

OP WEG NAAR GEZAMENLIJKHEID

RAPPORTAGE

QUICK SCAN INTEGRALE BEKOSTIGING EN GOVERNANCE

TILBURG, 14 JANUARI 2016

**Opdrachtgever:**

VWS

Deze rapportage is tot stand gekomen met dank aan de 30 ziekenhuizen die bereid zijn geweest tot deelname aan het onderzoek.

**Het onderzoek is uitgevoerd vanuit de volgende projectgroep:**

Dr. Wout Koelewijn (Ecorys – onderzoeker en projectleider)

Prof. mr. Louis Houwen (HealthLAB, TIAS)

Prof. dr. Edith Hooge (GovernanceLAB, TIAS)

Prof. dr. Robert Slappendel (HealthLAB, TIAS)

Prof. dr. Nardo van der Meer MBA (HealthLAB, TIAS)

Daarnaast hebben de volgende organisaties en personen aan het onderzoek bijgedragen:

**Klankbordgroep**

- Federatie Medisch Specialisten
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Inspectie voor de Gezondheidszorg

**Expertgroep**

- Willemien Bischot (Van Doorne)
- Frank van der Lee (BDO)
- Michael Van Schaik (Rabobank)
- Robert Sie (Alrijne Ziekenhuis)

## **Samenvatting**

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het onderzoek naar de invloed van het nieuwe samenwerkingsmodel op de besturing van ziekenhuizen. Hierbij wordt allereerst het proces beschreven waarbinnen het samenwerkingsmodel is ontworpen en geïmplementeerd. Vervolgens wordt het effect van het samenwerkingsmodel beschreven op drie onderwerpen: kwaliteit en veiligheid, registratie en declaratie en ten slotte goed bestuur in brede zin. Met betrekking tot het proces valt op dat de vormgeving en implementatie van het samenwerkingsmodel binnen algemene ziekenhuizen in veel gevallen onder tijdsdruk en binnen een context van onzekerheid over de exacte toepassing van fiscale uitgangspunten diende te worden afgerond. Dit heeft er in de praktijk toe geleid dat bij de vormgeving van een samenwerkingsmodel het accent heeft gelegen op het voldoen aan fiscale criteria en in mindere mate op het optimaliseren van de bestaande samenwerking tussen raad van bestuur (rvb) en medisch specialisten ten behoeve van (de kwaliteit en veiligheid van) de patiëntenzorg. Tijdens dit proces wilden de ziekenhuisbestuurders vooral grip houden op de integrale zorgverlening en bedrijfsvoering van de totale ziekenhuisorganisatie en wilden ze gelijkgerichtheid stimuleren. Medisch specialisten wilden hun betrokkenheid bij de besluitvorming vergroten en fiscale ondernemingsfaciliteiten veilig stellen.

In een klein deel (10%) van de onderzochte ziekenhuizen is gekomen tot één min of meer geïntegreerde organisaties van medisch specialisten waarbij door deze laatste groep één aanspreekpunt is gevormd voor het ziekenhuisbestuur. De formele besluitvorming vindt hierbij vervolgens plaats door individuele groepen zoals het MSB. Binnen de overige ziekenhuizen is sprake van meerdere gremia per thema of groep medisch specialisten. Hierbij fungeert naast één of meerdere Medisch Specialistische Bedrijven (MSB) regelmatig ook nog een afzonderlijke Vereniging Medische Staf (VMS) en een separate Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD).

Met betrekking tot kwaliteit en veiligheid heeft de invoering van het samenwerkingsmodel tot gevolg gehad dat medisch specialisten verenigd in een MSB aan invloed hebben gewonnen om vorm te geven aan hun eigen professionele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Deze toegenomen invloed is ten koste gegaan van de invloed van ziekenhuisbestuurders. Deze bestuurders zijn voor hun directe invloed op de individuele medisch specialist meer afhankelijk geworden van hun samenwerking met het MSB-bestuur. Hoewel de effectiviteit van MSB-bestuurders bij het aanspreken van een individuele specialist binnen het MSB door zowel ziekenhuisbestuurders als medisch specialisten in veel gevallen hoger wordt ingeschat dan die van een ziekenhuisbestuurder, stelt dit hoge eisen aan zowel de samenwerking als de onderlinge verhoudingen tussen ziekenhuis- en MSB-bestuurders en aan (het 'zelfreinigend vermogen' van) de interne organisatie van het MSB. Daarbij vormt het daadwerkelijk aanspreken van individuele medisch specialisten door MSB-bestuurders een belangrijke voorwaarde om de contractuele borging van de kwaliteit en veiligheid ook daadwerkelijk te effectueren. Een ander aandachtspunt vormt de samenwerking tussen VMS en MSB. Er zijn ziekenhuizen waar de interne verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid bij de VMS is belegd, maar in veel gevallen zien zowel de VMS als het MSB hier een taak

voor zichzelf weggelegd en bestaat er nog onduidelijkheid over de (juridische en organisatorische) afbakening van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de betrokken gremia en hun functionarissen. Het is belangrijk dat de afstemming, afbakening en verduidelijking hiervan goed wordt geregeld.

Bij het ontwerp en de invoering van de samenwerkingsmodellen is er vervolgens door de betrokken ziekenhuizen veel aandacht besteed aan het onderwerp correcte registratie en declaratie. Correcte registratie door medisch specialisten wordt in de onderzochte samenwerkingsovereenkomsten doorgaans slechts in algemene zin geadresseerd. Mocht achteraf blijken dat er toch foutief is geregistreerd, dan zal de rvb moeten proberen om op grond van deze algemene contractuele verplichtingen de teveel gedeclareerde omzet terug te vorderen bij het MSB. De aandacht die er in 2013 en 2014 mede door verschillende incidenten is geweest voor correct registreren en declareren, heeft er wel toe geleid dat financiële en (zorg) administratieve afdelingen nadrukkelijker het registratiegedrag van medisch specialisten zijn gaan ondersteunen en monitoren.

De vertegenwoordigers van de cliënten- en ondernemingsraden geven aan door hun rvb's betrokken te zijn bij de besluitvorming over het in te voeren samenwerkingsmodel. Hoewel deze betrokkenheid veelal informeel was en onder tijdsdruk plaatsvond, hadden ondernemings- en cliëntenraden, afhankelijk van de concrete vormgeving en uitvoering van het samenwerkingsmodel, doorgaans wel advies- en mogelijk zelfs instemmingsrecht ten aanzien van het nieuwe organisatie- en besturingsmodel, zeker op het moment dat personeel in dienst zou komen van, of gedetacheerd zou worden naar het MSB. Aantekening verdient wel, dat de ondernemings- en cliëntenraden wettelijk adviesorganen van (de rvb van) het ziekenhuis zijn en dus als zodanig geen rechtstreekse positie hebben ten aanzien van de bestuurlijke en operationele besluitvorming van het MSB of de operationele en medische gang van zaken in het MSB.

De formele implementatie van het samenwerkingsmodel met een juridisch, fiscaal en financieel zelfstandig MSB (coöperatie of maatschap) naast de ziekenhuisstichting heeft in vrijwel alle ziekenhuizen geresulteerd in meervoudige en complexe organisatie- en governancestructuren die onder kritieke omstandigheden een risico voor de bestuurbaarheid en het toezicht vormen. Goed bestuur en toezicht is daardoor nog belangrijker geworden. Er zijn ziekenhuizen waar de samenwerking tussen rvb en MSB goed lijkt te lopen binnen een context van vertrouwen en informeel overleg. Binnen die ziekenhuizen waar een dergelijke cultuur van vertrouwen en informeel overleg ontbreekt, is het voor bestuurders aanzienlijk moeilijker geworden om beperkingen van formele bevoegdheden die voortvloeien uit het samenwerkingsmodel te dempen. Er zijn verschillende ziekenhuizen waar de invoering van een samenwerkingsmodel ertoe heeft geleid dat reeds bestaande onderstromen binnen de voormalige cultuur van openheid en vertrouwen dominant zijn geworden, waardoor voorheen constructieve verhoudingen op scherp zijn komen te staan en belangentegenstellingen zijn vergroot.

Tegelijk geven veel ziekenhuisbestuurders aan dat MSB's de mogelijkheid bieden om op een heldere manier afspraken te maken met het collectief van vrijgevestigde medisch specialisten.

De tijd die is verstreken sinds de invoering tot deze quick scan is nog te kort om te kunnen beoordelen of en in hoeverre er bij probleemsituaties door bestuurders adequaat kan worden opgetreden en interne toezichthouders hun verantwoordelijkheid in voldoende mate kunnen waarmaken. Ook na de implementatie van de samenwerkingsmodellen vraagt de governance van zowel ziekenhuizen als MSB's, afzonderlijk (intern) maar ook in onderling verband bezien, veel aandacht, zeker daar waar sprake is van een relatief zwakke bestuurscultuur.

Zowel ziekenhuisbestuurders als medisch specialisten zelf geven aan dat de WNT een sterke rem lijkt te vormen op het toetreden van medisch specialisten tot rvb's. Dit kan op termijn een risico vormen voor de borging van de medische kwaliteit in het bestuur. Een indicatie voor de remmende werking van de WNT is dat volgens de geïnterviewden sinds 1 januari 2015 nauwelijks nog vrijgevestigd medisch specialisten bereid lijken om ziekenhuisbestuurder te worden. Medisch specialisten kunnen eventuele bestuurlijke ambities ook invullen binnen MSB's die niet onder de WNT vallen. De WNT kan daarmee op termijn mogelijk leiden tot een verzwakking van ziekenhuisbesturen.

Een belangrijke observatie vormt de rol van de rvt ten opzichte van het MSB. De rvb van het ziekenhuis werkt samen met het MSB op grond van een collectieve samenwerkingsovereenkomst waarin op hoofdlijnen onderlinge afspraken over (onder andere) kwaliteit en veiligheid respectievelijk registratie en declaratie zijn neergelegd. Toezicht op naleving van deze afspraken tussen MSB en het ziekenhuis vindt plaats door tussenkomst van de rvb en is daarmee indirect. Formele governancestructuren met een meer directe toezichtsrelatie die recht zouden doen aan het belang van het MSB binnen het ziekenhuis ontbreken grotendeels. Het risico kan zich dan verwezenlijken dat de rvt op te grote afstand komt te staan van het primaire zorgproces en de feitelijke leiding van de integrale ziekenhuisorganisatie waardoor de rvt zijn toezichthoudende functie en verantwoordelijkheid niet meer in voldoende mate kan effectueren.

Per saldo beoordelen medisch specialisten en bestuurders de samenwerkingsmodellen verschillend. Medisch specialisten die tevens MSB-bestuurder zijn, geven veelal aan dat de invoering inderdaad meerwaarde heeft. Meer dan in het verleden zijn ze in staat om invloed uit te oefenen op het functioneren van de eigen groep medisch specialisten waardoor men beter is gepositioneerd om effectief de kwaliteit van zorg voor de patiënten te verbeteren. Tegelijk geven veel MSB-bestuurders aan dat de betrokkenheid van de kant van medisch specialisten nog beter kan en hun opkomst tijdens MSB-bijeenkomsten vaak beperkt is.

Ziekenhuisbestuurders en secretarissen rvb zijn overwegend negatief over de opbrengsten van de invoering van het samenwerkingsmodel. Daar waar een minderheid van 20% zegt redelijk positief te zijn en de invoering te beschouwen als een kans om te formaliseren wat al eerder binnen het ziekenhuis in gang was gezet, kijkt de grote meerderheid (80%) op de invoering terug als een kostbare en tijdrovende exercitie, terwijl de veranderingen in de dagelijkse praktijk weinig tot geen positieve invloed hebben op de patiëntenzorg. De voordelen die deze groep ziet in het (mogelijk) centraal kunnen maken van afspraken rond kwaliteit en productie, wegen niet op tegen het verlies aan formele invloed en doorzettingsmacht. Een

klein aantal bestuurders binnen deze laatste groep zegt zich hierom grote zorgen te maken over de mogelijkheden om kwaliteit en veiligheid van zorg adequaat te kunnen waarborgen.

Samengevat heeft de implementatie van het samenwerkingsmodel de eisen verhoogd die aan de governance van ziekenhuizen worden gesteld. Daarbij is het thema governance niet langer uitsluitend een onderwerp voor ziekenhuisbestuurders, maar ook voor bestuurders van medisch specialistische bedrijven. Om in de huidige situatie werkelijk effectief te zijn, zullen zij in ieder geval samen moeten bouwen aan het vertrouwen naar elkaar en hun organisaties en gezamenlijk moeten investeren in onder meer gelijkgerichtheid, gezamenlijke strategievorming, medisch leiderschap van MSB-bestuurders en effectieve besluitvormingsprocedures. In de separate handreiking zijn daarvoor aanbevelingen opgenomen.

## Inhoudsopgave

<b>1. INLEIDING .....</b>	<b>8</b>
1.1 VRAAGSTELLING .....	8
1.2 ACHTERGROND .....	9
1.3 ONDERZOEKSVRAAG EN AANPAK.....	10
1.4 LEESWIJZER.....	13
<b>2. SAMENWERKINGSVARIANTEN .....</b>	<b>14</b>
2.1 HET VERTREKPUNT .....	14
2.2 KEUZES EN OVERWEGINGEN OP WEG NAAR 1 JANUARI 2015.....	14
2.3 VARIANTEN VAN HET SAMENWERKINGSMODEL .....	17
<b>3. KWALITEIT &amp; VEILIGHEID .....</b>	<b>19</b>
3.1 ONDERZOEKSVRAGEN.....	19
3.2 HET KADER VANUIT WET- EN-REGELGEVING .....	19
3.3 BEVINDINGEN MET BETREKKING TOT DE EINDVERANTWOORDELIJKE ROL EN POSITIE VAN DE RVB .....	21
3.4 BEVINDINGEN MET BETREKKING TOT DE BORGING BINNEN KWALITEITSSYSTEMEN .....	26
<b>4. REGISTRATIE &amp; DECLARATIE .....</b>	<b>28</b>
4.1 ONDERZOEKSVRAGEN.....	28
4.2 HET KADER VANUIT WET-EN-REGELGEVING .....	28
4.3 BEVINDINGEN.....	29
<b>5. GOED BESTUUR IN BREDE ZIN .....</b>	<b>32</b>
5.1 ONDERZOEKSVRAAG .....	32
5.2 BEVINDINGEN.....	32
<b>6. CONCLUSIE EN REFLECTIE.....</b>	<b>37</b>
6.1 CONCLUSIE .....	37
6.2 REFLECTIE.....	42
<b>BIJLAGE 1 - INTERVIEWVRAGEN .....</b>	<b>45</b>

## 1. Inleiding

De invoering van de integrale bekostiging op 1 januari 2015 heeft zowel in de aanloop als daarna, voor veel beroering binnen ziekenhuizen gezorgd. Het afschaffen van het honorariumdeel als apart geormerkt onderdeel van de DBC's, zou de mogelijkheden vergroten van ziekenhuizen om doelmatige en kwalitatief goede zorg te leveren. Daarnaast zou de invoering gevolgen hebben voor de fiscale positie als vrij ondernemer van vrijgevestigde medisch specialisten binnen ziekenhuizen. Om deze fiscale ondernemingsfaciliteiten zoveel mogelijk te behouden waren veelal aanpassingen nodig in de samenwerkingsstructuur tussen ziekenhuis en medisch specialist.

Met dat doel zijn er in 2013 en 2014 verschillende organisatie- en besturingsmodellen ontwikkeld. Naast dienstverband, ging het hierbij om het participatiemodel en het samenwerkingsmodel. Deze laatste twee modellen kunnen worden ingevoerd in een transparante vorm waarbij de medisch specialist persoonlijk of via een maatschap deelneemt, of in niet-transparante vorm waarbij de medisch specialist via een praktijkvennootschap (B.V.) deelneemt binnen het gekozen model.

Van deze ontwikkelde modellen (naast dienstverband) zijn er in de praktijk twee breed toegepast:

1. Het transparante samenwerkingsmodel
2. Het niet-transparante samenwerkingsmodel

Nu de eerste ervaringen met deze nieuwe modellen zijn opgedaan, is het mogelijk om te onderzoeken hoe deze modellen in de praktijk uitpakken met het oog op *good governance*. De resultaten van deze eerste inventarisatie treft u in deze rapportage.

### 1.1 Vraagstelling

Doel van deze scan is het geven van inzicht in de manier waarop raden van bestuur hun eindverantwoordelijkheid borgen voor kwaliteit en veiligheid van de medische behandelingen en de correcte declaratie daarvan. Daarnaast moet duidelijk worden of raden van toezicht en medezeggenschapsorganen hun positie in voldoende mate kunnen innemen.

Naast beantwoording van de bovengenoemde vragen door middel van een rapportage, is separaat een handreiking opgesteld met enkele gerichte aanknopingspunten voor de verdere doorontwikkeling van de samenwerking tussen ziekenhuis en Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB).



