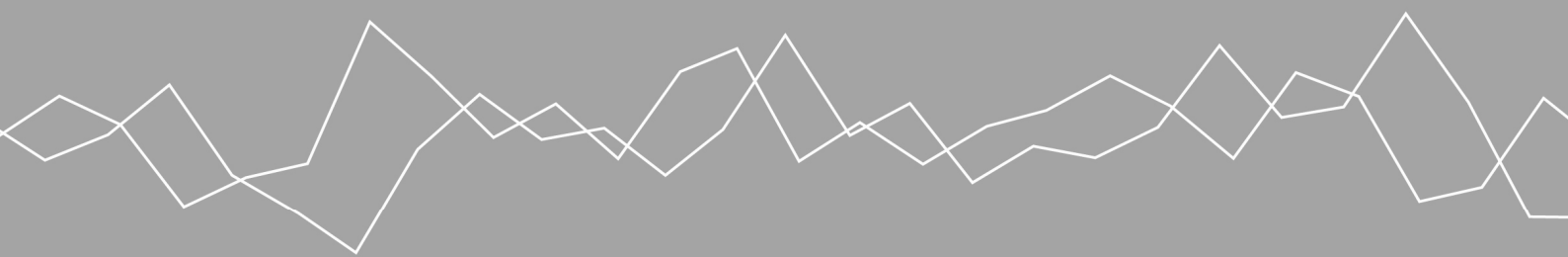


De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis



Amsterdam, maart, 2010
In opdracht van het ministerie van VWS

De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis

Lucy Kok
Aenneli Houkes
Caren Tempelman

Met medewerking van
Joost Poort



seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport nr. 2010-16

ISBN 978-90-6733-548-5

Copyright © 2010 SEO Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en dergelijke, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Samenvatting	i
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding en onderzoeksvragen.....	5
1.2 Onderzoeksaanpak.....	6
1.3 Leeswijzer	6
2 Relatie ziekenhuis en specialist in theorie	7
3 Gedragsprikkel specialisten in loondienst versus vrijgevestigde specialisten	11
4 Problemen en oplossingen	19
5 Effecten beleidsopties	23
5.1 Alle medisch specialisten in loondienst	23
5.2 Joint venture specialisten en ziekenhuis.	26
5.3 Maximumomzet specialisten	28
5.4 Integrale tarieven DBC's.....	29
5.5 Prestatiebeloning vakgroep medisch specialisten in loondienst	31
5.6 Resultaat verantwoordelijke eenheden.....	32
5.7 Combinaties van beleidsopties	33
5.8 Conclusie.....	34
Referenties	37
Bijlage A Volume en prijs ziekenhuiszorg	41
Bijlage B Regelgeving	47
Bijlage C Gesprekspartners	53

Samenvatting

Aanleiding

In de media en politiek bestaan veel premissen over specialisten in loondienst versus specialisten in vrije vestiging. Voorbeelden hiervan zijn dat als alle specialisten in loondienst zouden gaan, dit ten koste gaat van de arbeidsproductiviteit. Vrijgevestigd medisch specialisten zouden doelmatiger werken en innovatiever zijn dan specialisten in loondienst. De sturing van de Raad van Bestuur op kwaliteit (en veiligheid) zou groter zijn bij specialisten in loondienst. Om de discussie over deze onderwerpen inhoudelijk te onderbouwen heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Tweede Kamer toegezegd deze premissen te toetsen. De vragen die het ministerie van VWS beantwoord wil zien zijn:

1. Welke prikkels zijn er voor medisch specialisten in loondienst en vrije vestiging op het gebied van arbeidsproductiviteit, doelmatigheid, kwaliteit (en veiligheid) en tot welke effecten leidt dit?
2. Welke sturingsmogelijkheden richting medisch specialisten hebben Raden van Bestuur in de situaties van loondienst en vrije vestiging? Hoe zijn – redenerend vanuit de Nederlandse situatie – de prikkels binnen het loondienstmodel en het vrije ondernemersmodel te optimaliseren? Welke ‘winsten’ zijn er nog te bereiken als deze aanpassingen zijn geïmplementeerd?

Prikkels voor medisch specialisten in loondienst en vrije vestiging

Uit de wetenschappelijke literatuur en de interviews en rondetafelgesprekken blijkt dat de wijze van beloning specialisten verschillende financiële prikkels geeft. Vrijgevestigde specialisten hebben in het huidige systeem financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit per uur en bij een zorgvolume waarbij zij voldoende inkomen genereren en ook voldoende vrije tijd overhouden. Specialisten in loondienst hebben geen financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit en een hoog zorgvolume. Vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst hebben beiden prikkels voor zowel doelmatig als ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten. Voor vrijgevestigde specialisten zijn de prikkels voor doelmatig én de prikkels voor ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten sterker dan voor specialisten in loondienst. Doelmatigheidsprikkels komen voort uit een belang bij een financieel gezond ziekenhuis en bij vrijgevestigden ook uit een belang om binnen de bestaande capaciteit zoveel mogelijk zorg te kunnen leveren en de DBC prijs laag te houden. Ondoelmatigheidsprikkels komen voort uit een belang bij verlaging van de werkdruk door het verschuiven van werk naar ziekenhuispersoneel en bij vrijgevestigden ook uit een belang bij extra investeringen door het ziekenhuis waardoor zij extra inkomen kunnen genereren. Wat betreft kwaliteit hebben vrijgevestigde specialisten in de DBC-systematiek een financiële prikkel om zoveel mogelijk patiënten in behandeling te nemen, wat kan leiden tot overbehandeling, en per patiënt zo min mogelijk te doen, wat kan leiden tot onderbehandeling. Daartegenover staat dat ethische normen, een intrinsieke prikkel om kwaliteit te leveren en het gevaar van reputatieschade juist een prikkel geven om optimale kwaliteit te leveren.

In de praktijk leiden deze verschillende financiële prikkels ertoe dat specialisten, die per verrichting betaald krijgen, een hoger zorgvolume produceren dan specialisten in loondienst. Verschillen in kwaliteit van zorg en doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten zijn niet aangetoond.

Sturingsmogelijkheden

Om de prikkels van specialisten in loondienst te optimaliseren is vooral gekeken naar beleidsopties die de kosten beheersen door het zorgvolume te beperken, de arbeidsproductiviteit te vergroten of het doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten te bevorderen. De volgende beleidsopties zijn onderzocht:

	beleidsoptie
	Integratie specialisten in het ziekenhuis
1	Alle specialisten in loondienst
2	Joint venture
	Bekostiging
3	Maximumomzet specialisten
4	Integrale tarieven
	Prestatiebeloning specialisten
5	Prestatiebeloning specialisten in loondienst
6	Resultaatverantwoordelijke eenheden

Alle opties hebben voor- en nadelen. Het verplicht in loondienst nemen van specialisten leidt op korte termijn tot volumebeperking en daardoor waarschijnlijk tot wachtlijsten en mogelijk onderbehandeling. De kostenbeheersing die veroorzaakt wordt door de volumebeperking kan ingeval van vrije prijzen voor een deel teniet worden gedaan door hogere prijzen. Bovendien daalt de welvaart van specialisten en wordt de belangentegenstelling tussen specialisten en ziekenhuis groter daar waar voor het ziekenhuis prestatiebekostiging geldt. Op lange termijn kunnen deze nadelen weer verdwijnen, indien meer specialisten worden opgeleid. Er kan dan een nieuw evenwicht tot stand komen, waarvan nog onzeker is of dit beter dan nu de voorkeuren van verzekeren weergeeft. Hiervoor moeten wel hoge kosten worden gemaakt (afkoop good will, opleiden artsen) Er is binnen de sector geen draagvlak voor deze optie. Zowel ziekenhuizen als specialisten prefereren vrijheid wat betreft de keuze tussen loondienst en vrije vestiging.

Een andere mogelijkheid om specialisten te integreren in het ziekenhuis zijn joint ventures. De winst van de joint venture wordt verdeeld tussen ziekenhuis en deelnemende specialisten. Deze optie heeft naar verwachting een positief effect op de doelmatigheid van het ziekenhuis, omdat specialisten meer belang krijgen bij doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. De volumina en prijzen die tot stand komen bij joint ventures zijn naar verwachting gelijk aan de tarieven die op lange termijn tot stand komen wanneer alle specialisten in loondienst worden genomen. De uitkomsten voor verzekeren zijn beter dan wanneer specialisten in loondienst worden genomen, omdat de kosten lager zijn (meer doelmatigheidsprikkels voor specialisten en minder kosten voor afkoop good will en opleiding artsen). Het draagvlak voor joint ventures is beperkt. Specialisten hebben vanwege reguleringonzekerheid weinig belang bij het investeren in joint ventures.

Integrale tarieven hebben vergelijkbare effecten als joint ventures. Bij integrale tarieven komt het honorarium van de specialist tot stand in onderhandeling tussen ziekenhuis en specialist. Dit geeft het ziekenhuis meer mogelijkheden om de belangen van de specialist in overeenstemming brengen met de belangen van het ziekenhuis. Bij integrale tarieven krijgt de specialist meer belang bij doelmatigheid, omdat dit een hoger surplus oplevert voor het ziekenhuis. Dit kan voor een deel ten goede komen van de specialist. Bij integrale tarieven kan er een belangentegenstelling ontstaan tussen specialisten. Als specialisten met meer macht binnen het ziekenhuis een groter deel van het surplus naar zich toe kunnen trekken, gaat dit mogelijk ten koste van specialisten met minder macht. De uitkomsten voor verzekerden zijn beter dan wanneer specialisten in loondienst worden genomen, omdat de kosten lager zijn (meer doelmatigheidsprikkels voor specialisten en minder kosten voor afkoop goed will en opleiding artsen). Het draagvlak voor integrale tarieven is beperkt, vanwege de hoge kosten die gepaard gaan met onderhandelingen tussen specialisten en raad van bestuur en vanwege de belangentegenstelling die kan ontstaan tussen specialisten.

Kostenbesparing kan ook worden bereikt door maximumomzetten voor specialist en ziekenhuis vast te stellen. De gevolgen zijn op de korte termijn vergelijkbaar met de gevolgen van het in loondienst nemen van specialisten. Het verschil is dat bij de instelling van maximumtarieven op lange termijn geen nieuw evenwicht tot stand komt. Bij maximumtarieven kan de markt zijn werk niet doen en zal veel overheidsregulering nodig zijn om de budgetten vast te stellen. De overheid heeft echter onvoldoende informatie om deze budgetten af te stemmen op de preferenties van verzekerden.

Minder vergaande beleidsopties die leiden tot kostenbeheersing zijn prestatiebeloning van specialisten in loondienst en het invoeren van resultaatverantwoordelijke eenheden. Beide worden in de praktijk al toegepast. Bij prestatiebeloning van specialisten in loondienst wordt het loon afhankelijk van de productie. Prestatiebeloning leidt alleen tot kostenbeheersing als de basissalarissen omlaag gaan, waardoor de welvaart van specialisten in loondienst daalt. Wanneer de basissalarissen omlaag gaan leidt deze optie naar verwachting tot een groter zorgvolume en lagere prijzen, wat gunstig is voor verzekerden. Wanneer de basissalarissen niet omlaag gaan dan heeft deze optie naar verwachting geen gevolgen voor het zorgaanbod, behalve wanneer ziekenhuizen momenteel onvoldoende artsen kunnen aannemen om het gewenste zorgvolume te produceren.

Resultaat verantwoordelijke eenheden zijn eenheden binnen het ziekenhuis die beloofd worden voor een positief resultaat. Deze optie heeft naar verwachting een positief effect op de doelmatigheid van het ziekenhuis, omdat specialisten meer belang krijgen bij doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. Resultaat verantwoordelijke eenheden kunnen op draagvlak rekenen. Zij vereisen wel een modernisering van de toelatingsovereenkomst en kostendekkende DBC-tarieven.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en onderzoeksvragen

In de media en politiek bestaan veel premissen over specialisten in loondienst versus specialisten in vrije vestiging. Voorbeelden hiervan zijn dat als alle specialisten in loondienst zouden gaan, dit ten koste gaat van de arbeidsproductiviteit. Vrijgevestigd medisch specialisten zouden doelmatiger werken en innovatiever zijn dan specialisten in loondienst. De sturing van de Raad van Bestuur op kwaliteit (en veiligheid) zou groter zijn bij specialisten in loondienst. In de discussies over governance, de financiële beheersbaarheid en kwaliteit en veiligheid worden deze premissen, vaak ten faveure van bepaalde bekostigingsregimes, als feitelijkheden over het voetlicht gebracht. Zo kunnen volgens Eelke van der Veen (PvdA Kamerlid) de kosten van de zorg beter in de hand worden gehouden als alle specialisten in loondienst komen: “Medisch specialisten moeten in dienst van een ziekenhuis gaan werken. Dan kunnen de kosten beter in de hand gehouden worden. Ook de patiënt heeft er baat bij, omdat een arts in loondienst alleen nog maar met zijn vak bezig is. Bij vrijgevestigde specialisten is het gevaar groter dat ze eerder een operatie gaan doen om meer omzet te draaien.” (Volkskrant van 10 juni 2009). Om de discussie over deze onderwerpen inhoudelijk te onderbouwen heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Tweede Kamer toegezegd deze premissen te toetsen. In het afgelopen jaar heeft de minister van VWS in verschillende debatten met de Tweede Kamer toegezegd de prikkels voor arbeidsproductiviteit, doelmatigheid, kwaliteit (en veiligheid) voor medisch specialisten in loondienst en vrije vestiging, en de sturingsmogelijkheden voor de Raad van Bestuur van het ziekenhuis hierbij te (laten) onderzoeken.

