelijk afneemt als het ziekenhuisbestuur de betreffende invulling van passende zorg nastreeft. In één casus is onzeker of de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis toe- of afneemt en is goed mogelijk dat hij netto neutraal blijft. In twee casus verwachten we beperkte verandering in de gelijkgerichtheid.

Nu observeren we dat in twee van de drie casus waarin de gelijkgerichtheid van belangen tussen vrijgevestigd specialist en ziekenhuisbestuur duidelijk afnam, die afname kleiner is als alle medisch specialisten in loondienst zijn. Als de medisch specialisten in loondienst zijn, leidt het nastreven van passende zorg door ziekenhuisbestuur bij uitplaatsen van zorg (casus 1b) en sluiten van een nevenlocatie (casus 2b) tot een kleiner verschil in belangen, dan bij vrije vestiging. In beide casus blijft

echter een afname van gelijkgerichtheid zichtbaar, ook bij loondienst, omdat deze invullingen van passende zorg ook andere belangen van specialisten raken dan 'een goed inkomen'.

We observeren dat in één casus, bij de interne herschikking van het zorgportfolio (casus 1a), onzeker is of de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis toe- of afneemt wanneer medisch specialisten vrijgevestigd zijn. Die onzekerheid blijft in geval van loondienst. Voor specialisten in loondienst die tot het focusgebied behoren, neemt de gelijkgerichtheid met het ziekenhuisbestuur toe. Voor specialisten in loondienst die niet tot het focusgebied behoren en dus minder zorg mogen leveren, neemt de gelijkgerichtheid met het ziekenhuisbestuur af. Zij zien de diversiteit van hun takenpakket afnemen, verliezen invloed in het ziekenhuis en kunnen minder patiënten helpen.

We verwachten in twee van de zes casus, bij samen beslissen (casus 3a) en verandering van richtlijnen (casus 3b), beperkte verandering in de gelijkgerichtheid van ziekenhuisbestuur en vrijgevestigd medisch specialisten. Die verandering is nog kleiner als de medisch specialisten in loondienst zijn.

We signaleren dat de maatregel alleen resulteert in een afname van het negatieve effect van de passende zorg casus op de op de drijfveer een 'goed inkomen'. Dit is logisch, omdat de maatregel (verplicht loondienstverband) de arbeidsrelatie verandert en daarmee met name invloed heeft op de manier waarop de medisch specialist beloond wordt. Het loondienstverband an sich doet niks met de zes andere drijfveren.

Medisch specialisten in loondienst hebben, in tegenstelling tot vrijgevestigd medisch specialisten, geen financiële barrière om aan de passende zorg casus mee te werken. Zij hebben wel andere barrières. Zoals inperking van de professionele autonomie, verlies van zeggenschap in het ziekenhuis en de vermindering van diversiteit in het takenpakket. Verschillende invullingen van passende zorg raken deze drie drijfveren. Daarom zien we bij medisch specialisten in loondienst, net als bij hun collega's in vrije vestiging, dat verschillende invullingen van passende zorg bedreigend zijn. Ook zij zullen zich niet 'uit zichzelf' actief inzetten voor het beperken van hun professionele autonomie en invloed, het verkleinen van hun specialisme in het ziekenhuis of het verminderen van de variëteit in hun werkzaamheden. Hierdoor gaan belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten (verder) uiteenlopen als het bestuur passende zorg nastreeft.

We concluderen dat de maatregel in enige mate bijdraagt aan het vergroten van de gelijkgerichtheid van belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten. De blauwe lijn (loondienst) ligt in alle casus, m.u.v. casus 2a, dichter bij de neutrale positie dan de gele lijn (vrije vestiging). Maar, ook in de blauwe lijn zijn in vijf casus negatieve afwijkingen ten opzichte van de neutrale positie zichtbaar. De maatregel compenseert slechts ten dele, alleen voor de drijfveer 'een goed inkomen', dat het streven naar passende zorg door het ziekenhuisbestuur an sich de gelijkgerichtheid van belangen in het ziekenhuis vermindert.

Als de specialist in loondienst is, heeft het ziekenhuisbestuur wel meer mogelijkheden om in te grijpen als de specialist zich niet inzet voor passende zorg, of dit actief tegenwerkt. In de praktijk is echter de vraag hoe effectief dit gaat zijn, zeker wanneer het om een grote groep medisch specialisten gaat.

Een vrijgevestigde specialist is niet te ontslaan en het ziekenhuisbestuur heeft weinig opties om hun medewerking af te dwingen. Als het ziekenhuisbestuur ontevreden is, moet zij het msb verzoeken om actie te ondernemen. Uit interviews kwam naar voren dat sommige ziekenhuisbestuurders dit als een voordeel ervaren. Als er een probleem is kunnen zij tegen het msb zeggen "los het zelf maar op". Maar dat vraagt een sterk msb-bestuur. Als het ingrijpen van het msb-bestuur onvoldoende effect heeft, kan het ziekenhuisbestuur in het uiterste geval de betreffende specialist de toegang tot het ziekenhuis ontzeggen. Voor zover bij ons bekend wordt deze 'nucleaire optie' hoogst uitzonderlijk ingezet en is dit nog niet ingezet om passende zorg te bewerkstelligen. Een loondienster is waarschijnlijk eenvoudiger te bewegen tot vrijwillig vertrek dan een vrijgevestigde specialist, als hij zich niet (meer) kan vinden in de

koers van het ziekenhuis, omdat hij zich niet hoeft uit te kopen. Maar in de praktijk werken ook loondiensters vaak hun hele carrière in hetzelfde ziekenhuis. Het ziekenhuisbestuur kan een loondienster ontslaan, maar een ontslaggrond in de trant van 'onvoldoende meewerken aan uitvoering beleid' is lastig hard te maken en voor je het weet zit je met een slepend arbeidsconflict met een werknemer met een relatief hoog salaris en veel dienstjaren. Op basis van de interviews en projectervaring is onze indruk dat iemand het wel heel bont moet maken, voordat het ziekenhuisbestuur overgaat tot ontslag van een specialist in loondienst.