## 1.2 Achtergrond

De overheid had verschillende doelen voor de invoering van de integrale bekostiging<sup>1</sup>. Integratie van het macrobudget voor medisch specialisten en ziekenhuizen zou partijen in staat stellen om de interne organisatie van zorg beter af te stemmen op de behoeften en wensen van patiënten wat de kwaliteit van zorg ten goede zou komen. Daarnaast zou de invoering moeten bijdragen aan het meer gelijk richten van (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten.

De commissie Meurs, die in opdracht van de minister van VWS een onderzoek heeft verricht naar de inkomens van medisch specialisten, onderstreepte deze verwachting omdat deze bekostigingssystematiek enerzijds zou aansluiten bij de criteria van macro-beheersing en kwaliteit en tegelijk recht zou doen aan de lokale dynamiek en noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen<sup>2</sup>. Aangezien de overgang naar integrale tarieven kon rekenen op de steun van zowel de zorgaanbieders als medisch specialisten, maakte deze verandering vervolgens deel uit van het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg in 2011<sup>3</sup>.

Volgens het regeerakkoord van oktober 2012 zouden de fiscale voordelen voor medisch specialisten vervallen door de invoering van integrale tarieven. In juni 2013 heeft de NZa in haar uitvoeringstoets Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015 geadviseerd om de deelregulering binnen de bekostiging van instellingen voor medisch specialistische zorg en (vrijgevestigd) medisch specialisten af te schaffen en in dat verband voorgesteld om het 'formele' declaratierecht van medisch specialisten te laten vervallen. VWS heeft dit advies vervolgens overgenomen. In de zomer van 2013 is door de minister onderhandeld over ingrepen in het makro-kader (> 1 miljard) en als onderdeel hiervan is afgesproken dat er ondanks verlies van declaratierecht, mogelijkheden moesten blijven bestaan om te kiezen voor vrij beroep of voor dienstverband. De keuze voor dienstverband is daarbij ondersteund door het niet van toepassing laten zijn van de WNT op medisch specialisten én een subsidieregeling voor de overstap naar het dienstverband. De keuzemogelijkheid voor het vrije beroep is ondersteund door de toezegging van VWS om samen met Financiën, OMS en NVZ de mogelijkheden daartoe te onderzoeken.

In de eerder genoemde brief aan de Tweede Kamer van 18 december 2013 werden de verwachte fiscale gevolgen van de invoering van integrale bekostiging voor vrijgevestigde medisch specialisten beschreven. Het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarmee samenhangende debiteurenrisico, zou er in beginsel toe leiden dat niet langer sprake kon zijn van fiscaal ondernemerschap: 'Vrijgevestigde specialisten die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten, zullen onder integrale bekostiging in de regel niet langer

---

<sup>1</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/12/18/kamerbrief-over-invoering-integrale-bekostiging-medisch-specialistische-zorg>

<sup>2</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/personeel-in-de-zorg/documenten/kamerstukken/2012/11/29/kamerbrief-kabinetsreactie-commissie-inkomens-specialisten>

<sup>3</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/convenanten/2011/07/05/hoofdlijnenakkoord/hoofdlijnenakkoord-2012-2015.pdf>.

aangemerkt worden als fiscaal ondernemer en zullen daarom de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten verliezen<sup>4</sup>. Voor handhaving van dit fiscale ondernemerschap was het nodig dat medisch specialisten ondernemersrisico zouden gaan lopen, anders dan vanuit een verondersteld debiteurenrisico. Dit kan bijvoorbeeld door personeel in dienst te nemen, te investeren in bedrijfsmiddelen en/of samen met het ziekenhuis deel te nemen in het ziekenhuisbedrijf.

Om onder andere hierin te voorzien zijn vervolgens door of vanwege de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten samenwerkingsmodellen ontwikkeld die konden kwalificeren voor fiscaal ondernemerschap<sup>4</sup>. De criteria die bij deze beoordeling van belang zijn, zijn in de rechtspraak ontwikkeld. Het gaat om de volgende – in totaal en onderlinge samenhang te wegen – criteria:

- de duurzaamheid en de omvang van de werkzaamheden
- de grootte van de bruto baten
- de winstverwachting
- het lopen van ondernemersrisico (niet ieder risico is overigens een ondernemersrisico)
- de beschikbare tijd
- de bekendheid die naar buiten toe aan de werkzaamheden wordt gegeven
- het aantal opdrachtgevers.

Op hoofdlijnen volgden hieruit 2 modellen naast het loondienstmodel: het samenwerkings- en participatiemodel. Bij beide modellen kon – onder bepaalde voorwaarden – de fiscale status van medisch specialisten als vrij ondernemer of via een praktijkvennootschap worden gecontinueerd.

In oktober 2014 heeft de Belastingdienst Q&A's gepubliceerd waarin veel gestelde fiscale vragen omtrent MSB's beantwoord zijn en waarin – met het oog op haalbaarheid in de praktijk – nog enkele nuanceringen zijn aangebracht op eerdere interpretaties. Vervolgens zijn op 5 december 2014 de modelbrieven met de bijbehorende toelichtingen voor zowel de transparante en niet-transparante organisatiemodellen door de Belastingdienst verzonden.

## 1.3 Onderzoeksvraag en aanpak

### 1.3.1 Onderzoeksvraag

Dit onderzoek is gericht op de relatie tussen de bekostiging en de governance van ziekenhuizen. De centrale onderzoeksvraag luidt: **“Wat zijn de gevolgen van de invoering van het samenwerkingsmodel voor de besturing van ziekenhuizen?”**

Sinds 1 januari 2015 hebben vrijwel alle algemene en topklinische ziekenhuizen in Nederland het samenwerkingsmodel geïmplementeerd. Op het moment van dit onderzoek is er ongeveer een half jaar ervaring met de werking ervan.

---

<sup>4</sup> <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32222-11.html>

Deze vraag is onderverdeeld in sub-vragen voor elk van de drie thema's:

- Kwaliteit en veiligheid
- Registratie en declaratie
- Goed bestuur in brede zin.

De sub-vragen per thema worden hieronder verder uitgewerkt.

## **A. Ten aanzien van kwaliteit en veiligheid:**

Formeel wordt de raad van bestuur (rvb) op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen respectievelijk de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) die op 1 januari 2016 in werking treedt (Stbl. 2015, 25) eindverantwoordelijk gehouden voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg in het ziekenhuis. Daarbij zal de raad van bestuur ook de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist in acht moeten nemen. De rvb organiseert de zorg op een dusdanige wijze en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt tot het verlenen van zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Op grond van de nieuwe Wkkgz moeten ziekenhuizen met hun opdrachtnemers die een deel van de zorg verlenen een schriftelijke overeenkomst hebben gesloten die waarborgt dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de wettelijke verplichtingen die op het ziekenhuis rusten en de voorschriften die het ziekenhuis zelf heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. In ons onderzoek wordt de vraag geadresseerd in hoeverre de geïmplementeerde samenwerkingsmodellen invulling geven aan deze wettelijke vereisten.

*Vragen die hier aan de orde zijn:*

- Ligt er een schriftelijke overeenkomst tussen de rvb en (iedere medisch specialist die deelneemt aan) het Medisch Specialistisch Bedrijf? Regelt de schriftelijke overeenkomst, dat de medisch specialist zich bij zijn werkzaamheden laat leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening?
- Heeft de rvb met het MSB afspraken gemaakt over concrete voorwaarden om de kwaliteit en veiligheid te waarborgen?
- Is het MSB aanspreekbaar op de afspraken met de rvb? Welke sanctiemogelijkheden zijn er? Bijvoorbeeld: kan de rvb daadwerkelijk ingrijpen bij kwaliteitsproblemen binnen het MSB, bijvoorbeeld door de overeenkomst met een individuele medisch specialist waar de rvb geen vertrouwen meer in heeft op te zeggen en hem de toegang tot de instelling te ontzeggen?
- Zijn de afspraken die met het MSB gemaakt worden controleerbaar voor de raad van toezicht (rvt)? En zo ja, hoe is dat vormgegeven?
- Leggen medisch specialisten zowel individueel als collectief verantwoording af over hun functioneren aan de rvb? Is hier in de afspraken concreet vorm aan gegeven en zo ja, hoe? Zijn er ook afspraken vastgelegd over eventuele consequenties?
- Hebben de eerder genoemde stakeholders dezelfde beelden bij de afspraken over kwaliteit van zorg?
- Zijn in het algemeen de afspraken voldoende robuust in een eventuele conflictsituatie tussen de stakeholders?

De rvb draagt zorg voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daartoe heeft ieder ziekenhuis een integraal kwaliteits- c.q. veiligheidsmanagementsysteem. De vraag in dit onderzoek is of het kwaliteitssysteem ook aansluit op de nieuwe situatie. Ook moeten de operationele verantwoordelijkheden duidelijk geregeld zijn (wie is waarvoor verantwoordelijk bij het ontstaan van kwaliteitsproblemen). In hoeverre voldoen de geïmplementeerde samenwerkingsmodellen aan deze wettelijke vereisten?

*Vragen die hier aan de orde zijn:*

- Is het kwaliteitssysteem aangepast na 1 januari 2015?
- Hoe sluit het MSB aan op het integrale kwaliteitssysteem van het ziekenhuis?
- Heeft de rvb toegang tot informatie uit dat kwaliteitssysteem?
- Hoe is de verantwoording over kwaliteit richting rvt gewaarborgd?
- Hebben alle stakeholders hier hetzelfde beeld bij?

### **B. Ten aanzien van correcte registratie en declaratie van zorg:**

De rvb wordt evenzeer verantwoordelijk gehouden voor de volledigheid en juistheid van de eigen administratie, en voor correcte en zorgvuldige declaraties. De medisch specialisten zijn verantwoordelijk voor een juiste registratie. In dit onderzoek gaan we na hoe deze in elkaars verlengde liggende verantwoordelijkheden worden ingevuld. In hoeverre is in de gekozen samenwerkingsmodellen de praktijk van correcte en zorgvuldige declaraties en de volledigheid en juistheid van de eigen administratie gewaarborgd?

*Vragen die hier aan de orde zijn:*

- In hoeverre zijn de rvb en de rvt zich bewust van hun verantwoordelijkheid voor declareren?
- Welke afspraken zijn er met het MSB over de eisen waaraan een registratie ten behoeve van een declaratie moeten voldoen?
- Welke waarborgen heeft de rvb ingebouwd om te verzekeren dat het MSB de afspraken over registreren ten behoeve van een juiste declaratie opvolgt? (bijvoorbeeld accountantscontrole).
- Welke sancties kan de rvb opleggen als het MSB niet aan de afspraken over registreren ten behoeve van een declaratie voldoet?
- Hebben de eerder genoemde stakeholders hetzelfde beeld bij bovengenoemde afspraken?
- Zijn de afspraken over registratie en declaratie voldoende robuust in een conflictsituatie tussen MSB en rvb? Zijn de afspraken ook afdwingbaar?

### **C. Ten aanzien van goed bestuur in brede zin:**

Het perspectief van governance dat in dit onderzoek wordt gehanteerd, vraagt om een beoordeling van de positie van het MSB ten opzichte van de raad van toezicht en de medezeggenschaporganen van het ziekenhuis. De bepalingen uit de Wet op de Ondernemingsraden (WOR), de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) zijn hier van toepassing. Hoe is de verhouding in de praktijk geregeld tussen het MSB, de rvt en de medezeggenschaporganen?

*Vragen die hier aan de orde zijn:*

- Kan de rvt toezien op alle relevante beleidsbeslissingen die de rvb en het MSB nemen?
- Hebben de medezeggenschapsorganen, voor zover van toepassing, invloed op de afspraken die tussen rvb en MSB worden gemaakt. Zijn zij betrokken geweest bij de keuze voor een van de organisatiemodellen van het ziekenhuis? Hoe zag die invloed eruit?
- Hebben de eerder genoemde stakeholders dezelfde beelden bij deze afspraken?
- Blijft deze rolverdeling ook staan als het gaat om strategische beslissingen van het ziekenhuis (denk hierbij aan zorginkoop, afstoten van taken, fusies etc.)? Is daar dan ook duidelijk wie adviseert en wie beslist?

### 1.3.2 Onderzoeksaanpak

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn de direct betrokkenen binnen 30 ziekenhuizen geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst (zie Bijlage 1). Deze 30 ziekenhuizen vormen een representatieve groep ziekenhuizen in Nederland. Bij de selectie is rekening gehouden met zaken als grootte, type, bestuursmodel en mate van concurrentie binnen het adherentiegebied.

In 60% van de onderzochte ziekenhuizen is een lid of secretaris van de rvb geïnterviewd.

In 25% van de onderzochte ziekenhuizen is daarnaast ook een vertegenwoordiger van de Vereniging Medische Staf (VMS) of een bestuurder van het MSB geïnterviewd.

In 15% van de onderzochte ziekenhuizen zijn naast de bovengenoemde vertegenwoordiger van de ziekenhuisorganisatie en medische staf, ook vertegenwoordigers geïnterviewd van de rvt, Cliëntenraad en Ondernemingsraad, en van de afdeling kwaliteit. Ook is er binnen deze laatste groep ziekenhuizen een algemeen documentenonderzoek gedaan op basis van (summiere) juridische documentatie die deze ziekenhuizen ter beschikking hebben gesteld.

Bij de analyse van de onderzoeksdata is rekening gehouden met de verschillende perspectieven die bijvoorbeeld medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders hebben op deze thematiek.

### 1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de bevindingen gepresenteerd met betrekking tot de keuzes en overwegingen om tot het samenwerkingsmodel te komen, het proces van invoering binnen de verschillende ziekenhuizen en de varianten van het samenwerkingsmodel. Hoofdstuk 3 bevat een weergave van de bevindingen uit de interviews en (juridische) documenten ten aanzien van kwaliteit en veiligheid. In hoofdstuk 4 volgen de bevindingen betreffende de registratie en declaratie van zorg. In hoofdstuk 5 worden de ontwikkelingen beschreven zoals die naar voren zijn gebracht tijdens de interviews met betrekking tot goed bestuur in brede zin. Hoofdstuk 6 bevat conclusies op hoofdlijnen. Ten slotte biedt hoofdstuk 7 onze reflectie daarop met concrete aanbevelingen voor de praktijk.

Verder is er met het oog op de leesbaarheid voor gekozen om onder de term 'medisch specialisten' ook kaakchirurgen te verstaan die werkzaam zijn binnen het ziekenhuis.

Voor de volledigheid merken wij ten slotte op dat onze concrete aanbevelingen om de governance binnen ziekenhuizen te verbeteren deel uitmaken van de separate handreiking.

## **2. Samenwerkingsvarianten**

### **2.1 Het vertrekpunt**

Alle onderzochte ziekenhuizen kenden tot 1 januari 2015 een organisatie- en besturingsmodel met een raad van toezicht (rvt), een raad van bestuur (rvb), een Vereniging Medische Staf (VMS) en een Stafmaatschap (ook: collectief van vrij beroepsbeoefenaren). De rvt hield vanuit de stichting toezicht op het functioneren van de rvb. De rvb gaf invulling aan zijn verantwoordelijkheid voor goede zorg. De VMS was op het gebied van kwaliteit het primaire aanspreekpunt van de rvb. Tenslotte hadden binnen de meeste ziekenhuizen, de vrijgevestigde medisch specialisten zich georganiseerd binnen een stafmaatschap of andersoortig collectief. Deze stafmaatschap fungeerde veelal als vehikel voor overleg en afspraken over de verdeling van honorariumopbrengsten. Door de aanwezigheid van een stafmaatschap en afspraken over honoraria met de raad van bestuur konden vrij beroepsbeoefenaren in deze stafmaatschap via-declareren en was de 'ruling' van Financiën met betrekking tot het fiscaal ondernemerschap van kracht. In een aantal ziekenhuizen was de stafmaatschap ook nadrukkelijk aangehaakt bij strategische thema's en bij de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Bij de meeste ziekenhuizen zijn met het oog op de invoering van het samenwerkingsmodel ingrijpende wijzigingen aangebracht in deze structuur.

### **2.2 Keuzes en overwegingen op weg naar 1 januari 2015**

#### **2.2.1 De voorbereidingen**

Veel ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten die deel uitmaakten van het bestuur van de VMS of de stafmaatschap geven aan dat 2014 voor een belangrijk deel in het teken heeft gestaan van de invoering van de integrale bekostiging. Binnen ongeveer de helft van de onderzochte ziekenhuizen, zijn ziekenhuisbestuurders en vertegenwoordigers van medisch specialisten eind 2013 begonnen met nadenken over de contouren van het nieuwe samenwerkingsmodel. In de overige ziekenhuizen is men hier begin 2014 mee gestart.

#### *Ziekenhuisbestuurders wilden grip houden en gelijkgerichtheid stimuleren*

Veel ziekenhuisbestuurders hebben getracht om de bestuurbaarheid van hun ziekenhuis in de toekomst zoveel mogelijk te borgen of zelfs te verbeteren door vooraf heldere criteria te stellen waar het nieuwe samenwerkingsmodel aan moest voldoen. De meest gebruikte criteria hierbij waren:

- de medisch specialisten organiseren één aanspreekpunt vanuit de medische staf;
- de rvb behoudt de mogelijkheid om rechtstreeks invulling te geven aan zijn eindverantwoordelijke positie ten aanzien van kwaliteit en veiligheid.