De financiële prikkels voor medisch specialisten die voortvloeien uit de bekostigingsregimes sporen niet vanzelfsprekend met de belangen van verzekerden en ziekenhuizen. Verzekerden hebben belang bij toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Het ministerie van VWS handelt in de belangen van verzekerden en stelt daarom deze doelen centraal. De Minister wil daarom onderzoek laten doen naar de prikkels voor medisch specialisten in loondienst en vrije vestiging op het gebied van arbeidsproductiviteit, doelmatigheid en kwaliteit en naar de effecten hiervan op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De minister wil bovendien zicht krijgen op de mogelijkheden om de financiële prikkels voor specialisten te optimaliseren. Daarnaast wil de Minister laten onderzoeken hoe de belangen van ziekenhuis en specialist meer op een lijn kunnen worden gebracht binnen een systeem waarbij de specialisten in loondienst zijn en in een systeem waarbij de specialisten vrijgevestigd zijn.

De vragen die het ministerie van VWS beantwoord wil zien zijn:

1. Welke prikkels zijn er voor medisch specialisten in loondienst en vrije vestiging op het gebied van arbeidsproductiviteit, doelmatigheid, kwaliteit (en veiligheid) en tot welke effecten leidt dit?
2. Welke sturingsmogelijkheden richting medisch specialisten hebben Raden van Bestuur in de situaties van loondienst en vrije vestiging? Hoe zijn – redenerend vanuit de Nederlandse situatie – de prikkels binnen het loondienstmodel en het vrije ondernemersmodel te

optimaliseren? Welke ‘winsten’ zijn er nog te bereiken als deze aanpassingen zijn geïmplementeerd?

1.2 Onderzoeksaanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn eerst enkele interviews gevoerd met belangenorganisaties van specialisten en ziekenhuizen (NVZ vereniging van ziekenhuizen, Orde Medisch Specialisten, NFU en LAD). Ook zijn enkele ziekenhuisbestuurders geïnterviewd. In de interviews zijn een aantal vooraf opgestelde hypothesen over de financiële prikkels van specialisten getoetst. Ook is gekeken wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over de verschillen tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten (specialisten die op basis van verrichtingen betaald worden). Op basis van de interviews en de literatuurstudie is een beeld verkregen van de verschillen tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten en zijn beleidsopties opgesteld. In de wetenschappelijke literatuur is vervolgens nagegaan wat het effect is van deze beleidsopties. Tot slot zijn de beleidsopties besproken met medisch specialisten (zowel in loondienst als vrijgevestigd) en met ziekenhuisbestuurders in drie rondetafelgesprekken. In bijlage C vindt u de deelnemers aan de rondetafelgesprekken en de geïnterviewde personen.

1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk komt de relatie tussen specialist en ziekenhuis aan de orde. De theorie geeft hypothesen onder welke omstandigheden een hiërarchische relatie (dus loondienst) tussen twee marktpartijen beter is dan een marktrelatie. De theorie wordt toegepast op de relatie tussen specialist en ziekenhuis. Hoofdstuk 3 beschrijft de gedragsprikkel van vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst, zoals die in de literatuur en interviews naar voren zijn gekomen. Ook de effecten van die gedragsprikkel komen aan de orde. Hoofdstuk 4 geeft weer wanneer de effecten van de gedragsprikkel van vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst niet sporen met de belangen van verzekeren en ziekenhuizen. Op basis daarvan zijn beleidsopties opgesteld, die de belangen van specialisten, verzekeren en ziekenhuizen beter met elkaar zouden kunnen laten sporen. In hoofdstuk 5 wordt op basis van literatuur en de rondetafelgesprekken onderzocht wat de potentiële gevolgen zijn van de beleidsopties voor specialisten, ziekenhuizen en verzekeren.

Bijlage A geeft een theoretische weergave van de economische effecten van een aantal beleidsopties. Bijlage B beschrijft de regelgeving die van belang is voor de relatie tussen ziekenhuizen en specialisten. Ingegaan wordt op onder andere de toelatingsovereenkomst tussen specialist en ziekenhuis, de arbeidsvoorwaarden van specialisten in loondienst en de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen en vrijgevestigde specialisten. In de verschillende hoofdstukken wordt er van uitgegaan dat deze informatie bekend is. Bijlage C bevat een lijst met gesprekspartners voor de interviews en de rondetafelgesprekken.

2 Relatie ziekenhuis en specialist in theorie

Hoge onderhandelingskosten, gebrek aan informatie bij ziekenhuisbestuurders over het functioneren van de specialist en averechtse effecten van het handelen van de specialist op het ziekenhuis pleiten voor het in loondienst nemen van specialisten. Deze problemen worden niet volledig opgelost door specialisten in loondienst te nemen. Daarbij vermindert het werken in loondienst de prikkel tot een hoge arbeidsproductiviteit.

Wanneer is een hiërarchische relatie beter dan een marktrelatie?

In het artikel “The nature of the firm” draagt Coase transactiekosten aan als oorzaak voor het fenomeen dat bedrijven arbeidskrachten in dienst nemen in plaats van deze middels contracten als zelfstandig ondernemer in te huren. Hij stelt dat vanwege deze kosten het prijsmechanisme als coördinerend mechanisme is vervangen door een hiërarchische relatie (Coase 1937). Daarnaast kunnen ook marktfalens leiden tot het vervangen van de marktrelatie door een hiërarchische relatie. Transactiekosten en marktfalens staan daarbij overigens niet los van elkaar, maar beïnvloeden elkaar (Perry 1989).

Het afsluiten van contracten tussen marktpartijen gaat gepaard met transactiekosten. Transactiekosten bestaan uit de kosten van het (vooraf) specificeren van het contract en de kosten van het (achteraf) afdwingen van naleven van het contract. Een bedrijf zal overwegen een zelfstandige in loondienst te nemen wanneer de transactiekosten te hoog worden of wanneer er sprake is van marktfalens (zoals een gebrek aan concurrentie, informatie-asymmetrie of externe effecten). In hoofdlijnen zijn er drie redenen die pleiten voor het in loondienst nemen van een zelfstandige (Perry 1989).

1. De transactiekosten zijn vooral hoog wanneer er sprake is van een *specifieke relatie*: de zelfstandige werkt specifiek voor één opdrachtgever en die opdrachtgever doet uitsluitend zaken met die zelfstandige. Er is dan sprake van een bilateraal monopoly: zelfstandige en opdrachtgever zijn afhankelijk van elkaar. Het is dan lastig om een compleet contract te op te stellen omdat het een lange termijn relatie betreft. Alle mogelijke veranderingen die in de toekomst zich voor kunnen doen zouden in het contract gespecificeerd moeten worden. Dit is niet mogelijk. Een alternatief hiervoor is het elk jaar opnieuw opstellen van het contract. Dit brengt hoge kosten met zich mee omdat er vaak onderhandeld moet worden. Ook het afdwingen van het naleven van een contract is moeilijk omdat beide partijen tot elkaar veroordeeld zijn. Geen van beide partijen kunnen dreigen het contract verbreken. Het gevolg hiervan kan zijn dat beide partijen niet bereid zijn te investeren in de wederzijdse relatie, omdat vooraf niet duidelijk is waar de voordelen van de investering terecht komen.
2. Een tweede omstandigheid die leidt tot hoge transactiekosten is wanneer de output van de zelfstandige niet goed gemeten kan worden. In dat geval kan de naleving van het contract moeilijk worden afgedwongen, omdat het bedrijf *onvoldoende informatie* heeft.
3. Een derde reden die pleit voor het in loondienst nemen van de zelfstandige is wanneer de transactie tussen zelfstandige en het bedrijf sterk *samenhangt met andere transacties* van het bedrijf. Het handelen van de zelfstandige kan dan effect hebben op het bedrijf, terwijl de

zelfstandige geen rekening houdt met dat effect. Andersom kunnen er ook situaties zijn waarin het bedrijf in zijn handelen geen rekening houdt met de effecten voor de zelfstandige.

Wanneer een zelfstandige in loondienst wordt genomen dan ontstaat er een hiërarchische relatie tussen de zelfstandige en het bedrijf. Deze hiërarchische relatie wordt vastgelegd in een langdurig arbeidscontract waarin de beloning en de input van de werknemer wordt vastgelegd (onder andere het aantal uren per week). Dit neemt voor een deel het probleem weg dat voortdurend onderhandeld moet worden als een van beide een investering doet waarbij de andere partij voordeel heeft. In een hiërarchische relatie heeft de directeur meer mogelijkheden de input van de werknemer te monitoren (bijvoorbeeld door een verplicht tijdschrijfsysteem), waardoor de informatie-asymmetrie afneemt. Verder mag verwacht worden dat een werknemer in loondienst meer rekening zal houden met de effecten van haar handelen op collega's en het bedrijf. De werknemer kan daarop aangesproken worden door de directeur.

Het in loondienst nemen van een zelfstandig ondernemer brengt echter kosten met zich mee. Een zelfstandige heeft een financiële stimulans tot hard werken en het opvoeren van zijn productie tot het punt waarop de inkomsten van extra productie niet meer opwegen tegen de kosten die hij maakt voor die extra productie (onder andere de vrije tijd die hij opgeeft). Deze financiële stimulansen ontbreken bij werknemers die een vast loon ontvangen (Perry 1989).

Een ander probleem dat speelt bij een hiërarchische relatie is de rol van directeur (Milgrom & Roberts 1988). Bij een hiërarchische relatie is er een directeur die de gehele organisatie stuurt. De directeur kan incompetent zijn of opportunistisch gedrag vertonen. Hij kan handelen in zijn eigen voordeel in plaats van dat van de organisatie. Om dergelijk gedrag te voorkomen is het zinvol de macht van de directeur te beperken. En zelfs wanneer de directeur uiterst competent en betrouwbaar is kan het zinvol zijn om de macht van de directeur te beperken. De eerste reden is dat deze daardoor een betrouwbaarder partner wordt om afspraken mee te maken. Milgrom & Roberts (1988) noemen het voorbeeld van een bedrijf waarin is vastgelegd hoe de baten van een innovatie worden verdeeld over de werknemer die de innovatie heeft gedaan en het bedrijf. Als er geen afspraak zou zijn, dan zou de werknemer terughoudend kunnen zijn met het maken van afspraken over een innovatie, omdat vooraf niet duidelijk is of de baten niet geheel naar het bedrijf of de directie gaan. Doordat vooraf een afspraak is gemaakt over de verdeling van de baten wordt de directeur een betrouwbaarder partner om afspraken te maken met de werknemer over het realiseren van een innovatie. De tweede reden is dat de directeur daardoor minder vatbaar wordt voor belangengroepen binnen de organisatie die voordeel willen behalen ten koste van andere groepen binnen de organisatie. Om de macht van de directeur te beperken zijn lange termijn afspraken nodig. Hieraan zijn transactiekosten verbonden (Milgrom & Roberts 1988).

Een hiërarchische relatie lost dus slechts een deel van de problemen op die zich kunnen voordoen in een marktrelatie, en creëert daarnaast nieuwe problemen.

Relatie tussen specialisten en ziekenhuizen

Vanouds hadden specialisten hun eigen praktijk, veelal aan huis (NZa, 2009). Met de toenemende technologische mogelijkheden zijn specialisten steeds vaker in ziekenhuizen gaan werken. De specialist bracht zijn menselijk kapitaal in en het ziekenhuis het fysieke kapitaal. Er was sprake van een horizontale wederkerige relatie, waarbij de specialist en ziekenhuis samen de zorg

leverden. De patiënt kwam primair voor de specialist en de specialist besliste over de behandeling en benodigde ziekenhuisfaciliteiten (Robinson, 1997). Daarbij is de verhouding tussen specialist en ziekenhuis steeds meer een één-op-één relatie geworden, waarbij specialisten slechts aan één ziekenhuis verbonden waren. Zowel ziekenhuis als specialist hadden daar voordeel bij. Het ziekenhuis was bijvoorbeeld eerder bereid te investeren in dure apparatuur als er zekerheid was dat de specialist niet een deel van zijn patiënten in een ander ziekenhuis zou behandelen (Simpson & Coate 1998).