Het is daarmee de vraag of de maatregel doelmatig is. De consequenties zijn immers groot, terwijl het verwachte effect waarschijnlijk niet zo groot is. Bij een doelmatige maatregel wegen de effecten van de maatregel op tegen de consequenties. Wij concluderen dat de maatregel bijdraagt aan de gelijkgerichtheid van belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten. Maar richting het beoogde doel van passende zorg blijft, ook met de maatregel, de situatie bestaan dat verschillende invullingen van passende zorg de gelijkgerichtheid van belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten juist verminderen.

Andere gevolgen en neveneffecten van de maatregel

Aanvullend op de vraag in hoeverre de maatregel effectief is in het vergroten van de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis en het realiseren van passende zorg, zijn ook andere effecten van de maatregel verkend.

Het invoeren van verplichte loondienst heeft evident grote financiële en juridische consequenties, maar dat is buiten scope van dit onderzoek. We achten het waarschijnlijk dat vrijgevestigd medisch specialisten collectief het besluit tot invoering van de maatregel zullen aanvechten. Ook verwachten we dat zij individueel of als vakgroep de precieze uitvoering van de maatregel in 'hun ziekenhuis' (te weten het aangeboden arbeidsvoorwaardenpakket) zullen aanvechten. Een verplichte overstap naar loondienst is een dusdanig grote verandering dat het risico bestaat dat hier alle aandacht naartoe gaat. Dit beperkt de tijd en energie voor andere veranderingen in het ziekenhuis, zoals de beweging naar passende zorg.

Andere gevolgen en neveneffecten per belanghebbende

Medisch specialisten die nu in vrije vestiging werken

'Ze gaan nooit in loondienst'

Het is goed denkbaar dat de oudste groep vrijgevestigd medisch specialisten ervoor kiest om met vervroegd pensioen te gaan, omdat zij het perspectief om de laatste jaren van hun loopbaan in loondienst te werken niet aantrekkelijk vinden. Het is onzeker hoe groot de groep is die in staat is om dit te doen. Zij kunnen immers hun belang in het msb niet meer kunnen verkopen aan een opvolger, die nieuw toetreedt als maat of lid, en zijn dus afhankelijk van een compensatieregeling en opgebouwd vermogen gedurende hun loopbaan.

Voor vrijgevestigd medisch specialisten die nog niet aan het einde van hun carrière zijn, zijn er alternatieven als zij koste wat kost niet in loondienst willen. Ze kunnen het vak verlaten of naar het buitenland verhuizen. Het is ook denkbaar dat vrijgevestigd medisch specialisten uit de grensstreek in Nederland blijven wonen en hun praktijk verplaatsen naar ziekenhuizen in België of Duitsland, of daar een zelfstandige kliniek starten. Afhankelijk van de wijze waarop de maatregel precies wordt vormgegeven kunnen vrijgevestigd medisch specialisten in Nederland een solopraktijk starten. Dit zal voor specialisten in beschouwende poliklinisch georiënteerde specialismen een aantrekkelijker vooruitzicht zijn dan voor artsen in snijdende en klinische specialismen. Zowel het verplaatsen van de praktijk naar het buitenland als het starten van een solopraktijk heeft veel voeten in de aard: het is nodig een locatie te vinden, verwijzers en patiënten te informeren, afspraken te maken met zorgverzekeraars, etc. A priori is dit daarom geen aantrekkelijk vooruitzicht voor een medisch specialist die nu naar eigen tevredenheid in het ziekenhuis werkt.

Als een deel van de vrijgevestigd medisch specialisten nooit de overstap naar loondienst maakt, daalt direct na invoering van de maatregel eenmalig het aantal medisch specialisten dat in ziekenhuizen werkt.

'Ze worden minder productief als ze eenmaal in loondienst zijn'

Een veelgebruikt argument door tegenstanders van de maatregel is dat medisch specialisten minder gaan produceren als ze in loondienst komen. Als ze allemaal minder gaan produceren, kan dit resulteren in oplopende wachtlijsten. Er is geen openbaar onderzoek dat de productiviteit van medisch specialisten in loondienst vergelijkt met die van vrijgevestigd medisch specialisten. We horen dat specialisten in

loondienst in sommige ziekenhuizen minder productief zijn, maar in andere ziekenhuizen wordt dit beeld bestreden. Landelijk onderzoek naar de productiviteit van medisch specialisten en productiviteitsverschillen tussen loondienst en vrije vestiging in alle specialismen is dan ook gewenst.

Voorstanders van de maatregel stellen dat een lagere productiviteit juist goed is, omdat specialisten dan gestopt zijn met het leveren van niet-passende zorg. Cruciaal is echter dat medisch specialisten alleen niet-passende zorg stoppen en in plaats daarvan passende zorg leveren, zodat de totale hoeveelheid geleverde zorg per fte gelijk blijft. Als over de hele linie minder zorg geleverd wordt per fte, veroorzaakt lagere productiviteit groeiende wachtlijsten.

In loondienst kan het ziekenhuis medisch specialisten direct aanspreken op hun individuele productiviteit. In de praktijk gebeurt dit niet standaard en heeft het vaak beperkt effect. In diverse interviews werd benadrukt dat medisch specialisten in loondienst zich autonoom gedragen. Zij willen niet aangesproken worden op werktijden, aanwezigheid, roosters en productiviteit.