In de praktijk is het slechts een beperkt aantal ziekenhuisbestuurders gelukt om deze criteria overeind te houden gedurende het proces. Dit kan enerzijds worden verklaard door het feit dat als onderdeel van vrij beroepsbeoefening, een MSB zelfstandig is en dus ook zelf een separaat overleg voert met de rvb. Daarnaast is ter voorkoming van vertraging in de besluitvorming rond het te implementeren samenwerkingsmodel vaak een compromis gesloten waarbij is ingestemd met meerdere aanspreekpunten vanuit de medische staf.

## *Medisch specialisten wilden hun betrokkenheid bij de besturing vergroten en fiscale faciliteiten veilig stellen*

Medisch specialisten geven aan in het samenwerkingsmodel de kans te hebben gezien om meer gezamenlijk met de rvb verantwoordelijkheid te gaan dragen voor het functioneren van het ziekenhuis. Dit vanuit de overtuiging dat dit de kwaliteit van zorg voor de patiënten ten goede zou komen. Daarnaast bestond er door de invoering van de integrale bekostiging onzekerheid over het behoud van de status als fiscaal ondernemer. Door medisch specialisten werd het van groot belang geacht om deze status en daarmee hun onderneming, zoveel mogelijk te continueren.

## *Bij een gedeeld proces veelal één adviseur*

Bij een kleine meerderheid van de ziekenhuizen hebben de rvb en de Medische Staf de keuze gemaakt om het traject gezamenlijk met één fiscaal en/of juridisch adviseur te doorlopen. De rvt schakelde op hun beurt vaak in de eindfase van het hele proces een extra adviseur in om het ontwikkelde model toch door een derde partij te laten toetsen.

## *Parallele processen met verschillende adviseurs werkten complicierend*

Binnen de resterende ziekenhuizen werd vaak vooraf of tijdens het proces, door de betrokkenen geconcludeerd dat de belangen van rvb en medisch specialisten te ver uiteen lagen om door één adviseur geborgd te kunnen worden. Deze situatie deed zich ook voor binnen een aantal collectieven van vrijgevestigde medisch specialisten. Vanwege deze tegenstellingen werden door betrokkenen verschillende adviseurs ingeschakeld om parallel te werken aan een nieuw samenwerkingsmodel. Achteraf geeft men aan dat dit in de praktijk de onderlinge tegenstellingen tussen ziekenhuisbestuur en MSB maar ook binnen het collectief van medisch specialisten in een aantal gevallen, eerder heeft vergroot dan verkleind.

## **2.2.2 Het proces**

### *Binnen een ingewikkelde context moesten in korte tijd moeilijke keuzes worden gemaakt*

Alle betrokkenen bij de invoering geven aan dat het proces veel tijd, geld en energie heeft gekost. Binnen de toch al complexe governancestructuur van een ziekenhuis moest gezamenlijk een nieuw samenwerkingsmodel worden ontwikkeld dat kon steunen op de goedkeuring van zowel de medische staf als de rvb en rvt. Dit geheel diende in een context van onzekerheid over de feitelijke toepassing van fiscale uitgangspunten, vóór 1 januari 2015 te zijn afgerond om te voorkomen dat de verhouding tussen ziekenhuizen en medisch specialisten door de fiscus na die datum zou worden aangemerkt als (fictief) dienstverband, wat waarschijnlijk in claims zou resulteren met betrekking tot niet-betaalde loonbelasting en premies en direct zou leiden tot beëindiging van het fiscaal ondernemerschap van de vrij beroepsbeoefenaar met grote individuele financiële consequenties en onzekerheden.

*Het participatiemodel is door zowel ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten overwogen maar vrijwel nergens ingevoerd.*

Binnen verschillende ziekenhuizen is het participatiemodel serieus door ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten overwogen. Toch is hier - met uitzondering van één ziekenhuis - niet voor gekozen. Desgevraagd laten de betrokkenen weten dat het participatiemodel te complex was om in de korte tijd die beschikbaar was in te voeren. Deze complexiteit werd met name veroorzaakt door onduidelijkheden over bijvoorbeeld waardering en zeggenschap.

*Voor de medisch specialisten die gekozen hebben voor het samenwerkingsmodel was dienstverband geen optie.*

Het dienstverband was vooraf alleen voor enkele raden van bestuur een serieuze optie. Binnen 15% van de ziekenhuizen hebben bestuurders getracht een aantrekkelijk aanbod aan de medisch specialisten te doen om in dienstverband te gaan werken. Door het overgrote deel van die medisch specialisten is hier niet op ingegaan.

Overwegingen die medisch specialisten hiervoor noemen zijn enerzijds een mogelijke inperking van hun autonomie en anderzijds een verlies aan inkomen. De eenmalige 100.000 euro per persoon die vanuit de overheid beschikbaar was gesteld als stimulans voor de overgang naar dienstbetrekking, werd door artsen als onvoldoende ervaren. Daarnaast speelde gedurende 2014 – en nog steeds - een debat over de Wet Normering Topinkomens. Hoewel medisch specialisten hier conform het onderhandelaarsresultaat 2014 – 2017 tot en met 2017 niet onder vallen, vreesden velen inkomensderving op het moment dat zij - eenmaal in dienstverband – wellicht in de toekomst toch onder de WNT zouden gaan vallen.

*Het samenwerkingsmodel bleek het meest passend*

Het samenwerkingsmodel waarbij medisch specialisten gaan werken binnen een zelfstandig Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), bleek in de praktijk het beste aan te sluiten bij de criteria van zowel medisch specialisten als ziekenhuisbestuurders. Deze flexibiliteit heeft ook een keerzijde. Daar waar ziekenhuizen voor 1 januari 2015 een vergelijkbare governancestructuur kenden is dit met de invoering van het samenwerkingsmodel niet langer het geval doordat het samenwerkingsmodel op heel verschillende manieren is vormgegeven en geïmplementeerd.

*De lokale “inkleuring” van het samenwerkingsmodel is binnen veel ziekenhuizen sterk fiscaal gestuurd*

Verschuiven rvb-vertegenwoordigers geven aan dat het accent in 2014 al vroeg in het jaar verschoof van het ontwerpen van een model dat een optimale samenwerking zou faciliteren, naar een model dat de beste kansen bood om het fiscaal ondernemerschap van medisch specialisten te borgen. Direct betrokkenen geven aan dat de onzekerheid die lange tijd bestond over de fiscale beoordeling van het ondernemerschap doorwerkte in de gesprekken tussen bestuurders en medisch specialisten. Volgens zowel ziekenhuisbestuurders als medisch specialisten heeft dit ertoe geleid dat de directe invloed van ziekenhuisbestuurders op het functioneren van vrijgevestigde medisch specialisten en MSB's zoveel mogelijk werd geminimaliseerd om daarmee iedere schijn van een dienstverband met het ziekenhuis te vermijden.



## 2.3 Varianten van het samenwerkingsmodel

Zowel medisch specialisten als ziekenhuisbestuurders geven aan dat het samenwerkingsmodel hen de meeste ruimte bood om doelen als gelijkgerichtheid, bestuurbaarheid en behoud van ondernemerschap te realiseren. Op hoofdlijnen kent het samenwerkingsmodel twee vormen:

- Het transparante model waarbij het Medisch Specialistische Bedrijf de vorm krijgt van een maatschap waarin de medisch specialisten verbonden zijn door middel van een maatschapsovereenkomst. Ondanks de fiscale eisen die aan dit model zijn verbonden heeft een substantieel deel (40% van de onderzochte ziekenhuizen) voor dit model gekozen.
- Het niet-transparante model waarbij de medisch specialist (via een praktijkvennootschap) deel uitmaakt en werkzaam is voor het MSB dat meestal is vormgegeven als coöperatie. Het grootste deel van de onderzochte ziekenhuizen heeft dit model geïmplementeerd.

In de meeste gevallen zijn de individuele toelatingsovereenkomsten tussen ziekenhuis en medisch specialisten vervangen door een collectieve samenwerkingsovereenkomst tussen het ziekenhuis en het MSB, al dan niet in combinatie met een summiere “individuele” toegangs- of instemmingsverklaring.

Op basis van bovengenoemde twee vormen van het samenwerkingsmodel is binnen de ziekenhuizen vervolgens gewerkt aan de concrete invulling van afspraken tussen het MSB en de rvb. Deze lokale ‘inkleuring’ heeft tot veel variantie in de uiteindelijke invulling van de samenwerkingsmodellen geleid. Met name het verschil in aantal en type gremia van medisch specialisten binnen een ziekenhuis valt hierbij op.

### **Eén geïntegreerde organisatie van medisch specialisten**

Binnen een klein deel van de ziekenhuizen (10% van de onderzochte ziekenhuizen) zijn medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders gekomen tot een samenwerkingsmodel waarbij vanuit de medisch specialisten één aanspreekpunt is gecreëerd voor alle thema’s, maar de formele besluitvorming door de individuele groepen zoals het MSB, separaat plaatsvindt. Dit biedt de mogelijkheid voor ziekenhuisbestuurders om aan één overlegtafel verschillende onderling samenhangende thema’s te kunnen bespreken en hierover afspraken te kunnen maken. Betrokkenen ervaren dit als een sterke verbetering ten opzichte van de oude situatie waar met de VMS primair werd gesproken over kwaliteit-gerelateerde onderwerpen en met de stafmaatschap over financiële aangelegenheden.

### **Verschillen in bekostiging en andere overwegingen leiden tot meerdere MSB’s**

Daar waar (groepen van) vrijgevestigde medisch specialisten onderling niet tot overeenstemming konden komen, heeft dit binnen veel ziekenhuizen meerdere medisch specialistische bedrijven tot gevolg gehad. Binnen ruim 50% van de ziekenhuizen bestaan er naast een groot MSB waarin een groot deel van de vrijgevestigde medisch specialisten zijn ondergebracht, ook nog één of meerdere afzonderlijke MSB’s van separate vakgroepen of een klein tandheelkundig medisch specialistisch bedrijf (TMSB) voor kaakchirurgie. Het bleek in de praktijk ingewikkeld om deze groepen op te nemen binnen het MSB, ook vanwege het

feit dat bijvoorbeeld kaakchirurgen niet tot de medisch specialistische zorg worden gerekend en een andere bekostiging en bedrijfsvoering kennen.

### **Aanwezigheid van verschillende gremia per thema of groep**

Zoals ook in de situatie voor 1 januari 2015 het geval was, geldt voor 90% van de onderzochte ziekenhuizen dat er ook na die datum per thema, specialisme of artsengroep nog altijd verschillende vertegenwoordigingen bestaan, in de vorm van bijvoorbeeld organisatorische eenheden, afzonderlijke vakgroepen of de 'oude' maatschappen. Ontschotting vindt daarmee nog maar beperkt plaats. In veel gevallen is de VMS in stand gebleven en vormt deze nog altijd het aanspreekpunt voor de rvb voor kwaliteits-gerelateerde thema's. Daarnaast is de stafmaatschap die voor 1 januari 2015 het gremium vormde voor vrijgevestigde medisch specialisten opgeheven of omgevormd tot MSB.

Ten slotte hebben medisch specialisten in dienstverband een Vereniging van Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) of een Kamer Dienstverband binnen de VMS opgericht of geven aan hiermee bezig te zijn. Betrokkenen geven aan dat het behartigen van de belangen van medisch specialisten in dienstverband hierbij een belangrijk doel is. Ook maakt het onderdeel uit van de arbeidsvoorwaarden van medisch specialisten (Hoofdstuk 8, AMS) en kan daarmee worden afgedwongen.

## **3. Kwaliteit & Veiligheid**

### **3.1 Onderzoeksvragen**

In dit hoofdstuk worden de twee onderzoeksvragen met betrekking tot kwaliteit en veiligheid beantwoord. Deze onderzoeksvragen luiden:

1. De raad van bestuur is, met inachtneming van de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist, eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid van de zorg in het ziekenhuis. De raad van bestuur organiseert de zorg op een dusdanige wijze en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling dat een en ander leidt tot zorg van goede kwaliteit en goed niveau. In hoeverre voldoet het samenwerkingsmodel in de praktijk aan deze wettelijke vereisten?
2. De raad van bestuur draagt zorg voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daartoe heeft ieder ziekenhuis een integraal kwaliteits- c.q. veiligheidsmanagementsysteem. Van belang is hier of het kwaliteitsstelsel ook aansluit op de nieuwe situatie. Ook moeten de operationele verantwoordelijkheden duidelijk geregeld zijn (wie is waarvoor verantwoordelijk bij het ontstaan van kwaliteitsproblemen). In hoeverre voldoet het samenwerkingsmodel in de praktijk aan deze wettelijke vereisten?

Om deze vragen te beantwoorden wordt eerst kort stilgestaan bij het relevante wettelijke kader voor de governance binnen ziekenhuizen. Vervolgens worden aan de hand van de bevindingen de onderzoeksvragen beantwoord.

### **3.2 Het kader vanuit wet- en regelgeving**

De borging van kwaliteit en veiligheid binnen de governance van ziekenhuizen is van groot belang. Niet voor niets is er een breed spectrum aan wet- en regelgeving dat op kwaliteit van zorgverlening en governance van ziekenhuisorganisaties toeziet:

- Kwaliteitswet zorginstellingen respectievelijk Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- Wet op de ondernemingsraden
- Wet toelating zorginstellingen

De belangrijkste onderdelen van de verschillende wetten worden hieronder even kort geresumeerd. Vervolgens wordt op grond van de verzamelde data getoetst in hoeverre dit binnen de geïmplementeerde samenwerkingsmodellen door de onderzochte ziekenhuizen wordt geborgd.

#### **Kwaliteitswet zorginstellingen respectievelijk Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg**

Sinds 1996 is de eindverantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor de kwaliteit van zorg vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Per 1 januari 2016 vervangt de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) deze wetgeving die de (rvb van de) zorgaanbieder

verplicht de zorgverlening te organiseren op een wijze die het mogelijk maakt om zorg van goede kwaliteit en goed niveau te verlenen. Dit bijvoorbeeld door binnen de instelling zorg te dragen voor voldoende kwalitatief personeel en materieel. De (rvb van de) zorgaanbieder is in dat kader verantwoordelijk voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, bevoegdheden alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten dat een en ander redelijkerwijs leidt tot het verlenen van goede zorg. Dit omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders moeten met opdrachtnemers een schriftelijke overeenkomst hebben gesloten die waarborgt dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de wettelijke verplichtingen die op de zorgaanbieder rusten en de voorschriften die de zorgaanbieder zelf heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening.

### **Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst**

Naast de Kwaliteitswet Zorginstellingen respectievelijk Wkkgz volgt de verantwoordelijkheid van de (rvb van de) zorgaanbieder ook uit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), waarin onder andere de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis is geregeld (artikel 7:462 Burgerlijk Wetboek). Op grond van de WGBO kan het MSB c.q. de medisch specialist ook een behandelingsovereenkomst aangaan met bijbehorende verantwoordelijkheden. De wettelijke aansprakelijkheidsregeling voorziet dan in een centraal adres voor een patiënt die schade wil verhalen, ook al was de behandelend arts niet in dienst van het ziekenhuis.

### **Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen**

Doel van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ) is het bevorderen van de medezeggenschap van cliënten van toegelaten zorginstellingen. In het licht van de invoering integrale bekostiging hadden cliëntenraden veelal adviesrecht om de voorgenomen wijzigingen in de organisatiestructuur vanuit het belang van de cliënten te beoordelen.

### **Wet op de ondernemingsraden**

In deze wet zijn de rechten en bevoegdheden van de ondernemingsraad vastgelegd. Een ondernemingsraad is verplicht voor bedrijven of instellingen met 50 of meer werknemers. Ook worden de rechten en bevoegdheden geregeld van een personeelsvertegenwoordiging bij minder dan 50 medewerkers. Binnen de context van de integrale bekostiging hadden ondernemingsraden veelal adviesrecht en in sommige gevallen ook instemmingsrecht, ten aanzien van de voorgestelde wijzigingen in de organisatie- en besturingsstructuur.

### **Wet toelating zorginstellingen**

De WTZi en het Uitvoeringsbesluit WTZi regelen onder meer de bestuursstructuur (met name de aanwezigheid van een toezichthoudend orgaan, de onafhankelijkheid van (de leden van) dit orgaan, de vastlegging van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen dagelijkse leiding en toezichthoudend orgaan), de bedrijfsvoering (duidelijke financiële administratie, schriftelijke vastlegging welk orgaan welke bevoegdheden heeft ten aanzien van de bedrijfsvoering, hoe de zorgverlening georganiseerd is, van welke organisatorische verbanden gebruikgemaakt wordt) en jaarverslaggeving. De Zorgbrede Governancecode 2010 vormt een nadere uitwerking van de WTZi en het Uitvoeringsbesluit WTZi en is opgesteld door de Nederlandse

brancheorganisaties van zorginstellingen (BoZ). Deze code geldt als lidmaatschapsverplichting voor de leden van de betrokken brancheorganisaties, waaronder de NVZ vereniging van ziekenhuizen en bevat breed gedragen governancenormen en best practices voor zorgorganisaties.