De noodzaak tot kostenbeheersing van de zorg heeft de verhoudingen veranderd. Budgetteringsmaatregelen noopten ziekenhuisdirecties om afspraken te maken met specialisten over kostenbeheersing. De nieuwe rol van zorgverzekeraars heeft de verhoudingen verder veranderd, doordat verzekeraars primair met ziekenhuizen onderhandelen over de te leveren zorg. Zorgverzekeraars hebben ook mogelijkheden om hun verzekerden te sturen naar bepaalde ziekenhuizen, via financiële prikkels en wachtlijstbemiddeling. Dit noopt ziekenhuizen en specialisten afspraken met elkaar te maken, waardoor de vrijheid van specialisten om te beslissen over de inzet van ziekenhuisfaciliteiten vermindert. Deze ontwikkeling heeft zich in de jaren '80 ook in de VS voorgedaan (Robinson 1997).

Zijn de veranderde verhoudingen tussen specialist en ziekenhuis aanleiding om alle specialisten in loondienst te nemen? De hierboven genoemde drie redenen die pleiten voor het in loondienst nemen van zelfstandigen zijn in geval van specialisten alle drie aan de orde. De relatie tussen ziekenhuis en specialist is specifiek. Het ziekenhuis en de specialist zijn tot elkaar veroordeeld, vooral als specialisten in een maatschap werken. Het ziekenhuis kan niet op korte termijn een andere maatschap inhuren als de onderhandelingen met de maatschap stuk lopen. Andersom kan ook de maatschap niet eenvoudig van ziekenhuis wisselen. In deze omstandigheden is het lastig om een langdurig contract af te sluiten met concrete afspraken. Momenteel is de relatie tussen ziekenhuis en vrijgevestigde specialist vastgelegd in een toelatingsovereenkomst, waarin nauwelijks concrete afspraken staan.

De tweede reden die pleit voor het in loondienst nemen van een zelfstandige gaat bij specialisten gedeeltelijk op. De output van de specialist is goed waar te nemen wat betreft de hoeveelheid, maar niet wat betreft de kwaliteit. Het ziekenhuis is wel eindverantwoordelijk voor de kwaliteit, maar is voor het vormgeven van deze verantwoordelijkheid afhankelijk van de informatie die specialisten leveren.

Ook de derde reden is aan de orde. De werkzaamheden van de specialist hebben invloed op het ziekenhuis. De specialist bestelt bijvoorbeeld röntgenfoto's of schrijft medicijnen voor. Deze kosten komen terecht bij het ziekenhuis. Ook werkt de specialist in teamverband, waardoor zijn werkzaamheden invloed hebben op de inzet van het ziekenhuispersoneel en op andere specialisten.

Er zijn ook redenen die niet pleiten voor het in loondienst nemen van specialisten. Zoals gezegd is het volume van de output van specialisten goed te meten. Een vrijgevestigde specialist heeft sterkere financiële prikkels voor een hogere arbeidsproductiviteit per uur, wat in het belang is van zowel het ziekenhuis als de maatschappij. Verder zal het in loondienst nemen van specialisten er niet toe leiden dat de transactiekosten verdwijnen. De directie van een ziekenhuis zal, evenals bij

vrijgevestigde specialisten, afspraken moeten maken over de productie, doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten en over kwaliteitsinformatie. In die onderhandelingen zal de informatie-asymmetrie tussen specialist en ziekenhuis blijven bestaan. De specialist is immers de professional die contact heeft met de patiënt. De ziekenhuisbestuurder weet niet welke behandeling de patiënt nodig heeft, welke faciliteiten van het ziekenhuis daarvoor nodig zijn en hoeveel tijd de arts nodig heeft voor de behandeling. Het daarom zeer de vraag of de transactiekosten sterk omlaag gaan.

3 Gedragsprikkel specialisten in loondienst versus vrijgevestigde specialisten

Specialisten die per verrichting betaald krijgen, produceren een hoger zorgvolume dan specialisten in loondienst. Verschillen in kwaliteit van zorg en doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten zijn niet aangetoond.

De doelen van vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst zullen naar verwachting niet verschillen. In de literatuur worden de volgende doelen genoemd (Burns & Muller, 2008):

- Vergroten kwaliteit van zorg
- Vergroten inkomen
- Vergroten autonomie
- Vergroten toegang tot kapitaal en technologie
- Vergroten werkplezier en optimaliseren werkdruk

Specialisten zullen verschillen in de mate waarin ze de afzonderlijke doelen belangrijk vinden. Dit kan de keuze voor loondienst en vrije vestiging beïnvloeden. Bovendien kan de mate waarin specialisten hun doelen kunnen verwezenlijken afhangen van of ze in loondienst zijn of vrijgevestigd.

Verzekerden hebben belang bij goed toegankelijke zorg van hoge kwaliteit tegen een betaalbare prijs. Om deze doelen te verwezenlijken is een hoge arbeidsproductiviteit, een hoge kwaliteit en doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten door specialisten noodzakelijk. De doelen van de specialist en de wijze waarop specialisten betaald worden kan effect hebben op de arbeidsproductiviteit van specialisten en op de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening. Hieronder worden de gevolgen van de twee vormen van beloning geschetst. Het uitgangspunt daarbij is dat er zowel bij de artsen in loondienst als bij de vrijgevestigden geen sprake is van aanvullende prestatiebeloning. Ook is uitgegaan van de huidige bekostigingssystematiek, waarbij vrijgevestigde specialisten betaald krijgen per DBC (zie bijlage B).

Arbeidsproductiviteit

Financiële prikkels

Vrijgevestigde specialisten hebben in het huidige systeem financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit per uur. Bij een hoge arbeidsproductiviteit per uur kunnen zij per uur meer inkomen genereren. Verder hebben zij belang bij een zorgvolume waarbij zij voldoende inkomen genereren en ook voldoende vrije tijd overhouden. Vrijgevestigde specialisten zullen willen produceren totdat de opbrengst van een extra DBC even groot is als de kosten van een extra DBC (bijvoorbeeld in de vorm van ingeleverde vrije tijd, zie bijlage A). Omdat de waarde van vrije tijd voor elke specialist anders is, is het optimale zorgvolume ook voor elke vrijgevestigde specialist anders. Specialist in loondienst hebben geen financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit en een hoog zorgvolume.

Effecten financiële prikkels

Gosden e.a. (1999) geven een overzicht van onderzoeken die zijn verricht naar de effecten van de wijze waarop medici worden beloond op hun gedrag. Uit de onderzoeken blijkt dat artsen in loondienst minder patiëntconsulten hebben dan artsen die per verrichting worden betaald. Deze conclusies worden bevestigd in een overzichtsstudie van Chaix-couturier e.a. (2000). Cangialose e.a. (1997) en Hellinger (1998) geven overzichten van de onderzoeken die de VS hebben plaatsgevonden in een managed care situatie. Ook zij vinden dat het per verrichting betalen van medisch specialisten leidt tot een hoger zorgvolume. Uit een enquête onder medisch specialisten en huisartsen in de Verenigde Staten blijkt overigens dat dertig procent van de artsen ook zelf aangeeft dat zij reageren op financiële prikkels door het zorgvolume toe dan wel af te laten nemen (afhankelijk van de prikkel), zie Reschovsky e.a. (2006).

Mot (2001) heeft onderzoek gedaan in Nederland naar het effect van de overgang in 1995 van het betalen per verrichting naar lumpsum bekostiging. Bij de lumpsum bekostiging ontvangen de medisch specialisten een vaste vergoeding ongeacht het aantal verrichtingen. Dit heeft naar verwachting dezelfde effecten als het betalen van een salaris. De overgang naar lumpsum bekostiging heeft geleid tot een lager zorgvolume. Hieruit blijkt dat de medisch specialisten in Nederland reageren op financiële prikkels.

Pomp (2009) heeft onderzoek gedaan naar aanbodgeïnduceerde vraag. Hij vindt dat bij vrijgevestigde specialisten het zorggebruik per hoofd van de bevolking stijgt naarmate het aantal vrijgevestigde specialisten toeneemt. Bij artsen in loondienst was er geen relatie tussen artsendichtheid en het zorggebruik per inwoner.

Uit enquêtes onder medisch specialisten in Nederland blijkt dat vrijgevestigde medisch specialisten gemiddeld meer uren per week werken dan medisch specialisten in loondienst, zie onder andere Weening (2002) en van der Velden e.a. (1997). Uit onderzoek naar de tijdsbesteding van specialisten in algemene en universitaire ziekenhuizen blijkt dat vrijgevestigde medisch specialisten aangeven dat zij gemiddeld 51 uur per week werken versus 47 uur voor medisch specialisten in loondienst (Weening 2002). Als er alleen gekeken wordt naar specialisten die fulltime werken, komen de medisch specialisten in loondienst op gemiddeld 51 uur per week en de fulltime vrijgevestigde specialisten gemiddeld op 53 uur per week. De respons bestond uit 174 vrijgevestigde medisch specialisten en 221 medisch specialisten in loondienst. Weening (2002) heeft de medisch specialisten ook gevraagd om een inschatting te geven hoeveel procent van hun tijd zij besteden aan verschillende taken, zoals medische verrichtingen, managementtaken en overleg, administratieve taken, opleiding, enzovoorts. Hieruit komt naar voren dat vrijgevestigde medisch specialisten in verhouding meer tijd besteden aan medische verrichtingen (69 procent) ten opzichte van medisch specialisten in loondienst (54 procent). Medisch specialisten in loondienst besteden in verhouding meer tijd aan managementtaken en overleg, administratieve taken en opleiding. Dit beeld wordt bevestigd in het onderzoek van Kruijthof (2005) in alleen algemene ziekenhuizen, waarbij vrijgevestigde specialisten aangaven gemiddeld 67 procent van hun tijd te besteden aan patiëntgebonden zorg en specialisten in loondienst gemiddeld op 59 procent kwamen. Onderstaande tabel geeft de verdeling naar activiteiten weer.

Tabel 3.1 Medisch specialisten in loondienst in algemene ziekenhuizen besteden in verhouding minder tijd aan directe patiëntenzorg en meer tijd aan organisatiegerelateerde activiteiten

Activiteit	Loondienst	Vrijgevestigd
Patiëntenzorg	58,7	67,2
Zorggerelateerde activiteiten	15,5	13,2
Begeleiding en training	7,2	5,0
Onderzoek en opleiding	6,8	5,8
Organisatie gerelateerd	11,8	8,7
Totaal	100,0	100,0
N	136	489

Bron: Kruijthof (2005)

De eerste categorie betreft de individuele patiëntenzorg, zoals direct patiëntencontact, operaties et cetera. Zorggerelateerde activiteiten zijn het dicteren van brieven en overleggen over de patiëntenzorg. Begeleiding en training slaat op het begeleiden en opleiden van studenten en aio's. De categorie onderzoek en opleiding staat voor de tijd die de medisch specialist aan eigen onderzoek en opleiding besteedt. Organizatiegerelateerde activiteiten betreffen bijvoorbeeld overleggen over de organisatie en managementtaken. Deze onderzoeken zijn verricht in een tijd waarin de lumpsumbekostiging van kracht was en zijn daarom niet representatief voor de huidige situatie. Verwacht mag worden dat de verschillen tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigden nu groter zijn, omdat in 2008 de lumpsumbekostiging is afgeschaft en vrijgevestigde specialisten nu beloond worden voor extra productie.

Het is belangrijk om te realiseren dat de gevonden verschillen tussen medisch specialisten in loondienst en medisch specialisten die per verrichting worden betaald niet uitsluitend veroorzaakt wordt door het effect van de financiële prikkel. Er is ook sprake van een selectie-effect. Een selectie-effect ontstaat als medisch specialisten met bepaalde kenmerken zichzelf selecteren in een wijze van beloning. Barro en Beaulieu (2003) laten zien dat bij een overgang van specialisten van loondienst naar betaling op basis van verrichting er een sterke productiviteitsstijging plaatsvindt. Daarbovenop is er sprake van een selectie-effect, doordat de minder productieve artsen verhuizen naar een ander ziekenhuis, terwijl het ziekenhuis dat op basis van verrichtingen betaalt juist meer productieve artsen aantrekt.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat het gedrag van medisch specialisten beïnvloed kan worden door de wijze waarop zij vergoed worden. Specialist, die per verrichting betaald krijgen, zijn geneigd om een hoger zorgvolume te produceren dan specialisten in loondienst. Of dit alleen tot uiting komt in een hoger aantal gewerkte uren of ook in een hogere arbeidsproductiviteit per uur komt in de empirische literatuur niet naar voren. Wel blijken specialisten in loondienst per uur minder tijd te besteden aan medische verrichtingen, wat duidt op een lagere arbeidsproductiviteit. In de interviews en het rondetafelgesprek met directeuren van ziekenhuizen wordt ook bevestigd dat vrijgevestigde specialisten meer produceren dan specialisten in loondienst. Ook bestond bij hen de indruk dat de arbeidsproductiviteit per uur van vrijgevestigde specialisten hoger was, wat onder andere tot uiting kwam in kortere wisseltijden tussen operaties. In de rondetafelgesprekken met specialisten waren de meningen verdeeld. Sommigen vonden dat specialisten in loondienst evenveel produceerden als vrijgevestigde specialisten, terwijl anderen vonden dat vrijgevestigde specialisten meer produceerden. Ook werd

in verschillende interviews genoemd dat specialisten in loondienst meer tijd besteden aan overleg met andere artsen en met de patiënt zelf, wat tot een lagere productiviteit per uur zou leiden (maar mogelijk meer kwaliteit).