Er is geen landelijke norm voor productiviteit en geen openbare vergelijking van productiviteit van hetzelfde specialisme tussen ziekenhuizen. In het publieke domein ontbreken dus feiten om zo'n discussie goed te faciliteren. Het ziekenhuisbestuur kan gebruik maken van een benchmark tegen historische prestaties (je bent minder productief dan vorig jaar) en er zijn diverse commerciële partijen die ziekenhuizen met elkaar vergelijken. Echter is het zelfs met zo'n benchmark in de hand lastig om concrete afspraken te maken met werknemers over hun productiviteit. Er zijn in het medisch domein namelijk altijd plausibele oorzaken voor een lagere productiviteit, zoals 'moeilijkere patiënten', de cijfers zijn 'niet compleet', of de bestuurder 'begrijpt het niet'.

Msb's

De maatregel heeft grote gevolgen voor msb's. Zij kunnen hun activiteiten niet meer declareren bij zorgverzekeraars en worden dus niet meer vergoed voor de zorg die ze leveren. Hun bestaansrecht verdwijnt en het lijkt waarschijnlijk dat ze worden ontbonden.[40] Het is de vraag wat er dan gebeurt met de aanwezige goodwill en andere assets van het msb. Nader onderzoek naar de financiële en fiscale effecten van de maatregel op msb's is daarom wenselijk.

Medisch specialisten die nu in loondienst werken

De maatregel heeft geen effect op medisch specialisten die al in loondienst van het ziekenhuis zijn bij invoering van de maatregel. Hoogstens merken zij enig positief effect, omdat alle specialisten zich op dezelfde manier verhouden tot het ziekenhuisbestuur. De maatregel maakt een einde aan discussies als 'loondiensters willen altijd alleen tijdens kantooruren vergaderen'.

Artsen in opleiding tot medisch specialist en jonge klaren

Artsen in opleiding tot medisch specialist of net klaar met de opleiding, zullen bij invoering van de maatregel nooit als vrijgevestigd medisch specialist in het ziekenhuis werkzaam kunnen worden. Tenzij ze naar het buitenland vertrekken of een solopraktijk starten. Zij hoeven geen lening(en) meer aan te gaan om zich in te kopen bij het msb.

Er is veel aandacht voor startende specialismen die moeilijk aan een baan komen. Het is echter de vraag of zij eenvoudiger aan een baan komen als iedereen in loondienst is. In beginsel zijn door de maatregel namelijk niet opeens meer artsen nodig. Dit is pas het geval wanneer vrijgevestigd specialisten massaal weigeren in loondienst te gaan (en dus niet meer als arts in het ziekenhuis werken) of wanneer zij substantieel minder zorg per fte gaan leveren als ze eenmaal in loondienst zijn.

[40] Pels Rijcken (2021) Advies verplichte loondienst medisch specialisten.

Wel is er een behoorlijke groep jonge medisch specialisten die nu in loondienst van een msb werkt, bijvoorbeeld als *chef de clinique* of staflid in loondienst.[41] Een deel van hen werkt daar in afwachting van de kans om toe te treden als lid of maat. Na invoering van de maatregel wordt dit onmogelijk. Het is waarschijnlijk dat deze groep proactief gaat solliciteren in ziekenhuizen aangezien het waarschijnlijk is dat zij hun baan bij het msb na enige tijd sowieso verliezen (bijvoorbeeld als het msb ophoudt te bestaan). Het lijkt waarschijnlijk dat ziekenhuizen ook deze artsen, die immers al in hun ziekenhuis werkten, een dienstverband zullen aanbieden. Daarnaast is het waarschijnlijk dat ze vaker en sneller een vast contract krijgen van het ziekenhuisbestuur, dan dat ze nu van het msb krijgen. In msb's is het momenteel niet gebruikelijk om iemand een vast dienstverband aan te bieden.

Ziekenhuisbesturen

Als de maatregel wordt ingevoerd, zullen ziekenhuisbesturen afspraken moeten maken over indiensttreding van de medisch specialisten die in hun ziekenhuis werkzaam zijn. Dit geldt voor de medisch specialisten in vrije vestiging, maar ook voor hen in loondienst van het msb. Dit is een eenmalige, maar ongetwijfeld complexe opgave, die veel tijd en aandacht zal vragen.

Wanneer een deel van de vrijgevestigd specialisten werkzaam in hun ziekenhuis vertrekt, staat het ziekenhuisbestuur voor de opgave om nieuwe specialisten te werven. Dit is meer of minder complex, afhankelijk van onder andere het specialisme en de regio waarin het ziekenhuis actief is. Bij sommige beroepsgroepen is minder aanbod van medisch specialisten, dan bij andere. En in sommige regio's willen meer medisch specialisten werken dan in andere.

Het vertrek van één of enkele specialisten per vakgroep is waarschijnlijk nog wel op te vangen tot de formatie weer op peil is. Bij vertrek van een hele vakgroep uit het ziekenhuis, wordt het ziekenhuisbestuur waarschijnlijk geconfronteerd met een continuïteitsrisico. Het risico bestaat dat het ziekenhuis deze zorg dan enige tijd (totdat de vakgroep vervangen is) niet of in mindere mate kan leveren. Patiënten moeten voor hun zorg dan naar een ander ziekenhuis en de wachtlijsten nemen toe.

Het is ook mogelijk dat de volumes dalen, doordat patiënten 'hun' medisch specialist volgen naar een ziekenhuis over de grens of een solopraktijk. Dit heeft direct consequenties voor de ziekenhuisomzet, als zij geen aanneemsom hebben afgesproken met zorgverzekeraars. Ziekenhuizen kunnen dan snel in financiële problemen raken, wanneer het kostenniveau gebaseerd is op een omzetverwachting die niet gerealiseerd wordt.