### 3.3 Bevindingen met betrekking tot de eindverantwoordelijke rol en positie van de rvb

De eerste kwaliteits-gerelateerde onderzoeksvraag ziet zowel op de eindverantwoordelijke rol en positie van de rvb toe als op de wijze waarop de zorg binnen het ziekenhuis is georganiseerd en de verantwoordelijkheden binnen de organisatie zijn belegd. Bij de beantwoording wordt eerst ingegaan op de vooraf gestelde sub-vragen. Vervolgens worden andere relevante bevindingen met betrekking tot dit onderwerp toegelicht.

Onderzoeksvraag	Bevindingen
Ligt er een schriftelijke overeenkomst tussen rvb en iedere medisch specialist die deelneemt aan het MSB, die regelt dat de medisch specialist zich bij zijn werkzaamheden laat leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening.	<p>Bij de invoering van de nieuwe besturingsmodellen zijn de individuele toelatingsovereenkomsten tussen het ziekenhuis en de vrijgevestigde medische specialisten opgezegd en vervangen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een collectieve samenwerkingsovereenkomst tussen het MSB en (de rvb van) het ziekenhuis, waarin ook regelmatig (overeenkomstig de Wkkgz) letterlijk is opgenomen dat het MSB en de medisch specialisten zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op het ziekenhuis rustende wettelijke verplichtingen en de regels die het ziekenhuis heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening;</li> <li>- een overeenkomst tussen de medisch specialist en het MSB in de vorm van een leden- of aansluitingsovereenkomst met een coöperatie of een maatschapsovereenkomst in het geval van een maatschap;</li> <li>- bij de niet-transparante samenwerkingsvorm is er regelmatig ook een instemmings- of toegangsverklaring die medisch specialisten individueel verplicht om (overeenkomstig de Wkkgz) de regelingen op gebied van kwaliteit en veiligheid binnen het ziekenhuis in acht te nemen.</li> </ul> <p>Door middel van een leden- of maatschapsovereenkomst worden afspraken tussen de rvb en MSB en de daaruit voortvloeiende verplichtingen, direct of indirect door tussenkomst van (specifieke besluiten van) het MSB-bestuur 'opgelegd' aan de</p>

	<p>individuele leden van het MSB. Een aantal ziekenhuis- en MSB-bestuurders laat desgevraagd weten dat het MSB in hun overeenkomst expliciet de verplichting heeft opgenomen dat elke medisch specialist van het MSB lid is van de VMS zodat de kwaliteits-gerelateerde afspraken die door de VMS worden gemaakt ook van toepassing zijn op de medisch specialisten van het MSB.</p>
<p>Heeft de rvb met het MSB verdere afspraken gemaakt over concrete randvoorwaarden ter waarborging van de kwaliteit en veiligheid?</p>	<p>Alle bestuurders en medisch specialisten laten op dit punt weten dat kwaliteit en veiligheid belangrijke onderwerpen zijn geweest bij de vormgeving van de samenwerkingsovereenkomst.</p> <p>Zoals in hoofdstuk 2 beschreven, werd bij de vormgeving van de samenwerkingsovereenkomsten veel aandacht besteed aan de fiscale implicaties. Dit heeft tot gevolg gehad dat de directe doorzettingsmacht van raden van bestuur in veruit de meeste gevallen is teruggebracht om daarmee het risico te verkleinen dat het samenwerkingsmodel door de fiscus zou worden beoordeeld als fictief dienstverband. 75% Van de bestuurders geeft aan dat de formele zeggenschap is beperkt tot (1) het profiel van een nieuw aan te werven medisch specialist, en (2) het ontzeggen van de toegang van een disfunctionerend medisch specialist. De resterende bevoegdheden voor de kwaliteit van zorg door vrijgevestigde medisch specialisten zijn formeel belegd op het niveau van het MSB. Ten slotte (3) bestaat er nog de formele mogelijkheid tot het geven van algemene en/of bijzondere aanwijzingen aan het MSB en/of aan de medisch specialisten van het MSB.</p> <p>Hoewel de bevoegdheden van ziekenhuisbestuurders formeel vaak zijn beperkt nu zij onder andere door het ontbreken van individuele toelatingsovereenkomsten geen of slechts in beperkte mate directe invloed hebben op de (beëindiging van de) toelating en het functioneren van een specialist, wordt dit – afhankelijk van de interne verhoudingen – veelal informeel gedempt door het organiseren van kwaliteitsraden of kwaliteitscommissies waar door vertegenwoordigers van rvb, MSB en VMS in wordt samengewerkt.</p>

	<p>Ook wordt sinds 1 januari 2015 binnen vrijwel alle onderzochte ziekenhuizen gewerkt aan een aangepaste "procedure mogelijk disfunctioneren medisch specialist" om daarmee helderheid te creëren over de taken en verantwoordelijkheden in geval hiervan sprake is. Momenteel wordt door de FMS gewerkt aan een geactualiseerd model.</p>
<p>Is het MSB aanspreekbaar op de afspraken met de rvb? Welke sanctiemogelijkheden zijn er? Bijvoorbeeld: kan de rvb daadwerkelijk ingrijpen bij kwaliteitsproblemen binnen het MSB, bijvoorbeeld door de overeenkomst met een individuele medisch specialist waar zij geen vertrouwen meer in heeft op te zeggen en hem de toegang tot de instelling te ontzeggen?</p>	<p>Bestuurders en medisch specialisten geven aan dat het MSB aanspreekbaar is en wil zijn op gemaakte afspraken met de rvb. Dit wil niet zeggen dat beide partijen altijd tevreden zijn over die afspraken, maar het is voor beide partijen helder dat men op basis van onderlinge afhankelijkheid aangesproken moet kunnen worden op gemaakte afspraken. Nu de individuele toelatingsovereenkomsten zijn vervangen door een collectieve samenwerkingsovereenkomst, ligt er meer verantwoordelijkheid bij het bestuur van het MSB om in te grijpen bij disfunctioneren. In het uiterste geval bestaat voor raden van bestuur de mogelijkheid om medisch specialisten de toegang tot het ziekenhuis te ontzeggen als er sprake is van omstandigheden of vermoedens van zodanig ernstige aard dat de aanwezigheid van de betreffende medisch specialist niet langer kan worden geaccepteerd, maar deze drempel wordt als hoog ervaren.</p>
<p>Zijn de afspraken die met het MSB gemaakt worden, controleerbaar voor de rvt? En zo ja, hoe is dat vormgegeven?</p>	<p>Raden van toezicht zijn op afstand en vaak pas in een laat stadium betrokken geweest bij de samenwerkingsovereenkomst. Toezicht op de naleving van deze en andere afspraken vindt plaats binnen de reguliere toezichthoudende activiteiten, dus via de rvb. Het toezicht door de rvt op de (zorgverlening en overige activiteiten van het) MSB is sinds de implementatie van het nieuwe samenwerkingsmodel met een organisatorisch, medisch en financieel zelfstandig MSB per 1 januari 2015 per definitie indirect van aard.</p>
<p>Leggen medisch specialisten zowel individueel als collectief verantwoording over hun functioneren af aan de rvb? Is hier in de afspraken concreet vorm aan gegeven en zo ja, hoe? Zijn er ook afspraken vastgelegd over eventuele consequenties?</p>	<p>Met het vervangen van de toelatingsovereenkomst door de samenwerkingsovereenkomst leggen individuele medisch specialisten niet langer primair verantwoording af aan de rvb van het ziekenhuis, maar aan het bestuur van het MSB. Er bestaat op basis van de samenwerkingsovereenkomst wel een collectieve verantwoordingsplicht richting de rvb op het niveau van het MSB. Hoewel de formele</p>

	<p>mogelijkheden van de rvb om individuele medisch specialisten op hun functioneren aan te spreken zijn ingeperkt, is er nog wel de mogelijkheid om een aanwijzing te geven aan het MSB-bestuur of, in een uiterste situatie, de toegang tot het ziekenhuis aan een medisch specialist te ontzeggen.</p>
<p>Hebben de eerder genoemde stakeholders dezelfde beelden bij de afspraken over kwaliteit van zorg?</p>	<p>De beelden die de onderzochte stakeholders als ondernemingsraden en cliëntenraden hebben met betrekking tot de gemaakte afspraken, blijken in hoge mate overeen te komen met de perceptie van de bestuurders en medisch specialisten ten aanzien van de gemaakte afspraken.</p> <p>Wel is het zo dat de exacte verdeling en afstemming van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit en veiligheid soms diffuus zijn georganiseerd binnen zowel het VMS en het MSB als deze gremia onderling. Dit maakt het zowel in de samenwerking tussen beide gremia en in de afstemming met de rvb complex. Dat kan ook gevolgen hebben voor de doorzettingsmacht van de raden van bestuur ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid respectievelijk het effectief toezicht door de raden van toezicht van de ziekenhuizen.</p>
<p>Zijn overall gezien de afspraken voldoende robuust in een eventuele conflictsituatie tussen de stakeholders?</p>	<p>Doordat de verantwoordelijkheden soms diffuus zijn geregeld en de medische zorgverlening door een zelfstandig MSB plaatsvindt, is het zeer de vraag of binnen alle ziekenhuizen de gemaakte afspraken in de praktijk voldoende robuust zijn. Er zijn scenario's denkbaar waarbij de rvb een medisch specialist de toegang wil ontzeggen maar dit niet kan doen vanwege de autonome positie van het MSB of niet zal doen omdat daarmee een onwerkbaar situatie in de samenwerking met het MSB zal ontstaan. Dit wordt door verschillende bestuurders onderkend.</p> <p>Bovendien is de rvb voor een (definitieve) oplossing bij (vermeend) disfunctioneren uiteindelijk afhankelijk van de maatregelen die het (bestuur van het) MSB neemt ten aanzien van de betrokken medisch specialist. Dat vereist voldoende 'zelfreinigend vermogen' van het MSB en daarvoor zal bestuur van het MSB ook binnen het MSB – rechtens en feitelijk – voldoende mandaat moeten hebben. De samenwerkingsovereenkomst en statutaire inrichting van de governancestructuur bieden per saldo een smalle formele basis voor</p>



	<p>voldoende robuust optreden in conflictsituaties.</p> <p>De wijze waarop een rvb in staat is om informeel invloed uit te oefenen is sterk afhankelijk van de wijze waarop het bestuur van het MSB zich positioneert: als een onafhankelijk bedrijf met een solitaire verantwoordelijkheid voor kwaliteit onafhankelijk van het ziekenhuis, of als een bedrijf waarbij de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid vraagt om een intensieve afstemming met de rvb van het ziekenhuis. In het eerste geval is de speelruimte van een ziekenhuisbestuurder beperkt, in het tweede geval geven betrokkenen aan dat er in de praktijk niet zoveel aan de besturing van het ziekenhuis op gebied van kwaliteit en veiligheid is gewijzigd vergeleken met de situatie voor 1 januari 2015.</p>
--	---

Zoals in de beantwoording van de vragen beschreven, zijn vanuit fiscale overwegingen in verband met het behoud van fiscaal ondernemerschap de formele bevoegdheden van raden van bestuur richting individuele medisch specialisten beperkt, om daarmee ruimte te creëren voor meer eigen verantwoordelijkheid van medisch specialisten binnen het MSB.

Het overgrote deel van de medisch specialisten geeft aan dat de slagkracht van de groep vrijgevestigde medisch specialisten ook verder is vergroot doordat individuele maatschappen zijn opgegaan in één groot collectief. Dit maakt dat de verantwoordelijkheid voor knelpunten nu op het niveau ligt van het MSB. Aangezien het MSB-bestuur op meer afstand van de betrokken medisch specialist staat dan voorheen zijn maten binnen de eigen maatschap, zou het nu gemakkelijker moeten zijn om de persoon in kwestie aan te spreken en indien nodig, daadwerkelijk in te grijpen. In dat verband zijn ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten het erover eens dat feedback aan een medisch specialist door een collega professional effectiever is dan van een ziekenhuisbestuurder. Het bestuur van het MSB moet dan wel daadwerkelijk bereid zijn en over voldoende bevoegdheden (mandaat) maar ook de juiste competenties beschikken om de betrokken collega-professional effectief op zijn (dis)functioneren aan te spreken.

De mate waarin het MSB-bestuur bij de vormgeving en implementatie van beleid afstemming zoekt met de rvb is sterk afhankelijk van de persoonlijke verhoudingen. Dit was ook voor 1 januari 2015 reeds het geval, maar toen hadden ziekenhuisbestuurders juridisch nog een directe, individuele toelatingsovereenkomst met de medisch specialist en meer formele mogelijkheden om in te grijpen. Indien de persoonlijke verhoudingen goed zijn, oordeelt de ziekenhuisbestuurder positief over het nieuwe model en de mogelijkheden om invulling te geven aan de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de medische zorg die nu collectief door een (fiscaal, juridisch en financieel) zelfstandig MSB wordt verleend. Als de verhoudingen minder goed zijn en het MSB-bestuur de autonomie en onafhankelijkheid van

het eigen bedrijf ten opzichte van het ziekenhuis benadrukt ten koste van de verantwoordelijkheidsverdeling op het gebied van kwaliteit en veiligheid, dan oordelen ziekenhuisbestuurders minder positief en ervaart men weliswaar de wettelijke, contractuele en statutaire eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de integrale zorgverlening en de (financiële) bedrijfsvoering van het ziekenhuis maar ziet men zich beknot in de mogelijkheden om in te grijpen mocht dat nodig zijn.

### 3.4 Bevindingen met betrekking tot de borging binnen kwaliteitssystemen

De tweede kwaliteitgerelateerde onderzoeksvraag ziet toe op de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg en de wijze waarop het nieuwe besturingsmodel is geborgd in het kwaliteitssysteem. Bij de beantwoording wordt eerst ingegaan op de vooraf gestelde subvragen. Vervolgens worden andere relevante bevindingen met betrekking tot dit onderwerp toegelicht.

Onderzoeksvraag	Bevindingen
Is het kwaliteitssysteem aangepast na 1 januari 2015?	<p>Bij de beantwoording van deze vraag is het eerst van belang te benadrukken dat operationele taken en verantwoordelijkheden voor kwaliteit veelal worden uitgevoerd in de lijnorganisatie van het ziekenhuis. Wijzigingen in de besturing leiden daarmee niet in alle gevallen automatisch tot veranderingen in de wijze waarop de in het kwaliteitssysteem beschreven activiteiten worden uitgevoerd.</p> <p>Vrijwel alle ziekenhuizen laten desgevraagd weten dat men gedurende de eerste helft van 2015 nog bezig is geweest met het uitwerken van de afspraken die eind 2014 zijn gemaakt. In de dagelijkse praktijk blijken de veranderingen in het besturingsmodel vooralsnog weinig tot geen invloed te hebben op de dagelijkse praktijk van de patiëntenzorg. Daardoor wordt er weinig urgentie ervaren om het kwaliteitssysteem te herzien. In plaats daarvan wordt er vaak voor gekozen om een procedure zoals rond het mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist vast te leggen in een reglement.</p>
Hoe sluit het MSB aan op het integrale kwaliteitssysteem van het ziekenhuis?	<p>Medisch specialistische bedrijven sluiten op verschillende manieren aan op het integrale kwaliteitssysteem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- via de lijn worden (bijna-) incidenten gerapporteerd en opgevolgd;</li> <li>- door betrokkenheid bij kwaliteitscommissies en/of kwaliteitsraden met vertegenwoordigers van de ziekenhuisorganisatie;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- door middel van IFMS;</li> <li>- door middel van het verzamelen, analyseren en rapporteren van indicatoren;</li> <li>- doordat de uitkomsten van externe audits en visitaties veelal worden teruggekoppeld aan de rvb.</li> </ul>
Heeft de rvb toegang tot informatie uit dat kwaliteitssysteem?	Raden van bestuur hebben direct en/of indirect toegang tot de informatie in het kwaliteitssysteem.
Hoe is de verantwoording over kwaliteit richting rvt gewaarborgd?	De verantwoordelijkheid voor kwaliteit richting de rvt wordt indirect geborgd via de rvb. Raden van toezicht laten desgevraagd weten dat zij zelf geen toezicht (kunnen) houden op het MSB als zelfstandige organisatie. Wel geven toezichthouders aan regelmatig informele afstemming te zoeken met MSB-bestuurders in aanwezigheid van (leden van) de rvb.
Hebben alle stakeholders hier hetzelfde beeld bij?	De betrokkenen die over bovengenoemde onderwerpen zijn gesproken, waren eensluidend over de situatie zoals die op dat moment binnen het eigen ziekenhuis bestond.