Er is overtuigend bewijs dat specialisten in loondienst minder zorg leveren dan specialisten die betaald worden per prestatie. Verder zijn er aanwijzingen dat ook de arbeidsproductiviteit per uur van vrijgevestigde specialisten hoger is dan van specialisten in loondienst.

Doelmatig gebruik ziekenhuisfaciliteiten

Financiële prikkels

Specialisten hebben belang bij een goede toegang tot ziekenhuisfaciliteiten. Dit geldt zowel voor specialisten in loondienst als vrijgevestigde specialisten. Beide groepen betalen niet de kosten van deze faciliteiten, waardoor zij de gevolgen van hun handelen op de kosten van het ziekenhuis niet volledig meewegen in hun beslissingen. Vrijgevestigde specialisten hebben er daarnaast belang bij om zoveel mogelijk kosten bij het ziekenhuis neer te leggen en niet in de maatschap te laten vallen (Robinson, 1997). Om hun eigen productie op te voeren kunnen zij belang hebben bij extra investeringen of capaciteit van het ziekenhuis. Ook hebben zij er belang bij dat een deel van het werk voor declarabele prestaties wordt overgenomen door het ziekenhuispersoneel (bijvoorbeeld nurse practitioners) (Robinson, 1997). Ook specialisten in loondienst kunnen hier belang bij hebben: bij een vast aantal patiënten kunnen ze hierdoor de werkdruk verlagen. Anderzijds hebben zowel vrijgevestigden als specialisten in loondienst belang bij een financieel gezond ziekenhuis. Dit biedt meer ruimte voor investeringen en biedt op de lange termijn meer continuïteit. Vrijgevestigden hebben daarnaast een extra belang bij doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten, doordat hierdoor het ziekenhuisdeel in het DBC tarief laag kan worden gehouden. Dit zorgt ervoor dat zij hun marktaandeel op peil kunnen houden of uitbreiden (bron: interviews). Dit belang is er echter alleen als zij meer zouden willen produceren dan zij al doen. Verder hebben zij belang bij een efficiënt gebruik van bestaande faciliteiten, omdat zij daarmee hun productie kunnen opvoeren. Het al genoemde voorbeeld van de korte wisseltijden tussen operaties bij vrijgevestigden leidt niet alleen tot een hogere arbeidsproductiviteit, maar ook tot een doelmatig gebruik van ziekenhuiscapaciteit (bron: rondetafelgesprek bestuurders ziekenhuizen). Vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst hebben dus prikkels voor zowel doelmatig als ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten. Voor vrijgevestigde specialisten zijn zowel de prikkels voor doelmatig als voor ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten sterker dan voor specialisten in loondienst.

Effecten financiële prikkels

In de empirische literatuur is beperkt onderzoek gedaan naar het verschil tussen loondienst en vrijgevestigden wat betreft doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. Uit onderzoek van Gosden (1999) komt naar voren dat artsen in loondienst minder testen, zoals röntgenfoto's en ECG's, aanvragen dan artsen die per verrichting worden betaald. Deze conclusies worden bevestigd in een overzichtsstudie van Chaix-couturier e.a. (2000). En andere studie, waarin ziekenhuizen met elkaar werden vergeleken, laat zien artsen in loondienst patiënten na een hartaanval intensiever behandelen en tegen hogere kosten dan artsen die niet in loondienst waren. Zij deden vaker bypass operaties en hartkatheterisatie en pasten vaker angioplastiek toe

(verwijden van vernauwde slagaders). De kosten van de behandeling waren hoger in ziekenhuizen met artsen in loondienst, terwijl de sterftcijfers niet verschilden (Madison, 2004). Per saldo is er dus geen overtuigend bewijs dat artsen in loondienst dan wel vrijgevestigde specialisten doelmatiger omgaan met ziekenhuisfaciliteiten.

Kwaliteit

Financiële prikkels

Specialisten hebben een intrinsieke prikkel om kwaliteit te leveren. Dit verschilt niet tussen vrijgevestigden en specialisten in loondienst. Financiële prikkels kunnen wel invloed hebben op de kwaliteit. Loondienst of vrije vestiging kan ook invloed hebben op de informatie die specialisten geven aan het ziekenhuisbestuur en daarmee op kwaliteit.

Vrijgevestigde specialisten hebben een sterkere financiële prikkel tot een hogere arbeidsproductiviteit en een sterkere volume prikkel dan specialisten in loondienst. Dit kan bij onvoldoende vraag leiden tot overbehandeling: het leveren van zorg die niet kosteneffectief is (Emons 2010). Overbehandeling hoeft niet negatief te zijn voor de patiënt. De patiënt hoeft de zorg niet te betalen waardoor het voor de patiënt voordelig kan zijn als de arts behandelingen aanbiedt die niet kosteneffectief zijn. Overbehandeling is pas negatief voor de patiënt wanneer dit leidt tot een grotere fysieke of mentale belasting zonder dat het tot een verbetering van de medische uitkomsten leidt. Overbehandeling kan in extreme gevallen zelfs leiden tot gezondheidsschade. De kans op overbehandeling is vooral groot bij bekostiging per verrichting.

¹Extra handelingen per patiënt leveren dan extra inkomen op. In de DBC systematiek zijn extra handelingen per patiënt niet rendabel, omdat de prijs per DBC vast staat en niet afhankelijk is van het aantal handelingen per patiënt. Onderbehandeling is in de DBC systematiek wel rendabel. Het is in de DBC systematiek rendabel om veel patiënten in behandeling te nemen en per patiënt zo min mogelijk zorg te leveren. Deze prikkel wordt gemitigeerd door het gevaar van reputatieschade die kan ontstaan als de patiënt schade ondervindt door over- of onderbehandeling. Ook ethische normen en de intrinsieke prikkel van de arts om kwaliteit te leveren compenseren het risico van over- en onderbehandeling. Specialist in loondienst hebben geen prikkel tot onder- of overbehandeling per patiënt, maar kunnen wel geneigd zijn om uit kwaliteitsoverwegingen meer zorg per patiënt te leveren. Dit hoeft niet kosteneffectief te zijn. Ook bij specialisten in loondienst kan dus sprake zijn van overbehandeling.

In de interviews is erop gewezen dat specialisten in loondienst meer tijd nemen voor hun patiënten en meer overleggen met andere artsen. Dit kan leiden tot betere medische uitkomsten en een hogere patiënttevredenheid.

Anderzijds kunnen vrijgevestigde specialisten in een maatschap sterkere stimulansen om elkaar aan te spreken op de kwaliteit van hun werk. De maten hebben er last van als een andere maat slecht presteert: dat straalt af op de maatschap en heeft dus invloed op hun inkomen. Bij specialisten in loondienst hebben collega's binnen een vakgroep ook last van een slecht

¹ In de VS worden ziekenhuizen door meeste private verzekeraars bekostigd op basis van verrichtingen (fee for service). Dit geeft in de VS een sterke prikkel tot overbehandeling. Overheidsverzekeringen voor ouderen en mensen met een laag inkomen (medicare en medicaid) bekostigen ziekenhuizen op basis van DRG's, vergelijkbaar met de Nederlandse DBC's.

functionerende collega, maar dit heeft geen invloed op hun inkomen. De peer pressure zou daarom minder kunnen zijn.

Omdat in een loondienstsituatie sprake is van een hiërarchische relatie zou informatie over kwaliteit in een loondienstsituatie eerder afgedwongen kunnen worden door bestuurders van ziekenhuizen. Het ligt in een loondienstverhouding voor de hand dat er functioneringsgesprekken plaatsvinden. Bestuurders zouden daardoor beter kunnen sturen op kwaliteit.

Verder zou de kwaliteit kunnen worden beïnvloed doordat artsen in loondienst meer betrokken zijn bij de organisatie, waardoor de kwaliteit van het teamwork (bijvoorbeeld in de operatiekamer) beter zou kunnen zijn (bron: interview).

Effecten financiële prikkels

In het onderzoek van Cangialose e.a. (1997) is gekeken naar empirische verschillen in kwaliteit tussen artsen in loondienst en vrijgevestigde specialisten. De onderzoekers vonden geen systematische verschillen in patiënttevredenheid of klinische uitkomsten.

In de interviews en rondetafelgesprekken kwam naar voren dat er in de praktijk geen verschil is tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigden in de mate van intercollegiale toetsing. In beide gevallen is er geen sprake van sterke intercollegiale toetsing. Kwaliteitsincidenten in Nederlandse ziekenhuizen blijken even vaak voor te komen bij specialisten in loondienst als bij vrijgevestigde specialisten.

Specialisten die betaald worden per verrichting hebben een sterkere volume prikkel dan specialisten in loondienst. Niet is bekend of het hogere zorgvolume van specialisten die betaald worden per verrichting leidt tot overbehandeling of tot vermindering van onderbehandeling (Houkes, 2010).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de behandelintensiteit in Nederland, evenals in andere landen, sterk verschilt per regio (Van Beek e.a. 2009, Fisher e.a. 2003). Uit onderzoek in de VS blijkt dat een hogere behandelintensiteit niet samenhangt met betere gezondheidsuitkomsten (Fisher e.a. 2003). De oorzaken daarvan zijn onduidelijk. Uit het al genoemde onderzoek van Pomp (2009) blijkt dat bij vrijgevestigde specialisten het zorggebruik per hoofd van de bevolking stijgt naarmate het aantal vrijgevestigde specialisten toeneemt en bij specialisten in loondienst niet. Of de toename van het zorgvolume bij vrijgevestigde artsen leidde tot overbehandeling kan hij op basis van het onderzoek niet concluderen.

Ook is er in de praktijk geen verschil in de mate waarin informatie over kwaliteit aan het ziekenhuisbestuur wordt gegeven. Functioneringsgesprekken met specialisten in loondienst zijn niet gebruikelijk (bron: interviews). Wel wordt dit soms gestimuleerd (bron: interviews). Ook kunnen specialisten in loondienst, evenals vrijgevestigden, niet gedwongen worden om visitatierapporten (waarin hun kwaliteit wordt getoetst door andere artsen in het kader van herregistratie) aan het ziekenhuisbestuur te geven. Afspraken hierover worden gemaakt in de AMS en de MTO. De afspraken die hierin zijn vastgelegd over het vertrekken van

kwaliteitsinformatie zijn vrijwel gelijklopend. Uit de rondetafelgesprekken blijkt dat in veel ziekenhuizen in de praktijk wel is afgesproken dat visitatierapporten naar de Raad van Bestuur worden gestuurd.

Uit de Euro Health Consumer Index 2009 blijkt dat Nederlandse gezondheidszorg al twee jaar als de beste van Europa wordt beoordeeld (Health Consumer Powerhouse 2009). Nederland scoort goed op alle kwaliteitsaspecten, waarbij alleen de wachttijden een zwak punt zijn ten opzichte van enkele andere landen, zoals België, Frankrijk en Zwitserland. De opstellers van de index speculeren dat de hoge score zou kunnen komen doordat politici en bureaucraten (in het rapport betiteld als 'health care amateurs') op afstand staan van de zorg en behandelbeslissingen in hoge mate worden gemaakt in overleg tussen arts en patiënt (Health Consumer Powerhouse 2009). Landen waarbij alle artsen in loondienst zijn, zoals Denemarken en het VK, scoren lager dan Nederland op kwaliteit.

Conclusie

Uit de wetenschappelijke literatuur en de interviews en rondetafelgesprekken blijkt dat de wijze van beloning specialisten verschillende financiële prikkels geeft. Vrijgevestigde specialisten hebben in het huidige systeem financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit per uur en bij een zorgvolume waarbij zij voldoende inkomen genereren en ook voldoende vrije tijd overhouden. Specialist in loondienst hebben geen financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit en een hoog zorgvolume. Vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst hebben beiden prikkels voor zowel doelmatig als ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten. Voor vrijgevestigde specialisten zijn de prikkels voor doelmatig én de prikkels voor ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten sterker dan voor specialisten in loondienst. Doelmatigheidsprikkels komen voort uit een belang bij een financieel gezond ziekenhuis en bij vrijgevestigden ook uit een belang om binnen de bestaande capaciteit zoveel mogelijk zorg te kunnen leveren en de DBC prijs laag te houden. Ondoelmatigheidsprikkels komen voort uit een belang bij verlaging van de werkdruk door het verschuiven van werk naar ziekenhuispersoneel en bij vrijgevestigden ook uit een belang bij extra investeringen door het ziekenhuis waardoor zij extra inkomen kunnen genereren. Wat betreft kwaliteit hebben vrijgevestigde specialisten in de DBC-systematiek een financiële prikkel om zoveel mogelijk patiënten in behandeling te nemen, wat kan leiden tot overbehandeling, en per patiënt zo min mogelijk te doen, wat kan leiden tot onderbehandeling. Daartegenover staat dat ethische normen, een intrinsieke prikkel om kwaliteit te leveren en het gevaar van reputatieschade juist een prikkel geven om optimale kwaliteit te leveren.