In interviews is meermaals benoemd dat je als ziekenhuisbestuur betrekkelijk weinig invloed hebt op welke vrijgevestigd specialisten je in huis hebt werken. Die invloed neemt toe bij invoering van de maatregel, dat is prettig. Ook heeft het ziekenhuisbestuur, als alle artsen in loondienst zijn, meer invloed op de totale omvang van de formatie medisch specialisten. Dit is positief vanuit perspectief van het ziekenhuisbestuur. Wel verwachten we dat het ziekenhuisbestuur veel druk vanuit de eigen organisatie zal ervaren om de formatie uit te breiden. Zeker als overstappende specialisten daadwerkelijk minder productief worden. In de praktijk zien we nu al dat ziekenhuisbesturen eerder geneigd zijn de formatie medisch specialisten uit te breiden dan msb's. Voor msb's heeft uitbereiding namelijk direct invloed op de financiën aangezien de uitkering per maat of lid daalt als de msb-inkomsten niet evenredig meestijgen. Als alle specialisten in loondienst zijn valt deze 'rem' weg.

We verwachten enige invloed van de maatregel op preventie van ongewenste beïnvloeding van medisch specialisten door de industrie, doordat de tussenlaag van het msb verdwijnt. Bovendien hebben medisch specialisten, als zij alleen in loondienst werken, geen persoonlijke bv's meer nodig. Beide effecten maken het mogelijk eenvoudiger om potentieel frauduleuze geldstromen te signaleren. De personen die we

[41] Van de 7.300 respondenten die werkzaam zijn als medisch specialist, waren er 783 in loondienst van een msb (11%) blijkt uit de Loonbaanmonitor Medisch Specialisten die in 2022 is uitgezet onder 7.000 aios en 23.000 medisch specialisten en door 10.420 mensen is ingevuld. Zie https://loopbaanmonitormedischspecialisten.nl/resultaten/, laatst geraadpleegd op 25 januari 2024.

voor dit onderzoek hebben geïnterviewd, koppelden de maatregel niet vanzelfsprekend aan preventie van ongewenste beïnvloeding. Er zijn veel meer manieren om gunstbetoon te voorkomen, die meer voor de hand liggen dan de loondienstplicht.

We verwachten enige invloed van de maatregel op varianten van netwerkzorg waarin medisch specialisten reizen tussen verschillende ziekenhuizen. Bijvoorbeeld varianten waarin patiënten in de hele regio in hun eigen ziekenhuis geopereerd worden door specialisten uit één ziekenhuis. Dit is nu al mogelijk, maar vraagt medewerking van het msb, dat de vrijgevestigd medisch specialist gedeeltelijk detacheert bij het andere ziekenhuis. In geval van loondienst is het ziekenhuisbestuur niet meer afhankelijk van de medewerking van het msb bij dit soort regionale afspraken. Uiteraard moet de betreffende specialist er nog steeds mee instemmen om gedeeltelijk in het andere ziekenhuis te werken.

Patiënten

We verwachten dat puur het wijzigen van de arbeidsrelatie beperkt effect heeft op patiënten. Patiënten weten nu meestal niet wat de arbeidsrelatie van hun medisch specialist is. Dit is vanuit patiëntperspectief geen relevant keuzecriterium. Het is echter denkbaar dat de maatregel wel andere gevolgen heeft die effect op patiënten hebben.

Patiënten gaan het merken als veel vrijgevestigd medisch specialisten in een regio nooit de overstap naar loondienst maken, of als medisch specialisten eenmaal in loondienst (veel) minder productief worden. Mogelijk kunnen mensen dan niet meer in het ziekenhuis van voorkeur terecht of nemen de wachtlijsten toe.

Het is denkbaar dat patiënten met een chronische aandoening 'hun' dokter volgen naar zijn nieuwe werkplek, over de grens of in een solopraktijk. Zij kiezen er dan voor hun zorg 'elders te ontvangen'. We verwachten dat de drempel hiertoe kleiner is voor iemand met een enkelvoudige aandoening die overwegend poliklinisch behandeld wordt, dan voor een multimorbide patiënt die bij meerdere specialismen tegelijk in zorg is. Die laatste groep zal waarschijnlijk bij het ziekenhuis blijven. De eigen dokter volgen naar het buitenland is voor patiënten alleen aantrekkelijk als die partij gecontracteerd is door hun zorgverzekeraar.[42] Als dit niet het geval is, leidt het volgen van de dokter tot een hogere eigen bijdrage voor de patiënt. Onze verwachting is dat niet veel mensen daartoe bereid zijn.

Zorgverzekeraars

We verwachten dat de maatregel in beginsel beperkt effect heeft op zorgverzekeraars. Sinds de invoering van de integrale bekostiging in 2015 zijn vrijgevestigd specialisten immers al geen partij meer waarbij zij zorg inkopen. Zorgverzekeraars maken afspraken met ziekenhuizen en blijven dit doen.

Er bestaat eens kans dat zij te maken krijgen met risico's ten aanzien van hun zorgplicht, maar dit verwachten we alleen als in regio's met een lage dichtheid van ziekenhuizen een volledige vakgroep besluit het ziekenhuis te verlaten. In dit geval ligt het voor de hand dat zorgverzekeraars met het betreffende ziekenhuis afspraken maken over de wijze waarop dit wordt opgevangen. Mogelijk kopen ze aanvullend extra volume in bij omliggende ziekenhuizen of zelfstandige klinieken.