Betrokkenen geven aan dat met de aandacht die er in 2014 is geweest voor het ontwerp van een samenwerkingsmodel, er weinig tijd en ruimte is geweest om alle consequenties van dat nieuwe model door te voeren in het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis. De noodzaak hiertoe wordt niet als groot ervaren, vooral ten aanzien van de wijze waarop beleidsbeslissingen worden genomen met betrekking tot de thema's kwaliteit en veiligheid, en de wijze waarop veranderingen zijn doorgevoerd. In de dagelijkse praktijk van de patiëntenzorg zijn deze veranderingen afwezig of dermate beperkt dat er nog geen revisie van het kwaliteitssysteem nodig is geweest. Relevante veranderingen in taken en verantwoordelijkheden bijvoorbeeld in het geval van een mogelijk disfunctionerend medisch specialist, worden veelal vastgelegd in een reglement in plaats van in het kwaliteitssysteem. Dit beeld wordt door de betrokken stakeholders breed gedeeld.

## **4. Registratie & Declaratie**

### **4.1 Onderzoeksvragen**

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag met betrekking tot registratie en declaratie beantwoord. Deze onderzoeksvraag luidt:

“De rvb is verantwoordelijk voor de volledigheid en juistheid van de eigen administratie en voor correcte en zorgvuldige declaraties. De medisch specialisten zijn verantwoordelijk voor een juiste registratie. In hoeverre is in de gekozen bestuursmodellen de praktijk van correcte en zorgvuldige declaraties en de volledigheid en juistheid van de eigen administratie gewaarborgd?”

Om deze vragen te beantwoorden, wordt eerst kort stilgestaan bij het relevante wettelijke kader voor de governance binnen ziekenhuizen. Vervolgens worden aan de hand van de bevindingen de onderzoeksvragen beantwoord.

### **4.2 Het kader vanuit wet-en-regelgeving**

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), en de beleidsregel ‘Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg’, stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de regelgeving vast die toeziet op het correct registreren en declareren van medisch specialistische zorg. Samengevat komt de regeling erop neer dat de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (doorgaans de medisch specialist) verantwoordelijk is voor:

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

Onzorgvuldige registraties kunnen leiden tot foutieve declaraties door het ziekenhuis aan de zorgverzekeraar. Goede afspraken tussen het declarerende ziekenhuis en de registrerende specialisten (het MSB) zijn daarmee, zowel voor de zorgverzekeraar als het ziekenhuis en de medisch specialisten essentieel. De verantwoordelijkheden rondom registratie en declaratie liggen in elkaars verlengde. Er is sprake van wederzijdse afhankelijkheid.

## 4.3 Bevindingen

Bij de presentatie van de bevindingen wordt eerst ingegaan op de vooraf gestelde subvragen. Vervolgens worden andere relevante bevindingen met betrekking tot dit onderwerp toegelicht.

Onderzoeksvraag	Bevindingen
Welke afspraken zijn er met het MSB over de eisen waaraan een registratie ten behoeve van een declaratie moeten voldoen?	De verplichtingen van het MSB ten aanzien van het correct registreren door medisch specialisten worden geregeld in de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis waarin doorgaans de algemene bepaling is opgenomen dat er door de specialisten wordt gewerkt volgens vigerende wet- en regelgeving. Daarnaast wordt binnen deze samenwerkingsovereenkomsten separaat aandacht besteed aan de correcte vastlegging door de medisch specialisten van werkzaamheden die conform de geldende richtlijnen van de NZa en DBC-onderhoud dient te geschieden. Hier wordt vaak aan toegevoegd dat de registratie dient te geschieden conform de administratieve organisatie en interne controle van het ziekenhuis. Het MSB staat bovendien contractueel in voor de juistheid en volledigheid van de door de medisch specialisten getypeerde zorgprestaties.
Welke waarborgen heeft de rvb ingebouwd om te verzekeren dat het MSB dat ook doet? (bijvoorbeeld accountantscontrole)	Alle binnen dit onderzoek geraadpleegde raden van bestuur en vertegenwoordigers daarvan geven aan dat men verschillende waarborgen heeft ingebouwd. Binnen de AO/IC (administratieve organisatie en interne controle) is er continu aandacht voor de correctheid van de registraties. Vanuit financiële afdelingen worden daarnaast DBC-consulenten en zorg-administratief medewerkers ingezet voor controle op en monitoring van registraties. Daarnaast geeft ongeveer 20% van de ziekenhuizen aan ook gebruik te maken van externe dienstverleners om fouten in de registratie- en declaratiepraktijk tijdig op te sporen.
Welke sancties kan de rvb opleggen als het MSB hier niet aan voldoet?	Onderregistratie heeft tot gevolg dat er te weinig wordt gedeclareerd wat financieel nadelig kan zijn voor het MSB zolang het jaarlijkse omzetplafond dat is afgesproken met de zorgverzekeraar nog niet is bereikt. Teveel geregistreerde omzet wordt doorgaans slechts teruggevorderd bij het MSB op grond van het algemene leerstuk van wanprestatie,

	<p>dat wil zeggen: tekortschieten in de nakoming van de eerder genoemde verplichtingen van het MSB in de samenwerkingsovereenkomst. Alle ziekenhuizen voorzien in enige vorm in de bevoorschotting van het MSB. Bij achteraf geconstateerde onzorgvuldigheden kan een foutieve registratie feitelijk bij de eindafrekening worden meegenomen. In enkele samenwerkingsovereenkomsten zijn bovendien nog bijzondere contractuele voorzieningen opgenomen op grond waarvan de rvb afgewezen (onjuiste) declaraties en eventuele vorderingen of boetes van de NZa kan verrekenen met of verhalen op het MSB voor zover dat toerekenbaar is aan (een foutieve registratie door) de medisch specialisten.</p>
<p>In hoeverre zijn de rvb en de rvt zich bewust van hun verantwoordelijkheid voor de declaraties?</p>	<p>In 2014 is er veel ophef geweest over onjuiste declaraties door ziekenhuizen. Dit heeft in combinatie met de self-assessments naderhand het correct registreren en declareren van zorg op de bestuurlijke agenda geplaatst. In het overleg tussen raden van toezicht en raden van bestuur wordt hier vanuit het perspectief van risico analyse ook bij stilgestaan.</p>
<p>Hebben de eerder genoemde stakeholders hetzelfde beeld bij bovengenoemde afspraken?</p>	<p>Stakeholders als cliëntenraden en ondernemingsraden hebben hier beperkt zicht op aangezien dit buiten hun natuurlijke aandachtsgebied valt. Wel valt op dat zowel medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders binnen een ziekenhuis gezamenlijk eenzelfde beeld geven over de wijze waarop correct registreren wordt geborgd. Mechanismen daarvoor zoals hierboven beschreven zijn inmiddels op veel plekken in weliswaar uiteenlopende mate geïmplementeerd, hoewel dit niet per definitie betekent dat alle regelgeving ook volledig wordt nageleefd.</p>
<p>Zijn de afspraken over registratie en declaratie voldoende robuust in een conflictsituatie tussen MSB en rvb? Zijn de afspraken ook afdwingbaar?</p>	<p>De afspraken zoals die zijn gemaakt, zijn door het ziekenhuis contractueel afdwingbaar. Doordat de financieringsstroom loopt van de zorgverzekeraar naar het ziekenhuis en vervolgens op grond van de samenwerkingsovereenkomst van het ziekenhuis naar het MSB, hebben ziekenhuizen bovendien feitelijk de mogelijkheid om achteraf nog correcties aan te brengen op grond van eventuele bevindingen rond foutieve declaraties die zijn gedaan door zorgverzekeraars of de NZa.</p>

Naar aanleiding van incidenten in de media gedurende 2014 en de door de NZa geïnitieerde self-assessments binnen ziekenhuizen, werd er ook voor de invoering van de integrale bekostiging al veel extra tijd en aandacht besteed aan het juist registreren en declareren van zorg. Dit kwam bovenop de aandacht die er binnen ziekenhuizen ook in 2013 en eerder al bestond voor correct registreren en declareren.

De verantwoordelijkheid om goed te registreren en te declareren wordt ervaren door zowel het MSB als de rvb. In de uitvoering zijn het de financiële afdelingen van ziekenhuizen die de controles hierop uitvoeren. Bevindingen worden veelal gerapporteerd aan en besproken met de betrokken afdeling of resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE). In de dagelijkse gang van zaken vindt daarmee de terugkoppeling van de controles plaats binnen de lijn en wordt deze besproken met zowel medisch specialisten als ondersteunend personeel. Hoewel de verantwoordelijkheid voor correct registreren en declareren breed wordt ervaren, betekent dit niet dat alle regelgeving per definitie ook daadwerkelijk in alle gevallen zal worden nageleefd.

## 5. Goed bestuur in brede zin

### 5.1 Onderzoeksvraag

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag met betrekking tot goed bestuur in brede zin beantwoord. Deze onderzoeksvraag luidt:

De positie van het MSB moet ook worden beoordeeld ten opzichte van die van de raad van toezicht en de medezeggenschapsorganen. De bepalingen uit de WTZi, WOR en de WMCZ blijven onverkort van toepassing. Hoe is de verhouding tussen het MSB en de rvt en de medezeggenschapsorganen geregeld?

Het wettelijk kader is reeds geschetst in Hoofdstuk 3.

### 5.2 Bevindingen

Bij de beantwoording wordt eerst ingegaan op de vooraf gestelde sub-vragen. Vervolgens worden andere relevante bevindingen met betrekking tot dit onderwerp toegelicht.

Onderzoeksvraag	Bevindingen
Kan de rvt toezien op alle relevante beleidsbeslissingen die de rvb en het MSB nemen?	<p>Hoewel raden van toezicht zich terdege bewust zijn van het belang van het MSB voor het ziekenhuis, kenschetsen ze hun positie ten opzichte van het MSB als “op afstand”. Relevante beleidsbeslissingen worden door de rvb vaak vooraf en achteraf met de rvt besproken zonder dat daarbij sprake hoeft te zijn van structureel overleg.</p> <p>Raden van toezicht hebben zich vaak extern laten bijpraten over aandachtspunten in de samenwerking tussen ziekenhuis en MSB zodat zij vanuit hun perspectief hierover de rvb kunnen bevragen.</p> <p>Of daarmee door alle raden van toezicht op alle relevante beleidsbeslissingen toezicht wordt gehouden, is op grond van dit onderzoek niet te concluderen aangezien dit, vanwege het indirecte karakter van het toezicht, mede afhankelijk is van de wijze waarop “relevant” door zowel de toezichthouder als de bestuurder wordt gedefinieerd.</p>
Hebben de medezeggenschapsorganen, voor zover relevant, invloed op de afspraken die tussen rvb en MSB worden gemaakt? Zijn zij betrokken geweest bij de keuze	Vertegenwoordigers van cliëntenraden geven aan dat voor hen de keuze tussen de besturingsmodellen buiten hun scope lag maar dat zij doorgaans wel zijn geïnformeerd door de rvb. Dit beeld wordt bevestigd door bestuurders en/of secretarissen rvb.



<p>voor een van de besturingsmodellen van het ziekenhuis? Hoe ziet die invloed eruit?</p>	<p>Ondernemingsraden zijn gedurende het proces regelmatig door de rvb betrokken. In de meeste gevallen werd de OR tussentijds geïnformeerd zodat men in staat was om later in het proces een advies uit te brengen over het nieuw in te voeren besturingsmodel. Met name daar waar er sprake was van het overgaan van personeel van het ziekenhuis naar het MSB speelde de OR een belangrijke rol bij de definitieve besluitvorming.</p> <p>Daarnaast geven vertegenwoordigers van cliënten- en ondernemingsraden aan, door de rvb voldoende gekend te worden in de voor hen relevante thema's. Hun ruimte voor inspraak was echter mede door de hoge tijdsdruk in veel gevallen beperkt.</p>
<p>Hebben de eerder genoemde stakeholders dezelfde beelden bij deze afspraken?</p>	<p>Op hoofdlijnen komen de beelden overeen daar waar het de processen betreft. Onderliggend blijken er verschillen in perceptie te bestaan over het effect van de geïmplementeerde samenwerkingsmodellen. Cliënten- en ondernemingsraden geven in dit verband aan weinig tot geen effecten te verwachten op de kwaliteit van zorg, terwijl MSB bestuurders juist aangeven de kwaliteit te willen verbeteren.</p>
<p>Blijft deze rolverdeling ook staan als het gaat om strategische beslissingen van het ziekenhuis (denk hierbij aan zorginkoop, afstoten van taken, fusies etc.)? Is daar dan ook duidelijk wie adviseert en wie beslist?</p>	<p>De verantwoordelijkheid voor strategische besluiten van het ziekenhuis ligt uiteindelijk bij de rvb. De rvt vervult hierbij een toezichthoudende rol. Dit was in de oude situatie voor 1 januari 2015 zo en is in de wet- en regelgeving niet veranderd. Doordat veel ziekenhuisbestuurders en MSB's samen hebben afgesproken dat de omzet van het MSB mee-ademt met de omzet van het ziekenhuis, is het belang dat het MSB hecht aan zorginkoop, portfoliokeuzes en fusies toegenomen. Hoewel met betrekking tot die onderwerpen de eindverantwoordelijkheid nog steeds bij de rvb ligt, worden besluiten meer gezamenlijk genomen. Dat kan op gespannen voet komen te staan met de wettelijke, statutaire en contractuele verantwoordelijkheid van de rvb voor het bestuur en de rvt voor het toezicht op het strategisch ziekenhuisbeleid. Door gezamenlijke besluitvorming krijgt het (bestuur van het) MSB belangrijke invloed zonder daarvoor formele verantwoordelijkheid te dragen waarop zij ook daadwerkelijk kunnen worden aangesproken door bijvoorbeeld de rvt of de stakeholders en in het uiterste geval aansprakelijk</p>

	<p>kunnen worden gehouden. De ondernemings- en cliëntenraden zijn in dat verband wettelijk nog steeds adviesorganen van (de rvb van) het ziekenhuis en dus niet van het (bestuur van het) MSB. Hun medezeggenschapsbevoegdheden (informatie, advies en instemming) hebben rechtens dus alleen betrekking op de voorgenomen (strategische en operationele) besluiten van (de rvb van) het ziekenhuis.</p>
--	--

### *Samenwerkingsvormen*

De landelijke (fiscale) modelovereenkomsten voor de samenwerking tussen het ziekenhuis en het MSB gaan uit van een vorm van samenwerking met twee afzonderlijke en zelfstandige bedrijven die weliswaar gezamenlijk zorg verlenen aan de patiënten van het ziekenhuis, maar doorgaans *“ieder voor zich voor de door henzelf te verlenen zorg geneeskundige behandelingsovereenkomsten met patiënten”* sluiten, waarbij het MSB en het ziekenhuis *“ieder voor eigen rekening en risico”* handelen. Beide bedrijven hebben dus ook ieder eigen zakelijke en financiële deelbelangen waardoor er op voorhand geen sprake is van een intrinsieke gelijkgerichtheid van belangen. Die gezamenlijkheid moet contractueel worden geregeld en tegengestelde belangen moeten bestuurlijk en operationeel zorgvuldig worden gemanaged door de bestuurders van het ziekenhuis en het MSB. In dat verband heeft 70% van de onderzochte ziekenhuizen gekozen voor een geïntegreerde samenwerking waarbij ziekenhuis en MSB gezamenlijk het ziekenhuis ‘runnen’. In dat geval is op financieel gebied meestal de afspraak gemaakt dat het MSB een vast percentage ontvangt van de ziekenhuisomzet zodat de honoraria van de medisch specialisten als het ware mee-ademen met de afspraken die het ziekenhuis kan maken met de zorgverzekeraars. Het exacte percentage kan jaarlijks worden bijgesteld op grond van de actuele ontwikkelingen.

De overige 30% van de onderzochte ziekenhuizen heeft gekozen voor een vorm van samenwerking met het ziekenhuis als klant en het MSB als leverancier. De ziekenhuizen die hiervoor gekozen hebben, geven aan toe te willen naar een pxq afspraak. Over zowel het aantal behandelingen als de prijs daarvan kan dan jaarlijks worden onderhandeld tussen ziekenhuis en MSB. Doel hiervan is om als ziekenhuis direct de eventuele opbrengsten van taakherschikking te kunnen benutten waardoor het kosten- en prijsniveau van het ziekenhuis kan worden verlaagd. Hoewel dit model aansluit bij de onafhankelijke positie die veel MSB's hebben geclaimd ten opzichte van het ziekenhuis, is het volgens verschillende bestuurders van ziekenhuizen die voor de alternatieve methodiek hebben gekozen, de vraag in hoeverre het bijdraagt aan de gezamenlijkheid die mede werd beoogd door de invoering van integrale bekostiging.

### *Substance binnen het MSB is complex en versterkt de positie van medisch specialisten*

Om aan de normen voor fiscaal ondernemerschap te voldoen, is het nodig om binnen het MSB – in fiscale termen – ondernemingsrisico's te laden door substance toe te voegen. De eisen die hieraan worden gesteld verschillen per samenwerkingsvorm. Het vereiste risicoprofiel voor transparante samenwerkingsmodellen (maatschap) is zwaarder dan voor niet transparante samenwerkingsmodellen (coöperatie).