In de praktijk leiden deze verschillende financiële prikkels ertoe dat specialisten, die per verrichting betaald krijgen, een hoger zorgvolume produceren dan specialisten in loondienst. Verschillen in kwaliteit van zorg en doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten zijn niet aangetoond.

4 Problemen en oplossingen

Belangen van verzekerden, ziekenhuizen en specialisten liggen momenteel niet automatisch op één lijn. Dit geldt vooral voor de prikkels van specialisten met betrekking tot zorgvolume, arbeidsproductiviteit en doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten.

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op de financiële prikkels van specialisten in loondienst versus de financiële prikkels van vrijgevestigde specialisten, gegeven de huidige bekostigingssystematiek. Geconcludeerd is dat alleen wat betreft productiviteit er een duidelijk verschil is geconstateerd tussen vrijgevestigden en specialisten in loondienst. Dit hoofdstuk gaat in op de vraag of de financiële prikkels van vrijgevestigden en specialisten in loondienst sporen met de doelen van verzekerden en met de doelen van het ziekenhuis. Ook wordt ingegaan op beleidsopties die beogen de financiële prikkels van vrijgevestigden en specialisten in loondienst meer in overeenstemming te brengen met die van verzekerden en die van het ziekenhuis.

Verzekerden hebben belang bij toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Het ministerie van VWS handelt in de belangen van verzekerden en stelt daarom deze doelen centraal. Ziekenhuizen hebben belang bij een hoge omzet en een positief exploitatieresultaat, het leveren van een goede kwaliteit zorg en een goede reputatie (Burns & Muller, 2008). Ziekenhuizen in Nederland zijn of publiek (academische ziekenhuizen) of non profit instellingen. Een positief resultaat is belangrijk om de continuïteit van het ziekenhuis te garanderen.

Belangen verzekerden versus belangen specialisten

Een sterke productieprikkel van specialisten hoeft niet in het belang te zijn van verzekerden. Als specialisten door de productieprikkel geneigd zijn om zorg te leveren die niet kosteneffectief is (overbehandeling), dan is dat niet in het belang van verzekerden. In dat geval weegt de gezondheidswinst van de patiënt niet op tegen de kosten. De kosten kunnen bij de patiënt zelf terecht komen (bijvoorbeeld in de vorm van welvaartsverlies door belastende onderzoeken of operaties) of bij andere verzekerden. Voor de maatschappij als geheel leidt dit tot welvaartsverlies.

Andersom hoeft ook de afwezigheid van een productieprikkel niet in het belang te zijn van de verzekerde. Afwezigheid van een productieprikkel kan leiden tot wachtlijsten en het niet leveren van kosteneffectieve zorg (onderbehandeling). De macrokosten worden daarmee wel in de hand gehouden, maar de totale welvaart daalt (omdat de baten van de zorg groter zouden zijn geweest dan de kosten). Verzekerden zijn er dus bij gebaat dat specialisten uitsluitend kosteneffectieve zorg leveren en daar niet terughoudend in zijn.

Specialisten hebben belang bij zowel doelmatig als ondoelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteiten. Doelmatigheidsprikkels zijn in het belang van de verzekerde, zolang zij niet leiden tot te lage kwaliteit en lange wachtlijsten.

Specialisten hebben een intrinsieke prikkel om kwaliteit te leveren. Dit is altijd in het belang van patiënten, omdat deze de behandeling niet betalen. Het bieden van niet kosteneffectieve zorg vertaalt zich echter in een hogere premie, waardoor dit niet in het belang is van verzekerden.

Belangen ziekenhuis versus belangen specialisten

En sterke productieprikkel van specialisten hoeft niet in het belang te zijn van ziekenhuizen. Ziekenhuizen produceren tot de opbrengst van een extra DBC gelijk is aan de kosten van een extra DBC. De opbrengst is afhankelijk van de bekostigingssystematiek. De kosten van een extra DBC hangt af van de benutting van de productiecapaciteit. Een groot deel van de kosten van een ziekenhuis zijn vaste kosten, zoals de kosten van het gebouw en de apparatuur. Een extra DBC leidt niet tot extra kosten zolang de capaciteit niet volledig benut is. De kosten van personeel zullen wel stijgen als het aantal DBC's toeneemt. In het huidige A-segment is de opbrengst van sommige DBC's lager dan de kosten van die DBC. Het ziekenhuis heeft er dan belang bij zo min mogelijk van deze DBC's te produceren. Voor andere DBC's zijn de vergoedingen wel hoger dan de kostprijs. Ook dan heeft het ziekenhuis er geen belang bij zoveel mogelijk te produceren, omdat de omzet in het A-segment momenteel nog gelimiteerd is. Het ziekenhuis kan de productie van specialisten (zowel vrijgevestigden als in loondienst) afremmen door geen capaciteit beschikbaar te stellen (bijvoorbeeld OK-personeel of OK-ruimtes).

Het kan ook zijn dat de productieprikkel van het ziekenhuis sterker is dan die van een vrijgevestigde specialist. In het huidige B-segment spreekt het ziekenhuis een prijs af met de verzekeraar die boven de kostprijs ligt. Het ziekenhuis heeft er dan belang bij zoveel mogelijk DBC's te produceren, totdat de capaciteit van het ziekenhuis volledig benut is, en de kosten van uitbreiding van de capaciteit hoger zijn dan de opbrengst van het produceren van extra DBC's. Ziekenhuizen waar de capaciteit niet volledig is benut kunnen belang hebben bij meer productie dan de vrijgevestigde specialist geneigd is te leveren. In die gevallen loont het voor ziekenhuizen om specialisten extra te betalen om meer productie te leveren.

De productieprikkel voor vrijgevestigde specialisten hoeft dus niet overeen te komen met die van ziekenhuizen. Sterker nog, gezien de huidige duale bekostiging (apart voor specialist en ziekenhuis) zou het puur toeval zijn als ziekenhuizen dezelfde productieprikkel zouden hebben als specialisten. Wel zijn de prikkels van vrijgevestigde specialist en ziekenhuis in het B-segment meer in dezelfde richting dan in het A-segment. Naar verwachting heeft echter het ziekenhuis in het B-segment sterkere volumeprikkels dan de specialist, omdat het ziekenhuis hoge vaste kosten heeft, waardoor de kosten van een extra DBC laag zijn. In de rondetafelgesprekken met specialisten werd bevestigd dat de productieprikkel van ziekenhuizen in het B-segment sterker is dan die van specialisten.

In de toekomst zal de bekostiging van het A-segment veranderen. Ook in het A-segment zullen ziekenhuizen dan worden bekostigd op grond van de DBC-systematiek. Als de prijzen van DBC's goed zijn vastgesteld (en op of boven de kostprijs zitten) hebben ziekenhuizen geen belang meer bij het afremmen van de productie van specialisten. Wel komt er een mechanisme om de macro-kosten te beheersen (Ministerie VWS, 2010). De details daarvan zijn nog niet uitgewerkt.

Momenteel hebben specialisten niet alleen belang bij doelmatig omgaan met ziekenhuisfaciliteit, maar ook belang bij ondoelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. Het ziekenhuis heeft een zeer groot belang bij doelmatig gedrag van specialisten.

Wat betreft kwaliteit liggen de prikkels specialist en ziekenhuis grotendeels op één lijn. Onderbehandeling is uit een oogpunt van kostenbeheersing zowel voor het ziekenhuis als voor de vrijgevestigde specialist financieel aantrekkelijk, maar levert het risico op van reputatieschade voor zowel specialist als ziekenhuis. De intrinsieke prikkel van de specialist om kwaliteit te leveren is daarom ook in het belang van het ziekenhuis. Een belangentegenstelling ligt alleen in het leveren van informatie over kwaliteit door de specialist aan het ziekenhuis. De specialist heeft daar geen belang bij, terwijl het ziekenhuis er wel belang bij heeft.

Oplossingen

Het probleem is dat de prikkels van specialisten niet automatisch en vanzelfsprekend sporen met de belangen van verzekerden en met die van ziekenhuizen. De beleidsopties zijn erop gericht de kosten beheersen door het zorgvolume te beperken, de arbeidsproductiviteit te vergroten of het doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten te bevorderen

Daarbij moet worden bedacht dat de belangen van ziekenhuizen niet hoeven te sporen met die van verzekerden. Ziekenhuizen kunnen belang hebben bij over- of onderbehandeling van patiënten. De bekostigingssystematiek van ziekenhuizen behoort de belangen van ziekenhuizen en verzekerden met elkaar in overeenstemming te brengen. Zowel het ministerie van VWS, de NZa als verzekeraars hebben hier een belangrijke taak in. De beleidsopties gaan verder niet in op de ideale bekostiging van ziekenhuizen. De volgende beleidsopties zijn geselecteerd:

	beleidsoptie
	Integratie specialisten in het ziekenhuis
1	Alle specialisten in loondienst
2	Joint venture
	Bekostiging
3	Maximumomzet specialisten
4	Integrale tarieven
	Prestatiebeloning specialisten
5	Prestatiebeloning specialisten in loondienst
6	Resultaatverantwoordelijke eenheden

De effecten van deze beleidsopties komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

5 Effecten beleidsopties

Beleidsopties die volumebeperking beogen (alle specialisten in loondienst en maximumomzet specialisten) hebben volumebeperking en daardoor waarschijnlijk wachtlijsten en mogelijk onderbehandeling tot gevolg. De beleidsoptie die de arbeidsproductiviteit van specialisten in loondienst beoogt te verhogen (prestatiebeloning specialisten in loondienst) leidt alleen tot kostenbeheersing als de basissalarissen omlaag gaan, waardoor de welvaart van specialisten in loondienst daalt. Beleidsopties die specialisten belang geven bij doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten (joint ventures, resultaat verantwoordelijke eenheden en integrale tarieven) hebben naar verwachting een positief effect op de doelmatigheid van het ziekenhuis. Alleen resultaatverantwoordelijke eenheden kan op draagvlak binnen de sector rekenen.

5.1 Alle medisch specialisten in loondienst

Deze beleidsoptie houdt in dat alle vrijgevestigde specialisten verplicht in loondienst worden genomen door het ziekenhuis. Het idee achter deze optie is dat de volume prikkel van specialisten in loondienst minder is dan die van vrijgevestigde specialisten waardoor overbehandeling wordt voorkomen en de kosten van de zorg omlaag gaan. Als gevolg van de hiërarchische relatie tussen specialist en ziekenhuis zou bovendien het ziekenhuis meer mogelijkheden hebben om te sturen op doelmatigheid. De beleidsoptie veronderstelt dat geen prestatiebeloning voor specialisten wordt ingevoerd (deze variant komt later aan bod).

Gevolgen voor specialisten

De specialist in loondienst heeft minder stimulans tot een hoge arbeidsproductiviteit dan een vrijgevestigde specialist. Specialisten zullen daardoor naar verwachting minder gaan produceren. Ook zal het inkomen omlaag gaan.

Een verplichte overgang van vrijgevestigden naar loondienst verlaagt de welvaart van specialisten. Specialisten verschillen in hun preferenties wat betreft inkomen, vrije tijd en werkdruk. Nu kiezen specialisten de arbeidsverhouding die bij hen past en voor hen de hoogste welvaart oplevert. Die keuzemogelijkheid vervalt, waardoor de welvaart van specialisten omlaag gaat.

Doordat er een keuzemogelijkheid wordt ontnomen kan de aantrekkelijkheid van het beroep minder worden.

Gevolgen voor het ziekenhuis

Ook voor het ziekenhuis geldt dat het nu een zekere vrijheid heeft om te kiezen voor specialisten in loondienst of vrije vestiging. Wanneer een ziekenhuis alle specialisten in loondienst wil hebben kan het daarover onderhandelen met de specialisten. In het OLVG ziekenhuis zijn in 1997 alle specialisten in loondienst genomen.

Wright (2007) laat zien dat ziekenhuizen die een sterke productieprikkel hebben als gevolg van de bekostiging een voorkeur hebben om specialisten op basis van verrichting te betalen, omdat dat de belangen van ziekenhuis en specialist op een lijn brengt. Publieke ziekenhuizen, zoals in

Nederland de academische ziekenhuizen, hebben belang bij specialisten met een zwakkere productieprikkel, die graag moeilijke patiënten behandelen. Wright laat zien dat publieke ziekenhuizen daarom een voorkeur hebben voor specialisten in loondienst. Het ontnemen van de mogelijkheid voor ziekenhuizen om zelf te kiezen of zij specialisten in loondienst nemen of niet kan dus de welvaart verlagen omdat het ziekenhuizen de mogelijkheid ontnemt om keuzes te maken in hun belang.