In het geval dat een deel van de vrijgevestigd medisch specialisten de overstap naar loondienst niet maakt, maar een solopraktijk start, krijgen verzekeraars te maken met de vraag of ze die solopraktijken gaan contracteren. Wij verwachten dat verzekeraars in beginsel heel terughoudend zullen zijn bij het contracteren van solopraktijken. Contracteren van solopraktijken is administratief belastend en solopraktijken hebben te weinig schaal om een relevante regionale partner voor de zorgverzekeraar te

[42] Zorgverzekeraars met een hoog marktaandeel in de grensstreek, sluiten vaak contracten met ziekenhuizen die vlak over de grens liggen. Patiënten kunnen deze financiële nadelen ook mitigeren met een restitutiepolis die zorg in buitenland vergoedt of een aanvullende verzekering die de eigen bijdrage bij ongecontracteerde zorg dekt, mits deze producten op de markt zijn.

zijn. Als de zorgplicht voldoende geborgd is met ziekenhuizen en klinieken, is contracteren van solopraktijken niet nodig en verwachten wij dat verzekeraars dit niet zullen doen.

Huisartsen

We verwachten dat de maatregel in beginsel beperkt effect heeft op huisartsen en andere verwijzers naar medisch specialistische zorg. Voor hen verandert er immers niets. Het mogelijk toenemen van de wachtlijsten kan tot gevolg hebben dat hun patiënten langer moeten wachten totdat ze bij een specialist terecht kunnen.

Andere gevolgen en neveneffecten op basis van internationale ervaringen

Er zijn meerdere Europese landen waar het merendeel van de medisch specialisten in loondienst is. Het is verleidelijk om naar deze landen te kijken, om op basis van hun ervaringen te bepalen in hoeverre de hierboven beschreven neveneffecten ook in Nederland te verwachten zijn.

In het Verenigd Koninkrijk (VK) zijn medisch specialisten in loondienst voor het deel van hun werkzaamheden dat ze voor de NHS[43] verrichten. In de praktijk werken de meeste medisch specialisten in het VK naast hun baan bij de NHS ook parttime in vrije vestiging in commerciële organisaties. In de Scandinavische landen Zweden, Noorwegen en Denemarken werken de meeste medisch specialisten in loondienst.

De zorgsystemen van het VK, Zweden, Noorwegen en Denemarken zijn fundamenteel anders dan het onze. Een een-op-een vergelijking is daardoor niet goed mogelijk. Zo hebben deze landen een (voor het grootste deel) publiek gefinancierd gezondheidszorgsysteem waarbij de zorg betaald wordt uit belastingen, de meeste zorgaanbieders in handen zijn van de overheid en er geen (of beperkte) marktwerking in het systeem zit. Een systeem zoals het onze, deels publiek gefinancierd en deels gefinancierd door verplichte private verzekeringen, waarbij zorgaanbieders zelfstandige entiteiten zijn die met private zorgverzekeraars onderhandelen over prijzen en volumes, kent hele andere dynamieken. En biedt inherent meer ruimte voor vrijgevestigde zorgverleners.

In geen van deze landen is het dienstverband van medisch specialisten recent gewijzigd en nergens is de loondienst van medisch specialisten als op zichzelf staande maatregel ingevoerd. Neem Zweden, daar zijn de grondbeginselen van een publiek gefinancierd gezondheidszorgsysteem in de 19e eeuw gelegd en tijdens de industriële revolutie verder uitgebreid. Geleidelijk is het systeem in de 20e eeuw verder ontwikkeld en direct na de Tweede Wereldoorlog is met de ontwikkeling van de 'welvaartstaat' het huidige systeem ontstaan: een publiek gefinancierd universeel gezondheidszorgsysteem met grotendeels decentrale aansturing.[44]

[43] NHS = National Health Service
[44] Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2012 en 2023

Alternatieven | Opties om beweging naar passende zorg te bevorderen

Uit het analytisch raamwerk (zie Figuur 6) volgt dat meerdere externe prikkels inzetbaar zijn om de beweging naar passende zorg te versterken. Ze zijn conceptueel uitgewerkt langs de drie assen.

Beloning als prikkel om passende zorg te bewerkstelligen

In de plaats van te verplichten dat medisch specialisten alleen in loondienst mogen werken, zoals de maatregel doet, zijn er alternatieven mogelijk gebaseerd op dezelfde externe prikkel: de beloning.

Aanpassen van de wijze van beloning van het msb én binnen het msb

Zolang ziekenhuizen P*Q met plafond-afspraken maken met verzekeraars[45], spreken zij productieprikkels af met het msb, om te zorgen dat het plafond gevuld wordt en het ziekenhuis maximale omzet realiseert. Niet halen van het plafond bij de dominante verzekeraar(s) brengt een ziekenhuis immers direct in financiële problemen. Het kostenniveau is dan gebaseerd op een omzet die niet gehaald wordt, waardoor het ziekenhuis te veel geld uitgeeft. Een prikkel voor het msb om het plafond te halen, is vanuit ziekenhuisperspectief dus wenselijk. Een aanneemsom voor het ziekenhuis neemt deze prikkel weg, maar heeft weer andere nadelen vanuit maatschappelijk perspectief.

Op dit moment is niet transparant toetsbaar hoe groot het financiële effect van de beweging naar passende zorg is op het inkomen van vrijgevestigd medisch specialisten. Ook is niet toetsbaar hoe sterk de prikkels in verdeelmodellen die msb's hanteren passende zorg belemmeren. De verdeelmodellen die msb's gebruiken, zijn niet openbaar en niet standaard inzichtelijk ziekenhuisbestuur, zorgverzekeraars of toezichthouders. Zij kunnen beperkt controleren of het msb de publieke middelen juist besteedt. Beleidsmakers kunnen ook niet eenvoudig benaderen hoe hoog het inkomen van medisch specialisten in vrije vestiging is, doordat veel msb's geen volledige jaarverantwoording publiceren en niet-praktiserend medisch specialisten zichzelf pensioen uitkeren vanuit hun eigen B.V.