De substance zelf kan op verschillende manieren vorm krijgen waaronder het zelf in dienst nemen van personeel of het dragen van kosten van personeel dat feitelijk werkzaam is binnen het MSB maar op de loonlijst staat van het ziekenhuis. Ook kan een MSB substance toevoegen door zelf investeringen te doen. Welke vormen van substance ook worden gekozen: zorgvuldige afstemming met het ziekenhuis is nodig, bijvoorbeeld om investeringsagenda's af te stemmen en een goede doorbelastingssystematiek te borgen. Dit is potentieel complex en raakt aan financiële bedrijfsvoeringsprocessen die vooralsnog het domein vormden van alleen het ziekenhuis. Dit maakt ook duidelijk dat kijkend naar de verhoudingen tussen rvb en MSB, de positie van het MSB wordt versterkt indien veel substance wordt toegevoegd.

*Betrokkenheid vergt langere tijd voor besluitvorming waar niet iedere decision-maker inhoudelijk voor is toegerust.*

Met betrekking tot goed bestuur van ziekenhuizen na 1 januari 2015, vallen drie zaken op in relatie tussen rvb en MSB. In de eerste plaats is de betrokkenheid van medisch specialisten bij het bestuur van het ziekenhuis vergroot. Hoewel medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders aangegeven dat de betrokkenheid van specialisten vooralsnog met name lijkt te zijn toegenomen bij het MSB-bestuur, is het duidelijk dat het aantal medisch specialisten dat zich betrokken voelt en is, per saldo is toegenomen. Desondanks geven veel MSB-bestuurders aan dat de betrokkenheid van de kant van medisch specialisten nog beter kan aangezien hun opkomst tijdens MSB-bijeenkomsten vaak beperkt is. Gedegen besluitvorming vraagt om een goede vertegenwoordiging.

Hoewel de grotere betrokkenheid door betrokkenen vaak als positief wordt gewaardeerd, heeft het een keerzijde: besluitvormingstrajecten duren langer. Het mandaat van MSB-bestuurders is niet altijd toereikend om zelf belangrijke besluiten te kunnen nemen zodat men 'terug moet naar de achterban' van het MSB om daar het besluit formeel te kunnen nemen. MSB-coöperaties kennen regelmatig nog betrekkelijk autonome vakgroepen (de oude maatschappen) en een ledenraad die weer door afgevaardigden van deze vakgroepen wordt gevormd. Dit alles kost veel extra tijd en komt de bestuurlijke slagvaardigheid van het MSB-bestuur en daardoor dan ook van het ziekenhuis alsmede de doorzettingsmacht van de rvb ten aanzien van het zorgproces en de bedrijfsvoering en bijgevolg ook de controlemogelijkheden van de rvt niet ten goede.

Daarbij valt nog een derde fenomeen op. De besluitvorming binnen MSB's vindt nog altijd plaats volgens het democratische principe van one-man-one-vote. Belangrijke bedrijfsmatige en strategische beslissingen worden op die manier voorgelegd aan een groep professionals die slechts beperkt is opgeleid en toegerust om de consequenties van die besluiten voor de continuïteit van het ziekenhuis te overzien<sup>5</sup>.

---

5

Westerman, Michiel, et al. "The transition to hospital consultant and the influence of preparedness, social support, and perception: A structural equation modelling approach." *Medical teacher* 35.4 (2013): 320-327.

*Raden van toezicht definiëren hun rol vooralsnog beperkt.*

Met betrekking tot de rol en positie van de rvt zien de meeste toezichthouders voor zichzelf geen rol weggelegd als het gaat om rechtstreeks toezicht op de gang van zaken binnen het MSB. Formeel is dat ook een gevolg van het gekozen samenwerkingsmodel met een juridisch, fiscaal en financieel zelfstandig MSB dat een eigen governance en bedrijfsvoering heeft en voor eigen rekening en risico zijn medisch specialistische werkzaamheden verricht. Dat neemt niet weg, dat het MSB van grote invloed is op de ruimte die ziekenhuisbestuurders hebben om invulling te geven aan hun eindverantwoordelijke taak. Het borgen van een goede samenwerking tussen beide gremia binnen het ziekenhuis is dermate cruciaal dat dit actieve betrokkenheid van toezichthouders mag veronderstellen. Een formele governancestructuur ontbreekt hier vooralsnog; toezicht op informele basis richting medisch specialisten binnen het MSB is hiervoor onvoldoende.

*De Wet Normering Topinkomens (WNT) vormt een potentiële bedreiging voor de bestuurlijke slagkracht.*

Raden van bestuur werden in het verleden regelmatig versterkt door aanwas vanuit de medische staf. Dit wordt door een grote meerderheid van de betrokkenen als essentieel gezien voor het goed kunnen besturen van een ziekenhuis. Specialist-bestuurders brengen niet alleen diepgaande kennis van de werkvloer in de bestuurskamer, maar kunnen ook de brug slaan vanuit de rvt naar de medische staf en een breed draagvlak creëren. Met de invoering en aanscherping van de WNT lijkt volgens de geïnterviewde personen, de aanwas van bestuurders vanuit medisch specialistische hoek sterk te zijn teruggevallen.

Tegelijk vallen MSB's niet onder diezelfde WNT. Het stelt MSB's potentieel in staat om hogere salarissen voor bestuurders te betalen dan dat rvt's dat kunnen voor de eindverantwoordelijke bestuurders van het ziekenhuis. Beide effecten van de WNT: weinig nieuwe specialist-bestuurders en potentiële inkomensverschillen tussen bestuurders van het ziekenhuis en het MSB vormen een mogelijke bedreiging voor de gezamenlijke besturing van ziekenhuizen.

## **6. Conclusie en reflectie**

### **6.1 Conclusie**

Voldoen de samenwerkingsmodellen aan de eisen die daaraan vanuit governance-oogpunt gesteld kunnen worden? Deze vraag wordt afhankelijk van het gekozen perspectief verschillend beantwoord en wij zullen deze belichten vanuit het perspectief van de medisch specialisten en de ziekenhuisbestuurders. Hiermee wordt ook voorkomen dat er een bias ontstaat op grond van het verschil in aantallen geïnterviewde medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders. Ten slotte is het in dit verband nog belangrijk dat de ervaringen die zijn opgedaan met het samenwerkingsmodel na zes maanden nog beperkt zijn en dat deze geïnventariseerd zijn door middel van een quick scan waarbij uiteindelijk slechts in beperkte mate documenten ter beschikking zijn gesteld door de ziekenhuizen en MSB's.

#### **6.1.1 Conclusies met betrekking tot kwaliteit en veiligheid**

Aangezien het ontwerp en de implementatie van de samenwerkingsmodellen sterk fiscaal zijn gedreven, is er vaak voor gekozen om de doorzettingsmacht van ziekenhuisbestuurders richting individuele medisch specialisten te beperken. Daarmee is het risico beperkt dat de samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist door de fiscus als een fictief dienstverband zou worden aangemerkt. Ziekenhuisbestuurders geven aan dit als nadelig te ervaren doordat zij nog altijd eindverantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg, terwijl het primaat om dit te regelen meer bij het MSB is komen te liggen. Dat vormt inderdaad een onevenwichtigheid in het formele samenwerkingsmodel die vervolgens contractueel of feitelijk zoveel mogelijk moet worden geredresseerd. In de collectieve samenwerkingsovereenkomst tussen het MSB en het ziekenhuis of de individuele instemmingsverklaring van de medisch specialisten wordt in dat verband regelmatig overeenkomstig de Wkkgz opgenomen dat het MSB en de medisch specialisten zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op het ziekenhuis rustende wettelijke verplichtingen en de regels die het ziekenhuis heeft vastgesteld omtrent de zorgverlening. Aangezien medische professionals in de praktijk gevoeliger lijken te zijn voor feedback van collega-professionals dan van ziekenhuisbestuurders hoeft dit niet per se nadelig uit te werken. Voorwaarde is wel dat het MSB-bestuur zijn verantwoordelijkheid goed invult en – juridisch en feitelijk – voldoende mandaat en doorzettingsmacht in het MSB heeft. Afstemming tussen MSB-bestuur en de eindverantwoordelijke rvb is nog belangrijker geworden. Als de persoonlijke verhoudingen tussen ziekenhuis- en MSB-bestuurders goed zijn, dan wordt het samenwerkingsmodel positiever beoordeeld dan wanneer dat minder het geval is.

Medisch specialisten op hun beurt zijn veelal van mening dat zij toch al verantwoordelijk waren voor goede en veilige zorg, en dat zij nu meer handvatten hebben gekregen om deze verantwoordelijkheid integraal in te vullen. Zij geven aan dat de motivatie om echt werk te maken van kwaliteit is vergroot.

Een aandachtspunt vormt ook de samenwerking tussen VMS en MSB. Er zijn ziekenhuizen waar de interne verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid bij de VMS is belegd, maar in veel gevallen zien zowel de VMS als het MSB hier een taak voor zichzelf weggelegd en

bestaat er nog onduidelijkheid over de (juridische en organisatorische) afbakening van ieders taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Een dergelijk diffuus georganiseerde verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening kan tot complicaties in het primaire zorgproces aanleiding geven en ook risico's impliceren voor de doorzettingsmacht van de rvb en de controlemogelijkheden van de rvt van het ziekenhuis. Het is belangrijk dat de afstemming, afbakening en verduidelijking hierover goed wordt geregeld.

Een andere belangrijke observatie vormt de rol van de rvt ten opzichte van het MSB. De rvb van het ziekenhuis werkt samen met het MSB op grond van een collectieve samenwerkingsovereenkomst waarin op hoofdlijnen onderlinge afspraken over (onder andere) kwaliteit en veiligheid respectievelijk registratie en declaratie zijn neergelegd. Toezicht op naleving van deze afspraken tussen MSB en het ziekenhuis vindt plaats door tussenkomst van de rvb en is daarmee indirect. Formele governancestructuren met een meer directe toezichtsrelatie die recht zouden doen aan het belang van het MSB binnen het ziekenhuis ontbreken nog grotendeels. Het risico kan zich dan verwezenlijken dat de rvt op te grote afstand komt te staan van het primaire zorgproces en de feitelijke leiding van de integrale ziekenhuisorganisatie waardoor de rvt zijn toezichthoudende functie en verantwoordelijkheid niet meer in voldoende mate kan effectueren.

Samengevat betekent dit dat medisch specialisten binnen een MSB aan invloed hebben gewonnen om vorm te geven aan hun eigen professionele verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Deze toegenomen invloed is ten koste gegaan van de invloed van ziekenhuisbestuurders richting de individuele medisch specialist waardoor zij meer moeten samenwerken met het MSB-bestuur om invulling te kunnen geven aan hun (wettelijke, statutaire en contractuele) eindverantwoordelijke rol voor de integrale zorgverlening. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs problematisch te zijn als de onderlinge verhoudingen en bestuurscultuur goed zijn en het MSB voldoende 'zelfreinigend vermogen' heeft, maar vormt een uitdaging waar dat niet of minder het geval is. Ook geldt in veel ziekenhuizen dat de exacte verdeling van verantwoordelijkheden tussen MSB en VMS niet altijd eenduidig is. Raden van toezicht ten slotte, kunnen nu veelal slechts indirect toezicht houden op het MSB via de rvb.

*Met betrekking tot bovenstaande worden concrete aanbevelingen geformuleerd op basis van de tijdens het onderzoek aangetroffen "good practices" binnen ziekenhuizen.*

### **6.1.2 Conclusies met betrekking tot registratie en declaratie**

Bij het ontwerp en de invoering van de samenwerkingsmodellen is veel aandacht besteed aan het onderwerp correcte registratie en declaratie. Correcte registratie door medisch specialisten is dan ook onderdeel van de onderzochte samenwerkingsovereenkomsten. Mocht achteraf blijken dat er toch foutief is geregistreerd, dan heeft de rvb contractueel doorgaans slechts de mogelijkheid om de teveel gedeclareerde omzet op grond van wanprestatie, dat wil zeggen tekortschieten in de nakoming van de algemene registratieverplichtingen van het MSB in de samenwerkingsovereenkomst, terug te vorderen bij het MSB.

De aandacht die er in 2013 en 2014 mede door verschillende incidenten is geweest voor correct registreren en declareren, heeft er ook toe geleid dat financiële en (zorg-) administratieve afdelingen nadrukkelijker het registratiegedrag van medisch specialisten zijn gaan ondersteunen en monitoren. Ook is er meer aandacht gekomen voor correct declareren. Uitkomsten van die controles zijn veelal onderdeel van reguliere overleggen tussen vertegenwoordigers van de ziekenhuisorganisatie en het medisch management.

Samengevat kan worden geconcludeerd dat in het specifieke kader van de invoering van de integrale bekostiging tijdens deze quick scan geen grote aandachtspunten vanuit het ziekenhuis en de medisch specialisten naar voren zijn gekomen met betrekking tot registratie en declaratie.

### **6.1.3 Conclusies met betrekking tot goed bestuur in brede zin**

In vrijwel alle ziekenhuizen heeft de formele implementatie van het samenwerkingsmodel met een juridisch, fiscaal en financieel zelfstandig MSB (coöperatie of maatschap) en de reguliere ziekenhuisstichting geresulteerd in meervoudige en complexe organisatie- en governancestructuren. Naast de bestaande ziekenhuisorganisatie met het wettelijk verplicht duaal besturingsmodel (raad van toezicht en raad van bestuur) en operationeel management zijn zelfstandige MSB's gevormd met doorgaans een algemene vergadering van vrijgevestigde medisch specialisten, afzonderlijke organisatorische eenheden (vakgroepen) voor onderscheiden groepen van specialismen en een eigen MSB-bestuur, die regelmatig ook nog een eigen directeur of management voor de operationele werkzaamheden, een ledenraad voor vertegenwoordigers vanuit de vakgroepen en (de mogelijkheid tot) een toezichthoudend orgaan in de vorm van een afzonderlijke raad van commissarissen voor het MSB kennen. In een klein deel van de onderzochte ziekenhuizen heeft de rvb voor strategische, kwalitatieve, commerciële, financiële en arbeidsvoorwaardelijke aangelegenheden één formele overlegpartner waar deze verschillende onderwerpen intern weer formeel aan de onderscheiden groepen van medisch specialisten in dienstverband, vrijgevestigde medisch specialisten of de gehele medische staf worden geadresseerd. In de meeste ziekenhuizen zijn deze onderscheiden gremia verder geïnstitutionaliseerd, gefiscaliseerd en geformaliseerd in achtereenvolgens (de coöperatie of maatschap) MSB, de VMSD en de oorspronkelijke VMS en bestaat er nog veel onduidelijkheid over de (juridische en organisatorische) afbakening van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de betrokken gremia en hun functionarissen. Onder kritieke omstandigheden kan dat een risico voor de bestuurbaarheid en het toezicht vormen.

*Stakeholders als cliënten- en ondernemingsraden zijn doorgaans geïnformeerd over het samenwerkingsmodel.*

De vertegenwoordigers van de cliënten- en ondernemingsraden geven aan door hun rvb's betrokken te zijn bij de besluitvorming over het in te voeren samenwerkingsmodel. Hoewel deze betrokkenheid veelal informerend was en onder tijdsdruk plaatsvond, hadden ondernemings- en cliëntenraden, afhankelijk van de concrete vormgeving en uitvoering van het samenwerkingsmodel, advies- en mogelijk zelfs instemmingsrecht ten aanzien van het nieuwe organisatie- en besturingsmodel, zeker op het moment dat personeel in dienst zou komen van, of gedetacheerd zou worden naar het MSB. Aantekening verdient wel, dat de

ondernemings- en cliëntenraden wettelijk adviesorganen van (de rvb van) het ziekenhuis zijn en dus als zodanig geen rechtstreekse positie hebben ten aanzien van de bestuurlijke en operationele besluitvorming van het MSB. Hun informatie-, advies- en instemmingsbevoegdheden hebben formeel alleen betrekking op de voorgenomen strategische en operationele besluiten van de rvb van het ziekenhuis.

*Medisch specialisten en bestuurders beoordelen de samenwerkingsmodellen verschillend.* Medisch specialisten die tevens MSB-bestuurder zijn, geven veelal aan dat de invoering inderdaad meerwaarde heeft. Meer dan in het verleden zijn ze in staat om invloed uit te oefenen op het functioneren van de eigen groep medisch specialisten waardoor men beter is gepositioneerd om effectief de kwaliteit van zorg voor de patiënten te verbeteren. Tegelijk geven veel MSB-bestuurders aan dat de betrokkenheid van de kant van medisch specialisten nog beter kan en hun opkomst tijdens MSB-bijeenkomsten vaak beperkt is.