Wanneer algemene ziekenhuizen gedwongen worden om alle specialisten in loondienst te nemen zonder mogelijkheden voor prestatiebeloning leidt dit in het B-segment tot een grotere belangentegenstelling tussen specialisten en ziekenhuis. Voor specialisten vermindert de productieprikkel, terwijl de productieprikkel voor het ziekenhuis in het B-segment onverminderd blijft, omdat de prestatiebekostiging niet verandert. Het ziekenhuis zal meer specialisten in dienst willen nemen om toch op de voor het ziekenhuis optimale productie terecht te komen. Dit kan alleen als de opleidingscapaciteit wordt uitgebreid.

In het A-segment vermindert de belangentegenstelling tussen ziekenhuis en specialist, omdat in het A-segment het budget gemaximeerd is. Op dit moment hebben vrijgevestigde specialisten in het A-segment wel een volume prikkel en het ziekenhuis niet. Wanneer in de toekomst de FB-systematiek wordt vervangen door de DBC-systematiek in het A-segment, dan kan ook voor het A-segment de volume prikkel van specialist en ziekenhuis uit elkaar gaan lopen als alle specialisten in loondienst komen.

Gevolgen voor verzekerden

Voor de kwaliteit van de behandeling en voor de doelmatigheid van het ziekenhuis zal deze optie naar verwachting weinig effect hebben. In hoofdstuk 3 is geconcludeerd dat de kwaliteit van de behandeling en doelmatig gedrag niet verschilt tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten.

Voor het zorgvolume zal het wel uitmaken. De productieprikkel van specialisten in loondienst is lager, waardoor het zorgvolume bij een gegeven aantal specialisten zal dalen. De macro-kosten van de zorg zullen dalen omdat er minder volume wordt geproduceerd. Dit kan leiden tot onderbehandeling en wachtlijsten, zoals ook het geval was bij de overgang van bekostiging op basis van verrichting naar lumpsumbekostiging in 1995. Door de volumebeperking kunnen ziekenhuizen in het B-segment hogere prijzen onderhandelen met verzekeraars. Dit doet een deel van de kostendaling teniet: verzekerden krijgen dan minder zorg terwijl de kosten niet evenredig afnemen.

Wachtlijsten zullen leiden tot een vermindering van de vraag. Een deel van de patiënten zal afzien van een bezoek aan de specialist omdat de zorg minder toegankelijk wordt. Dit hoeft niet erg te zijn. Patiënten kunnen belang hebben bij niet-kosteneffectieve zorg, omdat zij zelf maar een klein deel van de financiële kosten dragen. De vraag naar niet-kosteneffectieve zorg zal naar verwachting het eerst afnemen. Vraaguitval zal niet leiden tot het volledig verdwijnen van de wachtlijsten.

Om de wachtlijsten weg te werken zullen meer artsen moeten worden opgeleid. Dit zal de macrokosten van de zorg verhogen. Ten eerste doordat daardoor het zorgvolume weer omhoog gaat. Bovendien is de opleiding van specialisten kostbaar. Wel zal de prijs van DBC's in het B-segment weer dalen als het zorgvolume stijgt. Als er meer artsen worden opgeleid kan uiteindelijk het ziekenhuis weer op het voor het ziekenhuis optimale volume uitkomen.

Of er een voor de verzekerde optimaal volume tot stand komt hangt af van de werking van de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt. Als beiden perfect werken zal het volume dat tot stand komt meer in overeenstemming zijn met de preferenties van verzekerden dan nu het geval is. Beide markten werken echter niet perfect, waardoor niet voorspeld kan worden of het marktevenwicht meer in overeenstemming is met de preferenties van verzekeren dan nu.

Praktische haalbaarheid

Zowel onder ziekenhuisbestuurders als specialisten is er geen draagvlak voor een verplichting om alle specialisten in loondienst te nemen. Uit een enquête onder vrijgevestigde specialisten blijkt dat 96% tegen het verplicht overgaan in loondienst is (Zorgvisie 19 februari 2010). De bij de rondetafelgesprekken aanwezige specialisten waren allen tegen het verplicht overgaan in loondienst. De bij de rondetafelgesprekken aanwezige ziekenhuisbestuurders waren unaniem tegen een verplichting om specialisten in loondienst te nemen. Beide partijen willen hierin een eigen keuze kunnen maken.

Specialisten betalen good will als zij intreden in een maatschap. De good will bedraagt ongeveer een jaarinkomen. Volgens de Orde van Medisch specialisten bedraagt de totale good will vergoeding voor alle medisch specialisten naar schatting 2 miljard euro. Afschrijving van de good will leidt tot eenmalige kosten. Het is de vraag wie deze kosten moet dragen, overheid, ziekenhuizen of specialisten.

Daarnaast worden vrijgevestigde specialisten geconfronteerd met een pensioenbreuk bij overgang naar loondienst. Vrijgevestigde specialisten bouwen momenteel verplicht pensioen op bij de Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten (SPMS). De regeling bij de SPMS is een beschikbare premieregeling, waarbij elke specialist een vermogen opbouwt. Op het moment dat de specialist met pensioen gaat is pas bekend hoeveel pensioen daarvan kan worden ingekocht. Het pensioen wordt elk jaar geïndexeerd met 3%. De dekkingsgraad van de SPMS (de verhouding tussen verplichtingen en vermogen) bedroeg eind 2009 117%. Bij overgang naar loondienst zal de pensioenopbouw verder plaatsvinden in het pensioenfonds Zorg en Welzijn (het vroegere PGGM). Het fonds Zorg en Welzijn kent een middelloonregeling, waarbij de hoogte van het pensioen niet afhankelijk is van het opgebouwde vermogen maar van het gemiddeld verdiende loon. De dekkingsgraad van fonds Zorg en Welzijn bedroeg eind 2009 109% (Financieel Dagblad 28 januari 2010). Indexatie van het ingegane pensioen is bij het fonds Zorg en Welzijn afhankelijk van de dekkingsgraad. Er zijn nu twee mogelijkheden. De eerste is dat het in de SPMS opgebouwde vermogen wordt overgedragen aan het fonds Zorg en Welzijn en daar wordt omgezet in een pensioenaanspraak op pensioenleeftijd. Nadeel voor de specialist is dat de overgedragen waarde bij het fonds Zorg en Welzijn naar verwachting minder pensioen oplevert dan bij het SPMS. Dit komt doordat de dekkingsgraad bij het fonds Zorg en Welzijn lager is en omdat het fonds Zorg en Welzijn geen verplichte indexatie kent. Daartegenover staan

mogelijk lagere toekomstige premielasten voor de specialist. De tweede mogelijkheid is dat het vermogen blijft staan bij SPMS. Het pensioenfonds loopt dan langzaam leeg. Dat betekent dat de uitvoeringskosten van het fonds over steeds minder deelnemers moet worden uitgesmeerd, wat het uiteindelijke pensioenvermogen verlaagt.

Het bruto inkomen van vrijgevestigde specialisten is hoger dan dat van specialisten in loondienst. Mede door fiscale voordelen als gevolg van hun positie als ondernemer, zoals de zelfstandigenaftrek en de mogelijkheid om kosten af te trekken, komen zij ook netto hoger uit. Daartegenover staat dat vrijgevestigde specialisten meer produceren dan specialisten in loondienst. Aangezien de productieprikkel omlaag gaat als specialisten in loondienst gaan werken ligt het niet voor de hand om dit inkomensverlies te compenseren.

5.2 Joint venture specialisten en ziekenhuis.

Een joint venture is een vorm van samenwerking tussen specialisten en ziekenhuis die is geïnstitutionaliseerd in een gezamenlijke dochteronderneming, waarin specialisten en ziekenhuis investeren en het resultaat verdelen. Het idee achter deze beleids optie is dat deze de doelen van specialist en ziekenhuis op één lijn te brengt. Ziekenhuis en specialist krijgen dezelfde volume prikkels en de specialist krijgt meer belang bij doelmatigheid.

Het Dermatologisch Centrum Isala is een joint venture van de maatschap Dermatologie en het ziekenhuis (Isala), waarbij het ziekenhuis en de maatschap gelijkwaardige aandeelhouders zijn. De maatschap is toegetreten tot een specialisten bv. In een medewerkersovereenkomst is de relatie tussen specialist en het Dermatologisch centrum vastgelegd. De medisch directeur kan zelfstandig investeringsbeslissingen nemen, binnen het mandaat van de aandeelhouders. De joint venture koopt diensten in bij het ziekenhuis (zoals facilitaire zaken) en het ziekenhuis bij de joint venture (zoals bijdrage aan opleiding) (Ottenvanger e.a. 2008). In deze joint venture is overeengekomen dat specialisten hun honorarium krijgen en dat de winst van de joint venture verdeeld wordt over specialist en ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft daardoor weinig belang bij de joint venture, omdat het een deel van het resultaat afstaat. Het opzetten van meerdere joint ventures, zoals eerder de bedoeling was, is mede daardoor niet van de grond gekomen (bron: rondetafelgesprekken). Het ligt meer voor de hand de winst van zowel de specialist als de winst van het ziekenhuis te verdelen. De specialist zou dan een positie krijgen als directeur-grootaandeelhouder, waarbij een reëel salaris wordt uitgekeerd. In de beschrijving van de effecten van deze optie is dit verondersteld. Ook is verondersteld dat de winst van de joint venture kan worden uitgekeerd aan de aandeelhouders. Hierdoor vervalt het recht op vrijstelling van de vennootschapsbelasting voor de joint venture. Op dit moment is dit nog niet mogelijk omdat er een verbod op winst maken geldt voor ziekenhuizen. Verder is verondersteld dat de joint venture wordt aangegaan tussen een ziekenhuis en een maatschap binnen het ziekenhuis, waardoor deze optie geen gevolgen heeft voor de concurrentieverhoudingen.

Gevolgen voor specialisten

De productieprikkel ligt in deze optie gelijk voor specialisten en ziekenhuis (zie bijlage A). De productieprikkel voor de specialist kan zowel lager als hoger zijn dan in de huidige situatie. Specialisten hebben in deze opzet meer zeggenschap, wat hun werkplezier kan vergroten. Verder

hebben zij meer belang bij doelmatigheid. Een hogere doelmatigheid leidt tot een hoger resultaat, dat verdeeld wordt tussen ziekenhuis en specialist. Een joint venture van een maatschap met het ziekenhuis kan ertoe leiden dat specialisten minder de neiging hebben om samen te werken met andere specialisten. Dit gaat immers ten koste van het resultaat.

Specialisten lopen meer risico in een joint venture. Nu krijgen zij het specialistenhonorarium. Zij kunnen geen verlies maken. Als partners in een joint venture kunnen zij wel verlies maken.

In de VS is veel onderzoek gedaan naar de effecten van financiële integratie van specialist en ziekenhuis. Joint ventures met specialisten waren populair in de jaren '70. In de jaren '80 nam de populariteit af als gevolg van managed care en de sterke druk om kosten te besparen. Daardoor werden de mogelijkheden om winst te maken minder. Dit verminderde de animo om te investeren zowel bij specialisten als bij ziekenhuizen (Goes & Zhan 1995). In de jaren '90 nam de rol van managed care weer af in de VS, waardoor er meer joint ventures van de grond kwamen (Lake 2003).

Gevolgen voor het ziekenhuis

Het ziekenhuis kan een hoger resultaat halen doordat specialisten meer belang hebben bij doelmatigheid. Uit onderzoek van Harrison (2006) blijkt dat ziekenhuizen in de VS die een joint venture zijn aangegaan met specialisten een significant hogere bezettingsgraad hebben, een langere ligduur, meer klinische diensten aanbieden en minder langlopende schulden hebben dan ziekenhuizen zonder joint ventures. De hogere bezettingsgraad geeft aan dat joint ventures inderdaad doelmatiger zijn dan ziekenhuizen die geen joint venture zijn aangegaan. Het feit dat bij de joint ventures een langere ligduur is gemeten wordt volgens Harrison veroorzaakt doordat joint ventures worden gebruikt voor markten met patiënten die veel zorg nodig hebben (ouderen) en in ziekenhuizen met meer complexe zorg. De langere ligduur betekent dus niet per se dat de joint ventures op dit gebied minder doelmatig zijn. Ander onderzoek in de VS naar het effect van joint venture komt tot wisselende resultaten. Meestal bleken de effecten op financiële uitkomsten (doelmatigheid, financieel resultaat) beperkt. In de praktijk bleek de werkwijze binnen het ziekenhuis vaak niet veranderd (Goes & Zhan 1995, Madison 2004, Burns & Muller 2008).