Meer transparantie over de wijze waarop het ziekenhuis, indirect via het msb, vrijgevestigd medisch specialisten vergoedt voor hun diensten, draagt bij aan de beweging naar passende zorg. In onze optiek zijn er twee gronden voor verplichting van het openbaar maken van financiële jaarcijfers.

- De wettelijke verplichting tot openbaarmaking van jaarrekening van rechtspersonen, waarbij ontheffing wordt verleend op basis van de omvang van de onderneming.[46]
- De jaarverantwoording zorg zoals neergelegd in de Wmg[47]. Slechts een deel van de msb's deponeerde afgelopen jaren jaarcijfers bij de Kamer van Koophandel en het aantal msb's dat dit deed nam af tussen 2016 en 2021. Tot 1 januari 2022 was de verantwoordingsplicht voor zorginstellingen opgenomen in de Wtzi[48]. Op die datum is deze verplichting overgeheveld naar de Wmg. Medisch specialistische bedrijven vielen, in tegenstelling tot ziekenhuizen, niet onder de Wtzi, maar wel onder de Wmg. Per 2022 zijn zij dan ook wettelijk verplicht om hun financiële cijfers openbaar te maken. Deze verplichting is echter met twee jaar uitgesteld en geldt pas vanaf boekjaar 2024.[49] Daarmee komt een einde aan bijna tien jaar gebrekkige transparantie over jaarcijfers van msb's.

[45] 56% van de ziekenhuizen had over 2022 een omzetplafond als dominante afspraak, o.b.v. NZa (2022) Monitor MSZ 2022
[46] Kamer van Koophandel, https://www.kvk.nl/deponeren/jaarrekening-wel-of-niet-deponeren/, en BW boek 2 artikel 394-396.
[47] Wet marktordening gezondheidszorg
[48] Wet toelating zorgaanbieders, nu Wtza (Wet toetreding zorgaanbieders)
[49] *Kamerstukken II* 2023/24, 34767 en 34768, nr. 67

Met inzage in jaarcijfers is echter nog geen inzage in de wijze waarop het msb middelen intern verdeelt over de leden of maten. FMS heeft als uitgangspunt dat een capaciteitsmodel geen belemmering vormt voor het leveren van passende zorg. Bijvoorbeeld als passende zorg adequaat is opgenomen in de norm-fte-bepaling of wanneer gekozen is voor een harmonisatiemodel.[50] Het is echter in de praktijk nu niet toetsbaar of de modellen de juiste prikkels bevatten, omdat de verdeelmodellen niet transparant zijn. Wij zien ten minste twee manieren om transparantie te bevorderen en deze toetsing uit te voeren:

- Zorgverzekeraars vragen inzage in en invloed op het verdeelmodel van mbs's. Er zijn voorbeelden bekend waarin verzekeraars dit nu al doen bij het maken van een financiële meerjarenafspraak maken met een ziekenhuis. Het is echter (nog) geen standaardpraktijk.
- Bij verantwoording van transformatiemiddelen (EUR 2,8 miljard) zijn mogelijkheden denkbaar om de transparantie te vergroten, en mogelijk ook nog bij toekenning, al is daarover al meer vastgelegd. Gezien de omvang van deze geldstroom, waarvan een deel naar de msb's zal vloeien, is het niet onredelijk kwantitatief toetsbaar te maken dat ziekenhuis én msb zich met deze middelen maximaal inspannen om passende zorg te bewerkstelligen.

Aanmoedigen van de overstap naar loondienst

Afgelopen jaren kregen medisch specialisten die overstapten van vrije vestiging naar loondienst vanuit de SOIT-regeling eenmalig een bedrag vanuit VWS, in veel gevallen aangevuld door een bedrag vanuit hun eigen ziekenhuis. In onze evaluatie van deze regeling concluderen we dat een vergelijkbare maatregel in de toekomst niet gaat leiden tot een significante overstap van vrije vestiging naar loondienst als de omstandigheden niet veranderen. Iedereen die de regeling heeft willen gebruiken, heeft deze immers al gebruikt.

Dit wil niet zeggen dat een nieuwe subsidieregeling niet effectief kan zijn in het bevorderen van loondienst. Een effectieve subsidieregeling zal, in onze ogen, óf gepaard moeten gaan met condities die het bestuur van zorgaanbieders voldoende prikkelen om het interne debat over overstap naar loondienst (weer) te openen, ófwel gepaard gaan met condities die vrijgevestigde vakgroepen motiveren om als hele vakgroep naar loondienst over te stappen.

Een debat over loondienst versus vrije vestiging binnen het ziekenhuis vergt veel tijd, moeite en energie. Een toekomstige regeling zal op de motivatie van het ziekenhuisbestuur in moeten spelen, zij moeten het de moeite waard vinden om zich hiervoor in te zetten. Ten aanzien van het motiveren van vakgroepen om vrijwillig de overstap naar loondienst te maken, zien we dezelfde prikkels: werken in loondienst moet meer voordelen hebben dan werken in vrije vestiging. Dat kan op financieel vlak zijn, maar ook gedreven door meer vakinhoudelijke aspecten. Dat gezegd hebbende, weten we dat EUR 100.000 niet voldoende is om de opgebouwde goodwill in vrije vestiging volledig te compenseren. Significante verhoging van het subsidiebedrag heeft mogelijk effect. Vakinhoudelijk is te denken aan het beter faciliteren van specialisten in loondienst in vergelijking met specialisten in vrije vestiging. Bijvoorbeeld het ter beschikking hebben van meer tijd op de operatiekamers, meer capaciteit op diagnostische modaliteiten, of meer ondersteuning bij het uitvoeren van hun taken.[51]

Hernieuwde introductie van het participatiemodel

Participatie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie is een manier om de gelijkgerichtheid van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten te vergroten. Dit was één van de opties in de aanloop naar de overstap naar integrale bekostiging. Het model is alleen praktisch onuitvoerbaar zolang het verbod op winstuitkering in intramurale Zvw-zorg blijft staan.