Ziekenhuisbestuurders en secretarissen rvb daarentegen zijn overwegend negatief over de opbrengsten van de invoering van het samenwerkingsmodel. Daar waar een minderheid van 20% zegt redelijk positief te zijn en de invoering te beschouwen als een kans om te formaliseren wat al eerder binnen het ziekenhuis in gang was gezet, kijkt de grote meerderheid (80%) op de invoering terug als een kostbare en tijdrovende exercitie, terwijl de veranderingen in de dagelijkse praktijk weinig tot geen positieve invloed hebben op de patiëntenzorg. De voordelen die deze groep ziet in het (mogelijk) centraal kunnen maken van afspraken rond kwaliteit en productie, wegen niet op tegen het verlies aan formele invloed en doorzettingsmacht. Een klein aantal bestuurders binnen deze laatste groep zegt zich hierom grote zorgen te maken over de mogelijkheden om kwaliteit en veiligheid van zorg adequaat te kunnen waarborgen.

*De bestuurscultuur binnen het ziekenhuis is belangrijker geworden.* Hoe de impact van het samenwerkingsmodel door betrokkenen wordt geduid, blijkt ook afhankelijk van de samenwerking en bestuurscultuur die tussen medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders vóór 1 januari 2015 bestond. Indien er sprake was van wederzijds vertrouwen en een open cultuur, dan leidde dit er bijvoorbeeld sneller toe dat één gezamenlijke extern adviseur werd ingeschakeld. Daarnaast worden beperkingen die in het samenwerkingsmodel in de formele bevoegdheden van bestuurders zijn aangebracht, gedempt door informele afspraken en officieuze overlegmomenten respectievelijk omgangsvormen. Maar bij het ontbreken van een cultuur van vertrouwen en informeel overleg, is het voor bestuurders aanzienlijk moeilijker om beperkingen van formele bevoegdheden te redresseren. Ten slotte zijn er ziekenhuizen waar de invoering van een samenwerkingsmodel ertoe heeft geleid dat reeds bestaande onderstromen binnen de voormalige cultuur van openheid en vertrouwen dominantier zijn geworden, waardoor voorheen constructieve verhoudingen op scherp zijn komen te staan en belangentegenstellingen alleen maar zijn vergroot.



*De WNT lijkt een sterke rem op het toetreden van medisch specialisten tot rvb's wat op termijn mogelijk een risico vormt voor de gezamenlijkheid van bestuur.*

Ziekenhuisbestuurders geven aan veel waarde te hechten aan een medisch specialist in de raad van bestuur. Zij zijn onder vakbroeders vaak beter in staat om meningen te sonderen en 'beleid te verkopen'. In het gezamenlijk besturen van een ziekenhuis vormt deze combinatie dan ook een belangrijk element. De recente aanscherping van de WNT kan voor die gezamenlijkheid binnen rvb's op termijn een risico vormen. Een indicatie hiervoor is volgens de geïnterviewden dat sinds 1 januari 2015 nauwelijks nog vrijgevestigd medisch specialisten bereid zijn gevonden om ziekenhuisbestuurder te worden. De WNT kan daarmee op termijn mogelijk leiden tot een verzwakking van ziekenhuisbesturen.

*Het samenwerkingsmodel lijkt een prikkel te bieden om gezamenlijk tot taakherschikking te komen.*

Zowel medisch specialisten als ziekenhuisbestuurders zijn het erover eens dat het integrale tarief in combinatie met de implementatie van een samenwerkingsmodel een duidelijker prikkel biedt tot taakherschikking dan voorheen het geval was. Het honorariumdeel per DBC is in de meeste gevallen vervangen door een vast percentage van de totale ziekenhuisomzet. Hiermee is het honorarium van de medisch specialisten nog sterker dan voorheen afhankelijk geworden van de omzet van het ziekenhuis. Binnen dit vaste percentage kan het deel dat beschikbaar is voor het honorarium van medisch specialisten worden vergroot door de kosten te verlagen bijvoorbeeld door actief te sturen op taakherschikking.

Dit is tevens het geval voor ziekenhuizen die willen komen tot pxq afspraken met hun MSB aangezien de prijsdruk die ziekenhuizen zullen opvoeren naar verwachting ook tot gevolg zal hebben dat MSB's actief op zoek gaan naar mogelijkheden om kosten te verlagen. Hiermee lijkt de belemmering die bestond voor het initiëren van taakherschikking inderdaad vervangen te zijn door een prikkel. De onderzoeksperiode is echter nog te kort om te kunnen concluderen dat deze taakherschikking nu inderdaad breed wordt doorgevoerd.

*Raden van toezicht bezinnen zich nog op nut en vorm van (informeel) toezicht op MSB's.* Hoewel toezichthouders aangeven informeel contact te houden met MSB-bestuurders, is er feitelijk nauwelijks sprake van rechtstreeks toezicht op de MSB's. Dat is ook mede een gevolg van het gekozen samenwerkingsmodel met een zelfstandig georganiseerd MSB als contractspartner van het ziekenhuis voor de medisch-specialistische zorgverrichtingen. De toezichtrelatie verloopt hier vooralsnog indirect via de rvb en heeft dus primair betrekking op de onderlinge samenwerking tussen ziekenhuis en MSB. Governancestructuren met een rechtstreeks (intern) toezicht op de integrale zorgverlening en totale bedrijfsvoering ontbreken met een verhoogd risico dat de rvt meer op afstand van het primaire zorgproces komt te staan, ook omdat de afstand van de rvb naar de individuele vrijgevestigde medisch specialist is vergroot door de komst van het MSB. Gelet op het belang van het MSB voor het functioneren van het ziekenhuis als geheel, is het noodzakelijk dat de formele relatie zorgvuldig wordt geregeld.

*De eerste stappen zijn gezet, maar er is nog een weg te gaan.*

De operatie die in 2014 binnen ziekenhuizen is uitgevoerd om tijdig de samenwerkingsovereenkomsten af te ronden en MSB's op te richten, is fiscaal/juridisch geslaagd. De verantwoordelijkheden die voortvloeien uit wet- en regelgeving zijn in de meeste gevallen geregeld in juridische documenten, die vaak nog wel een vrij algemeen karakter hebben. Daarnaast lijkt het samenwerkingsmodel in de praktijk meer houvast te bieden om tot taakherschikking te komen.

Veel ziekenhuisbestuurders geven aan dat MSB's de mogelijkheid bieden om op een heldere manier collectieve afspraken te maken met medisch specialisten. De tijd die is verstreken sinds de invoering tot deze quick scan is nog te kort om te kunnen beoordelen of en in hoeverre er bij probleemsituaties door bestuurders adequaat kan worden opgetreden. Ook na de implementatie van de samenwerkingsmodellen vraagt de governance van zowel ziekenhuizen als MSB's veel aandacht, zeker daar waar sprake is van een relatief zwakke bestuurscultuur.

*Met betrekking tot bovenstaande worden concrete aanbevelingen geformuleerd op basis van de tijdens het onderzoek aangetroffen "good practices" binnen ziekenhuizen.*

## 6.2 Reflectie

*"Het besturen van een ziekenhuis is altijd koorddansen geweest. Dat was in het verleden zo, dat zal ook in de toekomst wel zo blijven"* (Bestuurder van een topklinisch ziekenhuis).

*"Goed bestuur ontstaat binnen de vertrouwensrelatie tussen de ziekenhuisbestuurder en de vertegenwoordiger van medische staf"* (Voormalig VMS-voorzitter van een topklinisch ziekenhuis).

Bovenstaande citaten geven in een notendop het bijzondere karakter van governance binnen ziekenhuisorganisaties weer: die was complex en is zeker niet minder complex geworden. Putters (2009)<sup>6</sup> wijst in dit verband op het bestaan van verschillende logica's elk met eigen waarden, normen en sturingsmechanismen binnen één ziekenhuisorganisatie. Het perspectief van *logica's*, legt de belangrijke spanning, of machtsstrijd, in de governance van ziekenhuizen bloot, namelijk die tussen de logica van de medisch specialisten (professionele logica) en de logica van het bestuur (administratieve logica).

Daarbij laat onderzoek van Koelewijn (2012)<sup>7</sup> zien dat de mate waarin medisch specialisten zijn verankerd in de professionele logica, niet homogeen is verdeeld binnen de beroepsgroep. Er is ook een groep medische professionals die op onderdelen meer neigt naar de administratieve logica van het management dan naar de medische logica van medisch

<sup>6</sup> Putters, K. (2009). *Besturen met duivelselastiek*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

<sup>7</sup> Koelewijn, W.T., Ehrenhard, M.L., Groen, A.J., & van Harten, W.H. (2012). *Intra-organizational dynamics as drivers of entrepreneurship among physicians and managers in hospitals of western countries*. *Social Science & Medicine*, 75, 795-800.

specialisten. Het zijn nu met name medisch specialisten vanuit die eerste groep die in staat zijn om bestuursfuncties binnen het MSB te vervullen.

Ruis op de lijn tussen medisch specialisten en ziekenhuismanagement is het grootst daar waar specialisten diepgaand zijn verankerd in hun professionele logica. Bij gebrek aan natuurlijke overlap tussen de logica's van beide groepen, zal dan ook de governancestructuur meer in detail moeten zijn ingeregeld. In ziekenhuizen leidt dit spanningsveld tot een bijna natuurlijke machtsstrijd tussen bestuur en (het collectief van) medisch specialisten die is gericht op het beleid en het bestuur van het ziekenhuis.

*Door de oprichting van MSB's zijn tegengestelde belangen geïnstitutionaliseerd en complexer geworden.*

In de balans die door de jaren heen binnen verschillende ziekenhuizen was ontstaan tussen beide groepen met hun logica's, bracht de invoering van de integrale bekostiging abrupt verandering. Betrokkenen lijken er daarbij vooraf vanuit te zijn gegaan dat een nieuwe balans wel weer gevonden zou worden, hoe gecompliceerd dat ook zou zijn. Dit betekende en betekent een zware opgave voor zowel ziekenhuis- als MSB-bestuurders. Daarnaast is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit en veiligheid tussen VMS en MSB vaak tamelijk diffuus. Het is van groot belang dat hierin duidelijkheid ontstaat.

*Het samenwerkingsmodel kan worden gebruikt om belangen verder gelijk te schakelen.*

Door de invoering van integrale bekostiging is het voor de medisch specialist aantrekkelijker geworden om zuinig te zijn met geld van het ziekenhuis. Er is immers niet langer sprake van een apart honorariumdeel. Binnen de samenwerkingsovereenkomst kunnen additionele doelmatigheidsprykkels worden ingebouwd om de paralleliteit verder te bevorderen.

*Binnen MSB's kan de betrokkenheid van medisch specialisten bij het reilen en zeilen van het ziekenhuis nog verder worden vergroot.*

Deze observatie sluit aan bij onderzoek dat in 2013 heeft plaatsgevonden naar de persoonlijke belangen van 1.475 medisch specialisten in Nederland<sup>8</sup>. Van de 10 onderwerpen waar medisch specialisten belang aan hechten (waaronder: 'optimale zorg bieden voor patiënten', 'het kunnen werken met de beste faciliteiten' en 'variëteit in mijn werk als specialist') scoorde 'invloed op het ziekenhuisbeleid' in de groep onderwerpen waaraan het minste belang werd gehecht. Dit betekent dat er voor MSB-bestuurders een opgave ligt om de betrokkenheid van de medisch specialisten te vergroten waarbij het huidige democratische besluitvormingsmodel in stand kan blijven. Ook kunnen MSB's ervoor kiezen om hun governance verder te professionaliseren en daarbij onder andere het MSB-bestuur te voorzien van een ruimer mandaat.

---

<sup>8</sup> Koelewijn, Wout T., et al. "Exploring personal interests of physicians in hospitals and specialty clinics." *Social science & medicine* 100 (2014): 93-98.

*De belangen die gelijk zijn geschakeld liggen op het niveau van het ziekenhuis en het MSB, in mindere mate bij de individuele specialist wat potentieel uitdagingen voor het MSB betekent.* Aangezien de omzet van MSB's mee-ademt met die van het ziekenhuis ontstaat er een prikkel voor de individuele medisch specialist op het moment dat eigen omzet en honorarium afnemen als afgeleide van die van het MSB, om als compensatie buiten de muren van het eigen ziekenhuis te gaan werken. Dit vormt met name een risico voor de financiële stabiliteit van het ziekenhuis op het moment dat als onderdeel van portfoliokeuzes of in reactie op nieuwe initiatieven, rendabele behandelingen (feeders) buiten het ziekenhuis worden verplaatst. Indien deze behandelingen worden uitgevoerd door de eigen medisch specialisten heeft dit mogelijk niet slechts repercussies voor de stabiliteit van het ziekenhuis maar ook voor die van het MSB.

*Het zou goed zijn als (de samenwerking met) het MSB nadrukkelijker binnen de reikwijdte van de rvt zou vallen.*

Gelet op het grote belang van een goede samenwerking tussen rvb en MSB zou het goed zijn als raden van toezicht zich hier vanuit hun rol nadrukkelijker op zouden richten. Op die manier kunnen mogelijke issues tijdig worden gesignaleerd en onderling worden besproken en kan de rvt bij eventuele conflicten tijdig een dempende en mediërende rol spelen. De governancestructuur van de totale ziekenhuisorganisatie zou daar beter op moeten worden ingericht en waar mogelijk worden vereenvoudigd. Het huidige samenwerkingsmodel resulteert maar al te vaak in een complexe meervoudige ziekenhuisorganisatie met twee zelfstandige bedrijven die ieder een eigen organisatie van de governance, het primaire proces en de bedrijfsvoering kennen. Dat vormt al een behoorlijke uitdaging voor de goede bestuurbaarheid van het ziekenhuis door de rvb en het toezicht door de rvt en kan (op termijn) ook een risico voor hun doorzettingsmacht vormen. Deze bestuurlijke drukte wordt in een aantal ziekenhuizen (door weliswaar omslachtige juridische constructies) al enigszins gereduceerd doordat de verschillende geledingen binnen de medische staf (MSB, VMSSD en VMS) in één gremium zijn georganiseerd. Daardoor kan de rvb alle voor de betrokken medisch specialisten relevante onderwerpen (zoals strategie, kwaliteit, financiën en arbeidsvoorwaarden) aan één overlegtafel adresseren en de uitkomsten daarvan vervolgens rechtstreeks aan de rvt voorhouden in het kader van zijn toezichthoudende taak.

Samengevat heeft de implementatie van het samenwerkingsmodel de eisen die aan de governance van ziekenhuizen worden gesteld, verhoogd. Daarbij is het thema governance niet langer een onderwerp dat alleen relevant is voor ziekenhuisbestuurders, maar ook voor bestuurders van medisch specialistische bedrijven. Om werkelijk effectief te zijn, zijn beide type bestuurders tot elkaar veroordeeld en zullen ze samen moeten bouwen aan het vertrouwen naar elkaar en hun organisaties. Vertrouwen dat nodig is om verantwoordelijkheid te nemen en te dragen.