Voor het ziekenhuis brengt een joint venture binnen het ziekenhuis hogere administratiekosten met zich mee doordat er rekeningen moeten worden gestuurd voor de inkoop en verkoop van diensten door de joint venture.

Het optimale volume voor de joint venture is gelijk aan het optimale volume van het ziekenhuis als wanneer specialisten in loondienst worden genomen. In beide gevallen wordt het optimale volume bepaald door de kosten van de specialist en het ziekenhuis aan de ene kant en de opbrengsten van DBC's aan de andere kant.

Gevolgen voor verzekerden

Het voor het ziekenhuis optimale volume is gelijk aan het voor de verzekerde optimale volume als zowel de zorginkoopmarkt als de zorgverzekeringsmarkt perfect werken. In de praktijk is dit niet het geval, waardoor niet voorspeld kan worden of het marktevenwicht voor verzekerden optimaal is. Als een joint venture leidt tot kostenbesparingen dan leidt dit tot een lagere DBC-

prijs en een hoger volume. De uitkomsten voor verzekerden zijn dan beter dan bij het in loondienst nemen van specialisten.

Uit het onderzoek in de VS bleken de effecten van joint ventures op prijzen beperkt (Ciliberto & Dranove 2006).

Praktische haalbaarheid

Voor specialisten is het in de huidige context niet lucratief om te investeren in joint ventures. Momenteel mag er geen winst worden uitgekeerd, en het is onzeker of er in de toekomst winst mag worden uitgekeerd. Ook wanneer er wel winst mag worden uitgekeerd blijft er reguleringonzekerheid. Het huidige specialistenhonorarium geeft meer zekerheid.

De fiscale positie van de specialist verandert als deze directeur-grootaandeelhouder wordt. De specialist ontvangt dan een salaris en winstuitkering (dividend). De positie van een directeur-grootaandeelhouder is overigens niet vergelijkbaar met die van een werknemer in loondienst. Zo is de directeur-grootaandeelhouder niet verzekerd voor de werknemersverzekeringen. De fiscale voordelen van het ondernemerschap blijven bestaan, maar lopen via de joint venture.

Een nadeel is verder dat voor de joint venture de vrijstelling voor de vennootschapsbelasting vervalt als er winst wordt uitgekeerd. Deze vrijstelling geldt voor bedrijven waarvan de opbrengst ten goede komt aan het algemeen belang en waarvan meer dan 90% van de activiteiten bestaan uit het verlenen van zorg.

Voor maatschappen die veel met elkaar samenwerken is het lastig om als maatschap een joint venture aan te gaan met het ziekenhuis. Bij samenwerking moeten immers over en weer rekeningen worden gestuurd. Voor redelijk onafhankelijke vakgroepen als dermatologie en oogheelkunde is het wel goed te implementeren. Een andere mogelijkheid is dat het ziekenhuis als geheel een joint venture aangaat met specialisten. Daarbij verwateren echter de incentives, waardoor er minder effecten van mogen worden verwacht (behalve wanneer binnen de joint venture resultaatverantwoordelijke eenheden worden gecreëerd).

5.3 Maximumomzet specialisten

Doel van deze beleidsoptie is om overbehandeling te voorkomen en de kosten te beheersen. Om ervoor te zorgen dat de belangen van ziekenhuis en specialist niet uit elkaar gaan lopen zou ook de omzet van het ziekenhuis gemaximeerd moeten worden.

Gevolgen voor specialisten

Omdat er met het honorarium van de specialist in deze optie niets gebeurt, heeft een maximumomzet voor de specialist hetzelfde effect als een maximumvolume. Als het maximumvolume onder haar optimale volume dan zal ze minder zorgvolume produceren. Haar welvaart daalt daardoor. Verder kan het leiden tot wachtlijsten en onderbehandeling. In tegenstelling tot de optie dat alle specialisten in loondienst komen tast deze optie de

arbeidsproductiviteit van de arts niet aan. De specialist heeft nog steeds een prikkel om zoveel mogelijk DBC's per uur te produceren, omdat ze daardoor meer vrije tijd overhoudt.

Gevolgen voor het ziekenhuis

Het maximumvolume van de specialist zal de keuze van het ziekenhuis voor een prijs bepalen. Als het volume daalt gaat de prijs die het ziekenhuis bij de verzekeraar in rekening brengt omhoog. Als vervolgens de omzet boven het maximum komt kan het ziekenhuis het volume verder laten dalen en de prijs laten stijgen. Het optimum voor het ziekenhuis is moeilijk te voorspellen.

Gevolgen voor verzekerden

Een maximumomzet voor specialist en ziekenhuis geeft zekerheid over het macrobudget en daarmee over de premie voor de ziektekostenverzekering. Nadeel is dat er mogelijk wachtlijsten en onderbehandeling ontstaat, vergelijkbaar met korte termijn effecten van de situatie waarin alle artsen in loondienst komen. In tegenstelling tot de optie dat alle artsen in loondienst komen is hier geen sprake van een aanpassing van de situatie op lange termijn doordat meer artsen worden opgeleid en uiteindelijk het zorgvolume weer stijgt.

Praktische haalbaarheid

Deze optie vergt zeer veel overheidsregulering omdat de maximumomzetten per maatschap en ziekenhuis jaarlijks moeten worden vastgelegd. Het probleem is dat, behalve historische omzetten, er geen informatie is op basis waarvan een voor de maatschappij optimale omzet kan worden bepaald.

5.4 Integrale tarieven DBC's

Op dit moment komt het honorariumtarief voor de medisch specialist tot stand in onderhandeling tussen de Orde medisch specialisten en VWS. Ziekenhuizen onderhandelen met verzekeraars over het ziekenhuisdeel van de DBC en over het te leveren volume. Ziekenhuizen onderhandelen op hun beurt met maatschappen van specialisten over het te leveren volume. Doel van deze optie is om de belangen van specialisten en ziekenhuis op één lijn te brengen.

Bij een integraal tarief onderhandelt het ziekenhuis met maatschappen over zowel volume als prijs van hun productie. Als sprake is van een bilateraal monopolie, waarbij ziekenhuis en specialist tot elkaar veroordeeld zijn, dan komt een optimale prijs tot stand tussen ziekenhuis en verzekeraar (onder de veronderstelling dat de zorginkoopmarkt goed werkt). Als alle specialisten dezelfde machtspositie hebben dan is de prijs die tot stand komt gelijk aan de prijs die tot stand komt als wanneer sprake is van specialisten in loondienst. Schaarse specialisten kunnen effectief dreigen naar een ander ziekenhuis te gaan. Zij kunnen daardoor een groter deel van de winst opeisen dan specialisten die daarmee niet effectief kunnen dreigen. De inkomens van specialisten zullen hierdoor uit elkaar gaan lopen. Het ziekenhuis kan dan reageren door de prijzen van DBC's waarbij schaarse specialisten betrokken zijn te laten oplopen (waardoor de vraag daarnaar vermindert) en de prijzen van andere DBC's te verminderen (waardoor de vraag daarnaar

toeneemt). Als de arbeidsmarkt goed werkt dan zullen nieuwe specialisten zich vooral richten op de specialismen waar schaarste is, omdat daar de inkomens het hoogst zijn. Op de lange termijn neemt daardoor de schaarste af en zullen de inkomensverschillen afnemen.

Bij een integraal tarief kan het ziekenhuis de belangen van de specialist in overeenstemming brengen met de belangen van het ziekenhuis. Lagere kosten van het ziekenhuis betekenen een lagere prijs, meer omzet en een hoger resultaat voor specialist en ziekenhuis samen. Daarvan gaat een deel naar de specialist. De specialist krijgt dus belang bij doelmatigheid.

Gevolgen specialisten

De specialist moet met het ziekenhuis onderhandelen over de verdeling van het resultaat. Dit kost tijd. Een specialist met een sterke machtspositie kan een groot deel van het resultaat naar zich toe trekken, ten koste van het ziekenhuis en/of ten koste van specialisten met een minder sterke positie. Hierdoor zullen de belangentegenstellingen tussen specialisten onderling toenemen.

Gevolgen voor het ziekenhuis

Ook voor het ziekenhuis betekent het dat meer tijd moet worden gestoken in onderhandelingen met specialisten. Uit de rondetafelgesprekken blijkt dat er ziekenhuizen zijn die de gesprekken wel willen aangaan als de honoraria voor de verschillende specialisten zijn uitgekristalliseerd. Deze zullen het uitgangspunt voor de onderhandelingen vormen, dus als ze nog niet kloppen zal dat nog jaren doorwerken. De ziekenhuizen die het gesprek wel willen aangaan zouden dit verder bij voorkeur doen als er een klein overschot bestaat aan specialisten. Slechts een beperkt aantal ziekenhuizen zag voordelen in een integraal tarief, namelijk de mogelijkheden om de belangen van ziekenhuis en specialist op een lijn te brengen. Bij een integraal tarief heeft het ziekenhuisbestuur meer sturingsmogelijkheden. Zo kan in overleg met de specialisten een ander verdienmodel worden geïntroduceerd.

Gevolgen voor verzekerden

De gevolgen voor verzekerden zijn vergelijkbaar met die van een joint venture. Het voor het ziekenhuis optimale volume is gelijk aan het voor de verzekerde optimale volume als zowel de zorginkoopmarkt als de zorgverzekeringsmarkt perfect werken. In de praktijk is dit niet het geval, waardoor niet voorspeld kan worden of het marktevenwicht voor verzekerden optimaal is.

Doordat het honorarium niet meer door de NZa hoeft te worden vastgesteld wordt het risico op kostenoverschrijdingen beperkt. Het risico komt te liggen bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft meer inzicht in de productie van specialisten dan de NZa en kan daardoor betere afspraken maken over de honorering.

Haalbaarheid

Er is nauwelijks draagvlak bij specialisten en ziekenhuizen, vanwege de hoge kosten van onderhandelen en de vrees voor verstoring van de onderlinge verhoudingen zowel tussen raad van bestuur en specialisten als tussen specialisten onderling.

5.5 Prestatiebeloning vakgroep medisch specialisten in loondienst

Deze beleids optie houdt in dat specialisten in loondienst extra salaris krijgen naarmate de vakgroep meer produceert. Prestatiebeloning beoogt de arbeidsproductiviteit van specialisten in loondienst te verhogen. Daarmee kunnen de kosten van de zorg beheerst worden en wachtlijsten verkort. Het effect van individuele prestatiebeloning kan zijn dat samenwerking wordt ontmoedigd (Vyrostikova e.a. 2006). Prestatiebeloning voor een team geeft betere incentives voor samenwerking.

Gevolgen voor specialisten

Voor specialisten betekent deze optie dat meer zorgproductie leidt tot een hoger inkomen. Dit geeft een prikkel tot verhoging van de arbeidsproductiviteit. Naarmate de vakgroep groter is, is de prikkel kleiner. Conrad e.a. (2002) vinden dat prestatiebeloning op teamniveau gebaseerd op gelijke winstdeling een positief effect heeft op de individuele productiviteit van medici. Dit effect is lager dan wanneer de beloning voor de medisch specialist volledig is gebaseerd op zijn of haar eigen productie, vanwege free rider gedrag. Zij hebben hierbij gecorrigeerd voor een eventueel selectie-effect. Ook Reschovsky e.a. (2006) hebben de effecten van prikkels op teamniveau van medisch specialisten onderzocht. Hieruit blijkt dat de wijze waarop specialisten op groepsniveau worden gecompenseerd van invloed is op de door hen ervaren gedragsprikkels.

Gevolgen voor het ziekenhuis

De gevolgen voor het ziekenhuis hangen af van de vormgeving van prestatiebeloning. Als prestatiebeloning bovenop de huidige beloning wordt gegeven dan is het de vraag of de kosten van de productie van een extra DBC lager zijn dan de huidige kosten. Zonder prestatiebeloning kan het ziekenhuis extra DBC's produceren door meer specialisten in dienst te nemen, althans als er voldoende aanbod is van specialisten. Wanneer de kosten van een extra DBC met prestatiebeloning even hoog zijn als de kosten van een extra DBC door een extra specialist in dienst te nemen dan heeft prestatiebeloning geen effect op het ziekenhuis. Alleen wanneer de kosten van een extra DBC dalen zal het ziekenhuis meer willen produceren en zal de prijs van een DBC omlaag gaan. Wanneer er onvoldoende aanbod is van specialisten dan is extra productie niet te realiseren door extra artsen aan te nemen. In dat geval kan prestatiebeloning bovenop het huidige basissalaris wel een mogelijkheid zijn om het volume uit te breiden.

Gevolgen voor verzekeren

Als prestatiebeloning leidt tot lagere kosten van een extra DBC dan zal het zorgvolume omhoog gaan en de prijs van DBC's omlaag. Als dat niet zo is heeft het geen gevolgen voor het zorgaanbod, behalve wanneer ziekenhuizen momenteel onvoldoende artsen kunnen aannemen om het gewenste zorgvolume te produceren.