[50] FMS (2023), Handreiking Implementatie Passende Zorg
[51] Zie ook Gupta Strategists (2023) Lessen uit zeven jaar SOIT.

Invloed als beloning: de beweging naar co-bestuur

De medisch specialist bevindt zich op een kernpositie in bedrijfsvoering, cruciaal voor het 'primaire proces'. Het feit dat de zorgaanbieder afhankelijk is van de inhoudelijke kennis van de medisch specialisten om patiëntenzorg te kunnen leveren, maakt dat de medisch specialist een sterke informele invloedspositie heeft. Dit wordt versterkt door het gegeven dat de meeste medisch specialisten, ongeacht hun vestigingsvorm, als ze eenmaal hun plek gevonden hebben, vaak 20 jaar of langer in hetzelfde ziekenhuis werken. Met de komst van msb's is de organisatiegraad van specialisten binnen het ziekenhuis sterk verbetert. Dit maakt het eenvoudiger om de groep medisch specialisten aan te spreken en te betrekken bij organisatorische vraagstukken, o.a. op het gebied van strategie.

Afgelopen jaren hebben de meeste ziekenhuizen de stap gezet naar co-bestuur, waarbij er één bestuurlijke overlegtafel is ingericht waaraan ziekenhuisbestuur en vertegenwoordigers van medisch specialisten, vrijgevestigd en loondienst, deelnemen. Het is inmiddels gebruikelijk dat er structureel en frequent overleg is tussen raad van bestuur en vertegenwoordigers van medisch specialisten. Dit heeft waarschijnlijk bijgedragen aan het verbeteren van onderlinge verhoudingen en persoonlijke verstandhouding tot elkaar, maar het is onzeker in hoeverre de gezamenlijke overlegstructuur de gelijkgerichtheid van belangen van de deelnemers aan die overlegtafel heeft vergroot. In de pessimistische interpretatie heeft co-bestuur alleen het gesprek over potentieel tegengestelde belangen vereenvoudigd. In interviews werd ook nog genoemd dat de beweging naar co-bestuur heeft geleid tot belangenverstrengeling, omdat het msb nu meebesluit over de strategische koers van het ziekenhuis, terwijl leden of maten ook een persoonlijk financieel belang (kunnen) hebben bij specifieke strategische keuzes.

Terwijl hun invloed in het ziekenhuis afgelopen jaren groeide, doordat ze zich beter organiseerden en frequenter overlegden met het ziekenhuisbestuur, is er beperkt extern toezicht is op de wijze waarop medisch specialisten hun invloed inzetten. Als het ziekenhuisbestuur ontevreden is over het (functioneren van) het msb en de mate waarin zij als collectief bijdraagt aan passende zorg, kan zij de samenwerkingsovereenkomst opzeggen. Dit heeft vooral symbolische waarde, aangezien het praktisch onmogelijk is om over te stappen naar een ander msb. Na opzegging van de samenwerkingsovereenkomst moeten beide partijen toch weer samen om tafel om uit de impasse te komen.

In geval van conflicten over het te voeren beleid tussen ziekenhuisbestuur en medische specialisten is het meestal de bestuurder die aan het kortste eind trekt. De zittingsduur van ziekenhuisbesturen verschilt sterk. In de meeste ziekenhuizen was de gemiddelde periode dat het bestuur in dezelfde samenstelling bestuurt slechts twee tot drie jaar in het afgelopen decennium. Het aantal bestuurswisselingen in ziekenhuizen neemt ook toe; in de periode 2017-2020 vonden de meeste wisselingen plaats en in de eerst kwartalen van 2023 werden er 49 bestuurswisselingen geteld.[52] De oorzaak van de bestuurswisselingen is niet onderzocht, maar het is aannemelijk dat in een deel van de gevallen sprake was van een conflict. Wij telden in deze periode ten minste 25 ziekenhuizen met een gedwongen vertrek van ziekenhuisbestuurder.[53] Er is geen onderzoek gedaan hoe vaak msb-bestuurders voortijdig vertrokken, maar onze hypothese is dat dit veel minder vaak voorkomt. Dit is opvallend omdat je zou verwachten dat als je samen bestuurt, je ook gezamenlijk opstapt als het niet lukt de bestuurlijke doelstellingen, zoals passende zorg, te realiseren.

[52] Dev Organisatieadviseurs (2023) Wisselen van de wacht. Bestuurswisselingen in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2010-2022.
[53] Analyse Gupta Strategists o.b.v. krantenartikelen. Dit is waarschijnlijk een onderschatting, omdat lang niet altijd publiekelijk naar buiten wordt gebracht dat een bestuurder genoodzaakt is te vertrekken.

Angst als prikkel om passende zorg te bewerkstelligen

Angst voor de maatregel gedwongen loondienst

In de interviews werd benoemd dat de externe prikkel angst nu al door de overheid wordt ingezet om medisch specialisten te bewegen richting passende zorg, omdat de voorgestelde maatregel breed als een bedreiging wordt ervaren. Daadwerkelijk invoeren van de maatregel neemt deze dreiging weg en dat wordt door sommigen als nadeel van de maatregel ervaren. De kans bestaat dat de angst voor de maatregel effectiever is dan het daadwerkelijk effect van de maatregel (na invoering).