## **Bijlage 1 - Interviewvragen**

### Inleiding

1. Hoe was tot 1 januari 2015 de besturing ingericht?
  - a. Was er een VMS, een collectief/collectieven van vrij beroepsbeoefenaren (per 1 januari 2012) en een VMSD?
  - b. Welke partijen, naast rvb en MSB, zijn op welke wijze betrokken geweest bij de keuze voor dit organisatiemodel?
  - c. Welke overeenkomsten – tussen welke partijen – waren in deze situatie van toepassing?
  - d. Welke overlegstructuren waren ingericht? Denk aan rvb, rvt, OR, Cliëntenraad, VMS, collectief/collectieven, VMSD.
  - e. Hoe was de verhouding in de praktijk geregeld tussen maatschappen en collectief / collectieven en de medezeggenschapsorganen en de rvt?
  - f. Wie traden namens het ziekenhuis, VMS, MSB en VMSD op naar externe partijen als zorgverzekeraars, externe financiers en IGZ?
  - g. Hoe was de rolverdeling tussen VMS, collectief/collectieven en VMSD vormgegeven en op welke wijze was het adviesrecht m.b.t. strategisch ziekenhuisbeleid van Medische Staf, collectief en VMSD vormgegeven?
    - i. Bijvoorbeeld rvt, OR, Cliëntenraad, VMS, vereniging medisch specialisten in dienstverband.
  - h. Hoe typeert u de interne verhoudingen/governancecultuur tot 1 januari 2015 binnen het toen geldende organisatiemodel?
    - i. Formeel/informeel (Formeel, 1.... Informeel, 5)
    - ii. Gepolitiseerd/ op belangen gericht (1) .... Gericht op het collectief (5)
    - iii. Mate van openheid (Laag, 1.... Hoog, 5)
    - iv. Mate van transparantie (Laag, 1.... Hoog, 5)
    - v. Ruimte voor tegenspraak en zeggenschap (Laag, 1.... Hoog, 5)
    - vi. Evenwicht in de verhoudingen (Laag, 1.... Hoog, 5)
2. Welk besturingsmodel is per 1 januari 2015 ingevoerd?
  - a. Welke overwegingen, naast de keuze voor behoud vrij beroep, hebben een rol gespeeld bij de keuze voor dit model?
  - b. Welke partijen, naast rvb en MSB, zijn op welke wijze betrokken geweest bij de keuze voor dit organisatiemodel? Bijvoorbeeld rvt, OR, Cliëntenraad, VMS, vereniging medisch specialisten in dienstverband.
  - c. (Per MSB) Welke overeenkomsten – tussen welke partijen – zijn met de inrichting van dit model gesloten of gewijzigd? (Denk aan: samenwerkingsovereenkomst MSB-ziekenhuis incl. productie- en prijsafspraken 2015, maatschapsovereenkomst of statuten binnen MSB,

instemmingsverklaring individueel medisch specialist aan rvb (in niet-transparant MSB)

- d. Zijn deze overeenkomsten in praktijk geïmplementeerd en dus de basis voor handelen?
  - e. Zijn er nog specifieke overeenkomsten of regelingen in de maak? Bijvoorbeeld procedure vrije vervangbaarheid.
  - f. Op welke wijze en via welke documenten is het bestuursmodel feitelijk geïmplementeerd?
  - g. In hoeverre respectievelijk welk stadium is de rvt (inhoudelijk) bij de beleidsvorming en implementatie betrokken? Welke overwegingen hebben tot hun besluit geleid?
  - h. Vraag voor OR en Cliëntenraad: Welke beelden hebben OR en Cliëntenraad bij de afspraken die als onderdeel van de implementatie zijn gemaakt?
  - i. Zijn MSB, Medische Staf, OR en Cliëntenraad betrokken als het gaat om strategische beslissingen van het ziekenhuis (denk hierbij aan zorginkoop, afstoten van taken, fusies etc)? Is daarbij duidelijk wie adviseert en wie beslist?
3. Hoeveel MSB's zijn er? Indien meer dan één:
- a. Met welke reden? Bijvoorbeeld kaakchirurgie vanwege verschillende bekostiging of plastische chirurgie vanwege regiomaatschap of vanwege slechte verhoudingen binnen de vrije beroepsgroep of om één front te voorkomen.
  - b. Maakt de rvb met elke MSB aparte afspraken of zijn deze afspraken geldig voor alle MSB's?
  - c. Zijn er afspraken m.b.t. integratie van de MSB's op termijn?
  - d. Hoe ziet de dynamiek tussen de MSB's eruit?
  - e. (Indien meerdere MSB's) Zijn er ontwikkelingen om de MSB's te integreren?
4. Is het MSB georganiseerd als collectief van alle individuele vrijgevestigde medisch specialisten of als collectief van maatschappen?
- a. (Per MSB) Hoe is het MSB vormgegeven? En is er een rvt of raad van commissarissen aangesteld (facultatief)? (Bijvoorbeeld rechtsvorm en organisatorische inrichting (wel of niet behoud maatschappen, wel of niet inrichting organisatorische eenheden).
  - b. Is er een VMS in stand gebleven?  
 Zo ja: Hoe is de rolverdeling tussen VMS, MSB en VMSD vormgegeven en op welke wijze is het adviesrecht m.b.t. strategisch ziekenhuisbeleid van Medische Staf, MSB en VMSD vormgegeven?
  - c. ii. Zo nee: Hoe is dan de rol van de VMS en het adviesrecht op andere wijze geborgd?

- d. Hoeveel medisch specialisten in dienstverband werken op dit moment in de instelling en hoeveel medisch specialisten zijn vrij beroepsbeoefenaar?
- e. Hoe groot is de VMS t.o.v. het MSB?
- 5. Wordt er binnen het ziekenhuis op basis van het nieuwe besturingsmodel gewerkt?
  - a. Kunt u een voorbeeld noemen waaruit dat blijkt?
- 6. Zijn individuele afspraken gemaakt met leden van het MSB?
  - a. Welke ruimte bestond hiervoor?
- 7. Zijn er met de invoering van het nieuwe bestuursmodel aanpassingen gedaan in de verhouding medezeggenschapsorganen, MSB, VMSD, VMS, rvb en rvt?
  - a. Zo ja, voorbeelden?
- 8. Hoe typeert u de interne verhoudingen tussen MSB, VMSD, VMS, rvb en rvt?
  - a. Formeel (1) .... Informeel (5)
  - b. In hoeverre is deze veranderd door de invoering van het nieuwe besturingsmodel?
- 9. Hoe zou u de (governance-) cultuur beschrijven?
  - a. Gepolitiseerd/ op belangen gericht (1) .... Gericht op het collectief (5)
  - b. Mate van openheid (Laag, 1.... Hoog, 5)
  - c. Mate van transparantie (Laag, 1.... Hoog, 5)
  - d. Ruimte voor tegenspraak en zeggenschap (Laag, 1.... Hoog, 5)
  - e. Evenwicht in de verhoudingen (Laag, 1.... Hoog, 5)
  - f. In hoeverre is bovenstaande veranderd sinds 1 januari? En hoe is dit te verklaren?
- 10. Medisch specialisten die spraken over "wij": doelden zij hier dan primair op de eigen maatschap/VMS/ziekenhuis?
  - a. In hoeverre is dit veranderd sinds 1 januari 2015?
  - b. Hoe is dit te verklaren?
- 11. Wie treedt er op namens het ziekenhuis, MSB, VMSD en VMS naar externe partijen als zorgverzekeraars, externe financiers en IGZ?

### **Ten aanzien van kwaliteit en veiligheid:**

De rvb is, met inachtneming van de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist, eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid van de zorg in het ziekenhuis. De rvb organiseert de zorg op een dusdanige wijze en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling dat een en ander leidt tot goede kwaliteit. In hoeverre voldoen de 4 bestuursmodellen in de praktijk aan deze wettelijke vereisten?

**Vragen die hier aan de orde zijn, zijn:**

12. Op welke wijze is kwaliteit en veiligheid binnen het huidige organisatiemodel georganiseerd? Waarbij breed gekeken moet worden naar de relatie rvb – VMS en naar de rol van MSB en VMSD.
- a. Welke overeenkomsten – tussen welke partijen – bestaan er binnen de instellingen die vorm geven aan **inrichting kwaliteit en veiligheid** en wat is hierin geregeld?  
Denk bijvoorbeeld aan:
    - i. Document Medische Staf inclusief collectieve regelingen (rvb – VMS – individuele medisch specialist),
    - ii. Statuut met specifieke regelingen dienstverband (rvb – VMSD),
    - iii. Samenwerkingsovereenkomst met specifieke regelingen vrij beroep (rvb – MSB),
    - iv. Maatschapsovereenkomst of Statuten MSB (MSB bestuur – individuele medisch specialist),
    - v. Instemmingsverklaring (rvb – individuele medisch specialist in niet-transparant MSB)
  - b. Welke overeenkomsten – tussen welke partijen – bestaan er binnen de instellingen die vorm geven aan **verantwoording kwaliteit en veiligheid** en wat is hierin geregeld?  
Denk bijvoorbeeld aan:
    - i. Document Medische Staf inclusief algemeen informatieprotocol (rvb – VMS – individuele medisch specialist)
    - ii. Statuut met specifiek informatieprotocol dienstverband (rvb – VMSD),
    - iii. Samenwerkingsovereenkomst met specifiek informatieprotocol (rvb – MSB),
    - iv. Maatschapsovereenkomst of Statuten MSB (MSB bestuur – individuele medisch specialist),
    - v. Instemmingsverklaring (rvb – individuele medisch specialist in niet-transparant MSB),
    - vi. Inrichting integraal kwaliteitssysteem.
    - vii. Procedures zoals procedure vrije vervangbaarheid, procedure mogelijk disfunctioneren, procedure omgaan met (bijna) incidenten en calamiteiten.
13. Heeft de rvb met het MSB verdere afspraken gemaakt over concrete randvoorwaarden ter waarborging van de kwaliteit en veiligheid?  
Concreet: Hoe is de verantwoordelijkheid en uitvoering belegd op de volgende gebieden?:



	Verantwoordelijkheid					Uitvoering				
	RVB	MSB	VMSD	VMS	MS	RVB	MSB	VMSD	VMS	MS
Voorbeeld 1										
Voorbeeld 2										
Voorbeeld 3										
Prestatieindicatoren										
Accreditatie										
IFMS										
Calamiteitenanalyse										
Klachtencommissie										
Aanlevering sterfecijfers										
Beroepsvisiteatie vakgroepen/ maatschappen										
Interne audits										

14. Welke directe en indirecte instrumenten heeft de rvb om in te grijpen als een medisch specialist in het MSB niet voldoet aan de overeengekomen collectieve en specifieke regelingen op gebied van kwaliteit en veiligheid?
  - a. Indien 'direct door rvb: Is dit vastgelegd binnen de samenwerkingsovereenkomst en zo ja: Hoe?
  - b. Indien 'indirect' via MSB: Hoe is het mandaat en doorzettingsmacht geregeld zodat kan worden ingegrepen indien er kwaliteitsproblemen zijn?
  - c. Wat is de rol van de rva of rvt van het MSB?
  - d. Op welke punten zou u nog instrumenten willen ontwikkelen?
  - e. Hebben zich al situaties voorgedaan waarin rvb en MSB hebben moeten handelen op basis van de (nieuw gemaakte) afspraken? Hoe is dat gegaan?
15. Hoe spreekt de rvb het MSB, VMSD of VMS aan op gemaakte afspraken over kwaliteit en veiligheid, hoe wordt daar het gesprek over gevoerd, wanneer, in welk gremium? Voorbeeld?
16. Zijn de afspraken die met MSB, VMSD of VMS gemaakt worden, controleerbaar voor de rvt? En zo ja, hoe is dat vormgegeven?
  - a. Wordt de rvt tussentijds geïnformeerd over de daadwerkelijke uitvoering van gemaakte afspraken?
  - b. Meer specifiek: Is er een specifiek persoon binnen de rvt die toeziet op kwaliteit & veiligheid?
17. Leggen medisch specialisten zowel individueel als collectief verantwoording over hun functioneren af aan de rvb? Is hier in de afspraken concreet vorm aan gegeven en zo ja, hoe? Zijn er ook afspraken vastgelegd over eventuele consequenties?
  - a. Meer specifiek: Zijn de uitkomsten van visitatierapporten van beroepsverenigingen beschikbaar voor de rvb?
18. Heeft het MSB zelf een vorm van toezicht op de kwaliteit van de medische zorg geregeld via bijvoorbeeld een eigen intern toezicht, bijvoorbeeld een rvt of raad van commissarissen?

- a) Hoe is in dat geval de verhouding geregeld tussen de toezichhoudende verantwoordelijkheid van een dergelijke raad van commissarissen van het MSB en de 'eindverantwoordelijkheid' van de rvt van de ziekenhuisstichting voor de kwaliteit van de integrale zorgverlening?
  - b) Zijn er dubbelrollen?
19. Zijn overall gezien de afspraken voldoende helder in het geval van bijna-calamiteiten?
- a. Waaruit blijkt dat? Voorbeelden?
20. Zijn overall gezien de afspraken voldoende duidelijk in het geval van conflictsituaties?
- a. Waaruit blijkt dat? Voorbeelden?

De rvb draagt zorg voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daartoe heeft ieder ziekenhuis een integraal kwaliteits- c.q. veiligheidsmanagementsysteem. Van belang is hier of het kwaliteitssysteem ook aansluit op de nieuwe situatie. Ook moeten de operationele verantwoordelijkheden duidelijk geregeld zijn (wie is waarvoor verantwoordelijk bij het ontstaan van kwaliteitsproblemen). In hoeverre voldoen de 4 bestuursmodellen in de praktijk aan deze wettelijke vereisten?

**Vragen die hier aan de orde zijn, zijn:**

- 21. Is het kwaliteitssysteem aangepast na 1 januari 2015?
  - 22. Hoe sluit het MSB aan op het integrale kwaliteitssysteem van het ziekenhuis?
  - 23. Heeft de rvb toegang tot informatie uit dat kwaliteitssysteem?
  - 24. Hoe is de verantwoording over kwaliteit richting de rvt gewaarborgd?
- Meer specifiek:
- a. Hoe is expertise mbt kwaliteit & veiligheid binnen de rvt geborgd?
  - b. Wie bepaalt de agenda?
  - c. Hoe vaak spreken rvt, rvb, MSB, VMSD en VMS elkaar (en separaat)?
    - i. Indien slechts in noodgevallen mag de VMS rechtstreeks contact opnemen met de rvt, hoe is dan afstemming vanuit het MSB en VMSD met de rvb geregeld over collectieve zaken en regelingen?

**Ten aanzien van correcte registratie en declaratie van zorg:**

De rvb is verantwoordelijk voor de volledigheid en juistheid van de eigen administratie en voor de correcte en zorgvuldige declaraties. Aangezien het separate declaratierecht voor medisch specialisten vervalt, moet ook het deel dat zij via MSB krijgen door het ziekenhuis worden ingediend. De medisch specialisten zijn echter zelf nog verantwoordelijk voor een juiste registratie. Daarmee is er dus een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor correct declareren. In hoeverre is bij de gekozen bestuursmodellen de praktijk van correcte en zorgvuldige declaraties en de volledigheid en juistheid van de eigen administratie gewaarborgd?

**Vragen die hier aan de orde zijn, zijn:**

- 25. Op grond waarvan vindt de betaling aan het MSB/medisch specialisten plaats?
  - a. Bijv. basisvergoeding met prestatiebeloning/op grond van registraties.

26. Op welke wijze is correct registreren en declareren binnen het huidige organisatiemodel georganiseerd? Waarbij breed gekeken moet worden naar de relatie rvb – VMS en naar de rol van MSB en VMSD.
- a. Welke overeenkomsten – tussen welke partijen – bestaan er binnen de instelling die vorm geven aan correct registreren en declareren en wat is hierin geregeld?  
Denk bijvoorbeeld aan:
    - i. Document Medische Staf inclusief collectieve regelingen zoals kaderregeling AO/IC (rvb – VMS – individuele medisch specialist),
    - ii. Statuut met specifieke regelingen dienstverband (rvb – VMSD),
    - iii. Samenwerkingsovereenkomst met specifieke regelingen vrij beroep
    - iv. Productie en prijsafspraken incl. verrekening van foute declaraties/ MBI, (rvb – MSB),
    - v. Maatschapsovereenkomst of Statuten MSB (MSB bestuur – individuele medisch specialist)
    - vi. Instemmingsverklaring (rvb – individuele medisch specialist in niet-transparant MSB),
    - vii. AO/IC processen en procedures.
  - b. Kijkend naar deze overeenkomsten: Welke directe en indirecte instrumenten heeft de rvb om in te grijpen als een medisch specialist in het MSB niet voldoet aan de overeengekomen collectieve en specifieke regelingen op het gebied van registreren?
  - c. Op welke punten zou u nog instrumenten willen ontwikkelen?
  - d. Hebben zich al situaties voorgedaan waarin rvb en MSB hebben moeten handelen op basis van de (nieuw gemaakte) afspraken? Hoe is dat gegaan?
27. Welke waarborgen heeft de rvb ingebouwd in de relevante overeenkomsten om te verzekeren dat medisch specialisten en het MSB nazien op een correcte registratiepraktijk (bijv accountantscontrole)?
28. Welke sancties kan de rvb opleggen als medisch specialisten of het MSB hier niet aan voldoen?
29. Wordt er structureel aandacht besteed aan correct registreren door de rvb en/of het MSB?
30. Vinden er interne controles plaats op de registratiepraktijk van medisch specialisten?
- a. Is de interne auditor bevoegd om de registraties te controleren?
31. Hoe kan de rvb een medisch specialist aanspreken op registratiegedrag?
- a. Direct? (Is dit onderdeel van de samenwerkingsovereenkomst?)
  - b. Indirect via MSB? (Is dit onderdeel van de overeenkomst tussen rvb en MSB?)
32. Zijn er voorzieningen opgenomen in de samenwerkingsovereenkomst voor het verrekenen van foutief geregistreerde omzet?

- a. Kan bijvoorbeeld de omzet worden teruggevorderd direct bij de medisch specialist of dient dit via het MSB te gebeuren?
  - b. Hoe worden productie- en prijsafspraken tussen de rvb en het MSB vastgelegd?
33. In hoeverre zijn de rvb, rvt en het MSB zich bewust van hun verantwoordelijkheid voor de declaraties?
34. Hoe houdt de rvt hier toezicht op (hoe is de informatiedeling met de rvt)?

**Ten aanzien van goed bestuur in brede zin:**

De positie van het MSB moet ook worden beoordeeld ten opzichte van die van de medezeggenschapsorganen en de rvt. De bepalingen uit de WOR, de WTZi en de WMCZ zijn onverkort van toepassing. Hoe is de verhouding in de praktijk geregeld tussen het MSB en de medezeggenschapsorganen en de rvt?

35. Heeft de rvt interventiemogelijkheden als het gaat om de relatie rvb , MSB, VMSD en VMS?
- a. Zo ja, hoe? Voorbeelden?
36. Zijn de wettelijke positie, taken en bevoegdheden van met name de ondernemingsraad en de cliëntenraad ten aanzien van bedrijfsvoering en patiëntenzorg effectief gewaarborgd, zowel ten aanzien van het MSB als het ziekenhuis?
37. Kunt u specifiek mechanismen of waarborgen noemen om de governance te verbeteren in het ziekenhuis?