Angst om vervangen te worden door medisch specialisten die meer bereid zijn tot passende zorg

In de praktijk zien we dat medisch specialisten die zich niet inzetten voor passende zorg, of dit actief tegenwerken, weinig risico lopen om vervangen te worden door iemand die de beweging wel omarmt. Vrijgevestigden kunnen niet ontslagen worden en het ziekenhuisbestuur heeft weinig opties om hun medewerking af te dwingen. Alternatieven die ervoor zorgen dat vrijgevestigd medisch specialisten (individueel of als groep) eenvoudiger te vervangen zijn wanneer zij niet voldoende bijdragen aan passende zorg, zijn de moeite van nader onderzoek waard.

Angst voor duiding door het Zorginstituut

Het Zorginstituut kan passende zorg concreter invulling geven door te adviseren de verzekerde aanspraak te beperken tot specifieke patiëntgroepen of zorgverleners die aan specifieke waarborgen voldoen. Tot op heden gebeurt dit nog in beperkte mate, maar de verwachting is dat dit in de toekomst vaker gaat gebeuren. Dit kan medisch specialisten als leden van wetenschappelijke verenigingen motiveren om zelf proactief meer invulling te geven aan passende zorg, om daarmee te voorkomen dat een derde partij (het Zorginstituut) dat gaat voorschrijven en daarmee de professionele autonomie van medisch specialisten inperkt. Dit heeft beperkt invloed op de gelijkgerichtheid binnen het ziekenhuis, maar draagt wel bij aan de beweging naar passende zorg.

Leiderschap als prikkel om passende zorg te bewerkstelligen

Voor de beweging naar passende zorg kan het problematisch zijn dat veel medisch specialisten zich nauwer verbonden voelen met hun beroepsgroep dan met hun ziekenhuis. Als de invulling van passende zorg zoals het ziekenhuisbestuur voorstelt niet overeenkomt met de invulling van passende zorg vanuit het eigen specialisme, is onze verwachting dat de medisch specialist eerder het leiderschap van vakgenoten zal volgen dan het leiderschap van zijn ‘eigen’ ziekenhuisbestuur. Het is dus van belang dat wetenschappelijke verenigingen het belang en de concrete invulling van passende zorg uitdragen.

We zien dat de beweging naar passende zorg lokaal gedreven wordt door persoonlijk leiderschap van individuen. Lokaal leiderschap is niet landelijk schaalbaar. In sommige ziekenhuizen werkt een specifiek ‘passende zorg’-initiatief, maar in andere ziekenhuizen komt het niet van de grond. We signaleren dat in geen van de interviews landelijke voorbeelden van leiders op het gebied van passende zorg genoemd werden, terwijl ze er wel zijn, zoals de speciaal gezant passende zorg en de ambassadeur samen beslissen. Alternatieven die dit patroon doorbreken zijn de moeite van nader onderzoek waard.

Bijlage | Toelichting op de methodiek

Dit onderzoek heeft drie doelen:

1. Een analyse van de noodzaak, effectiviteit en doelmatigheid van de maatregel 'alle medisch specialisten in loondienst',
2. Een inventarisatie van de alternatieven om passende zorg te bewerkstelligen en de bestuurbaarheid van ziekenhuizen te verbeteren, en
3. Bespreking van de andere gevolgen en neveneffecten van de maatregel 'medisch specialisten in loondienst'

De maatregel is nog niet ingevoerd, daarom is niet te meten wat effectiviteit en doelmatigheid van de maatregel zijn. De toekomst voorspellen is niet mogelijk, daarom beoogt het onderzoek te benaderen wat het effect gaat zijn, gebaseerd op systematische analyse van casuïstiek aan de hand van een gestandaardiseerd analyseraamwerk. Het analyseraamwerk is opgesteld op basis van bureauonderzoek en aangevuld met onze projectervaring. Het raamwerk heeft betrekking op de wisselwerking tussen externe prikkels (zoals de maatregel) en interne drijfveren.

Omdat de beweging naar passende zorg zo breed in te vullen is, is gekozen voor een aanpak waarin de effectiviteit van de maatregel bij het realiseren van verschillende invullingen van passende zorg is onderzocht. De variëteit aan anekdotische casuïstiek die in literatuur is beschreven en door de geïnterviewden is ingebracht, hebben we geclusterd en teruggebracht naar een zestal representatieve en veralgemeniseerde casus.

Het opstellen van het raamwerk en het toepassen ervan op casus, was een iteratief proces. We hebben gedurende het onderzoek het analytisch raamwerk en de casus telkens aangescherpt.

We hebben ongeveer 30 interviews gehouden met o.a. bestuurders van ziekenhuizen, bestuurders en directeuren van msb's, medisch specialisten in vrije vestiging en in loondienst, verzekeraars, de NZa en de IGJ. Deze interviews bestonden uit drie delen:

1. Uitvragen perspectief van geïnterviewde t.a.v. de voorgenomen maatregel om alle medisch specialisten in loondienst te brengen. Hierbij lag de focus op:
    a. Hoe de maatregel bijdraagt aan passende zorg en hoe effectief de maatregel zal zijn
    b. Hoe de maatregel bijdraagt aan bestuurbaarheid van ziekenhuizen, en hoe effectief de maatregel daarin zal zijn
    c. Wat mogelijke alternatieven voor het invoeren van de maatregel zijn
    d. Wat mogelijke neveneffecten van het invoeren van de maatregel zijn
2. Uitvragen van de specifieke situatie van de geïnterviewde zelf; het in kaart brengen van lokale werkwijzen en het toetsen van beweegredenen
3. Toetsen van casuïstiek. Hierbij hebben we situaties uitgevraagd en zelf casuïstiek ingebracht

Onze bevindingen zijn besproken met veldpartijen, o.a. VWS, de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zorginstituut (ZIN). Vanuit deze inhoudelijke discussies hebben we onze bevindingen aangescherpt.