Praktische haalbaarheid

Om de kosten van een extra DBC te verlagen ten opzichte van de huidige situatie is het nodig om de basissalarissen van specialisten in loondienst te verlagen. Met extra productie kunnen zijn

dit dan weer (meer dan) terugverdienen. Dit verlaagt de welvaart van specialisten omdat zij voor hetzelfde loon harder moeten werken. Tot nu toe zijn de NVZ, de LAD en de Orde Medisch Specialisten het niet eens geworden over verlaging van de basissalarissen in verband met prestatiebeloning.

5.6 Resultaat verantwoordelijke eenheden

Deze beleidsoptie houdt in dat het ziekenhuis afspraken met maatschappen van vrijgevestigde specialisten en met vakgroepen van specialisten in loondienst over het te halen resultaat van de eenheid en vakgroep/maatschap beloont wanneer de afspraken gehaald zijn. Naast het financieel resultaat kunnen ook kwaliteitsdoelstellingen worden beloond. De beloning kan gegeven worden in de vorm van extra inkomen maar ook in de vorm van ruimte om te investeren voor de eigen vakgroep. Doel van de optie is om de belangen van ziekenhuis en specialist meer op een lijn te brengen en doelmatigheid gedrag van specialisten te bevorderen.

Gevolgen voor specialisten

Specialisten krijgen belang bij doelmatigheid en specialisten in loondienst krijgen meer belang bij een hogere productie. Dit vergroot de omzet en daarmee het resultaat. Naarmate de vakgroep of maatschap groter is zal de prikkel kleiner zijn. Anderzijds zal het invoeren van resultaatverantwoordelijke eenheden bij kleine vakgroepen mogelijk niet efficiënt zijn, omdat er tussen vakgroepen rekeningen moeten worden gestuurd. Dit brengt administratiekosten met zich mee.

Gevolgen voor het ziekenhuis

Ketcham & Furukawa (2008) onderzochten 13 afspraken tussen ziekenhuis en specialisten (cardiologen) over beloningen van specialisten voor kostenvermindering. De beloningen werden gegeven in de vorm van extra inkomen. De afspraken leidden tot een kostenvermindering van 7,4% per patiënt, voor het grootste deel als gevolg van lagere inkooprijzen van onder andere stents (buisjes die in de ader worden gezet om deze open te houden). Specialisten kochten dus goedkoper materiaal in omdat ze daar belang bij hadden.

Gevolgen voor verzekerden

Doordat het resultaat voor een deel wordt teruggegeven aan specialisten zullen de kosten voor het ziekenhuis niet evenredig dalen. Het effect op volume en prijzen zal daardoor beperkt zijn. Uit het onderzoek van Ketcham en Furukawa (2008) bleken geen nadelige effecten voor wat betreft kwaliteit en toegankelijkheid van het ziekenhuis.

Praktische haalbaarheid

In een beperkt aantal ziekenhuizen worden dit type afspraken al gemaakt, zowel met vakgroepen van specialisten in loondienst als met maatschappen. In de rondetafelgesprekken waren er veel ziekenhuizen die bezig waren met het maken van resultaat verantwoordelijke eenheden. Probleem met de huidige bekostiging in het A-segment is dat er nog geen relatie is tussen kosten en opbrengsten per vakgroep. Het ene specialisme komt altijd negatief uit, terwijl het andere altijd

positief uitkomt. Om goede afspraken te kunnen maken is het noodzakelijk dat ook de tarieven in het A-segment aansluiten bij de kosten.

In de rondetafelgesprekken werd verder gepleit voor een modernisering van de toelatingsovereenkomst. In de huidige MTO staan geen resultaatsverplichtingen, alleen inspanningsverplichtingen. Een aantal bestuurders hadden een voorkeur voor het afschaffen van de model toelatingsovereenkomst, zodat concrete afspraken konden worden gemaakt, toegesneden op de situatie in het eigen ziekenhuis. Ook specialisten zagen daar wel wat in, mits de resultaatverplichtingen in de toelatingsovereenkomst wederzijds waren. Ook wilden ze nog wel een zeer basale modeltoelatingsovereenkomst, zodat ze fiscaal wisten waar ze aan toe waren.

5.7 Combinaties van beleidsopties

Sommige beleidsopties sluiten elkaar uit, terwijl andere zeer goed te combineren zijn. Zo is de optie om alle specialisten in loondienst te nemen goed te combineren met de optie om prestatiebeloning voor medisch specialisten in te voeren. Dit vermindert de negatieve effecten, maar vermindert ook de beoogde volumebeperking. Verder is het in loondienst nemen van alle specialisten goed te combineren met het belonen van resultaatverantwoordelijke eenheden. Als specialisten in loondienst worden genomen is er automatisch sprake van integrale tarieven. Ook bij een joint venture is automatisch sprake van integrale tarieven, althans in de vorm waarin de optie hierboven beschreven staat. Joint ventures kunnen gecombineerd worden met een maximumomzet. De aantrekkelijkheid van een joint venture daalt daarmee echter nog verder. In een joint venture kan de specialist die aandelen heeft ook in loondienst van de joint venture komen. De positie van de specialist in loondienst van de eigen joint venture verschilt echter niet van die van de gewone directeur-groootaandeelhouder. En maximumomzet kan gecombineerd worden met prestatiebeloning voor specialisten in loondienst. De maximale omzet kan daardoor met minder specialisten bereikt worden. Ook de combinatie van een maximumomzet met resultaatverantwoordelijke eenheden is mogelijk. Dit leidt tot een grotere doelmatigheid. Onderstaand schema geeft een overzicht van de mogelijke combinaties.

Figuur 5.1 Overzicht combinatiemogelijkheden beleidsopties

beleidsoptie	Alle specialisten in loondienst	Joint venture	Maximum-omzet specialisten	Integrale tarieven	Prestatiebeloning specialisten in loondienst	Resultaatverantwoordelijke eenheden
Alle specialisten in loondienst		Z	Z	Y	Z	Z
Joint venture	Z		Z	Y	Z	Y
Maximumomzet specialisten	Z	Z		Z	Z	Z
Integrale tarieven	Z	Z	X		Z	Z
Prestatiebeloning specialisten in loondienst	Z	Z	Z	Z		Z
Resultaatverantwoordelijke eenheden	Z	Z	Z	Z	Z	

x geen combinatie mogelijk
y automatische combinatie
z combinatie mogelijk

5.8 Conclusie

Alle opties hebben voor- en nadelen. Het verplicht in loondienst nemen van specialisten leidt op korte termijn tot volumebeperking en daardoor waarschijnlijk tot wachtlijsten en mogelijk onderbehandeling. De kostenbeheersing die veroorzaakt wordt door de volumebeperking kan ingeval van vrije prijzen voor een deel teniet worden gedaan door hogere prijzen. Bovendien daalt de welvaart van specialisten en wordt de belangentegenstelling tussen specialisten en ziekenhuis groter daar waar voor het ziekenhuis prestatiebekostiging geldt. Op lange termijn kunnen deze nadelen weer verdwijnen, indien meer specialisten worden opgeleid. Er kan dan een nieuw evenwicht tot stand komen, waarvan nog onzeker is of dit beter dan nu de voorkeuren van verzekerden weergeeft. Hiervoor moeten wel hoge kosten worden gemaakt (afkoop good will, opleiden artsen). Er is binnen de sector geen draagvlak voor deze optie. Zowel ziekenhuizen als specialisten prefereren vrijheid wat betreft de keuze tussen loondienst en vrije vestiging.

Een andere mogelijkheid om specialisten te integreren in het ziekenhuis zijn joint ventures. De winst van de joint venture wordt verdeeld tussen ziekenhuis en deelnemende specialisten. Deze optie heeft naar verwachting een positief effect op de doelmatigheid van het ziekenhuis, omdat specialisten meer belang krijgen bij doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. De volumina en prijzen die tot stand komen bij joint ventures zijn naar verwachting gelijk aan de tarieven die op lange termijn tot stand komen wanneer alle specialisten in loondienst worden genomen. De uitkomsten voor verzekerden zijn beter dan wanneer specialisten in loondienst worden genomen, omdat de kosten lager zijn (meer doelmatigheidsprikkels voor specialisten en minder kosten voor afkoop good will en opleiding artsen). Het draagvlak voor joint ventures is beperkt. Specialisten hebben vanwege reguleringonzekerheid weinig belang bij het investeren in joint ventures.

Integrale tarieven hebben vergelijkbare effecten als joint ventures. Bij integrale tarieven komt het honorarium van de specialist tot stand in onderhandeling tussen ziekenhuis en specialist. Dit geeft het ziekenhuis meer mogelijkheden om de belangen van de specialist in overeenstemming brengen met de belangen van het ziekenhuis. Bij integrale tarieven krijgt de specialist meer belang

bij doelmatigheid, omdat dit een hoger surplus oplevert voor het ziekenhuis. Dit kan voor een deel ten goede komen van de specialist. Bij integrale tarieven kan er een belangentegenstelling ontstaan tussen specialisten. Als specialisten met meer macht binnen het ziekenhuis een groter deel van het surplus naar zich toe kunnen trekken, gaat dit mogelijk ten koste van specialisten met minder macht. De uitkomsten voor verzekerden zijn beter dan wanneer specialisten in loondienst worden genomen, omdat de kosten lager zijn (meer doelmatigheidsprykkels voor specialisten en minder kosten voor afkoop goed will en opleiding artsen). Het draagvlak voor integrale tarieven is beperkt, vanwege de hoge kosten die gepaard gaan met onderhandelingen tussen specialisten en raad van bestuur en vanwege de belangentegenstelling die kan ontstaan tussen specialisten.

Kostenbesparing kan ook worden bereikt door maximumomzetten voor specialist en ziekenhuis. De gevolgen zijn op de korte termijn vergelijkbaar met de gevolgen van het in loondienst nemen van specialisten. Het verschil is dat bij de instelling van maximumtarieven op lange termijn geen nieuw evenwicht tot stand komt. Bij maximumtarieven kan de markt zijn werk niet doen en zal veel overheidsregulering nodig zijn om de budgetten vast te stellen. De overheid heeft echter onvoldoende informatie om deze budgetten af te stemmen op de preferenties van verzekerden.

Minder vergaande beleidsopties die leiden tot kostenbeheersing zijn prestatiebeloning van specialisten in loondienst en het invoeren van resultaatverantwoordelijke eenheden. Beide worden in de praktijk al toegepast. Bij prestatiebeloning van specialisten in loondienst wordt het loon afhankelijk van de productie. Prestatiebeloning leidt alleen tot kostenbeheersing als de basissalarissen omlaag gaan, waardoor de welvaart van specialisten in loondienst daalt. Wanneer de basissalarissen omlaag gaan leidt deze optie naar verwachting tot een groter zorgvolume en lagere prijzen, wat gunstig is voor verzekerden. Wanneer de basissalarissen niet omlaag gaan dan heeft deze optie naar verwachting geen gevolgen voor het zorgaanbod, behalve wanneer ziekenhuizen momenteel onvoldoende artsen kunnen aannemen om het gewenste zorgvolume te produceren.

Resultaat verantwoordelijke eenheden zijn eenheden binnen het ziekenhuis die beloofd worden voor een positief resultaat. Deze optie heeft naar verwachting een positief effect op de doelmatigheid van het ziekenhuis, omdat specialisten meer belang krijgen bij doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. Resultaat verantwoordelijke eenheden kunnen op draagvlak rekenen. Zij vereisen wel een modernisering van de toelatingsovereenkomst en kostendekkende DBC-tarieven.

Referenties

Barro, J. & N. Beaulieu (2003). Selection and improvement: physician responses to financial incentives. NBER Working paper 10017.

Burns L.R. & R.W. Muller (2008). Hospital-Physician Collaboration: Landscape of Economic Integration and Impact on Clinical Integration. *The Millbank Quarterly*, vol 86, nr 3, p. 375-434

Cangialose C., S. Cary, L. Hoffman & D. Ballard (1997). Impact of managed care on quality of healthcare: theory and evidence. *The American Journal of Managed Care*, **3**, 1153-1170.

Chaix-couturier C., I. Druand-zaleski, D. Jolly & P. Durieux (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, **12**, (2). 133-142.

Ciliberto F. & D. Dranove (2006). The effect of physician –hospital affiliations on hospital prices in California. *Journal of Health Economics* vol 25 p. 29-38

Conrad D., A. Sales, S-Y Liang, A. Chaudhuri, C. Maynard, L. Pieper, L. Weinstein, D. Gans & N. Piland (2002). The Impact of Financial Incentives on Physician Productivity in Medical Groups. *Health Services Research* vol 37:4

Emons, W. (2010). Incentive compatible reimbursement schemes for physicians. CEPR Discussion paper nr 7659

Esposito, A.G. (2004). Contractual integration of physician and hospital services in the U.S. *Journal of management and governance* vol 8, p. 49-69

Fisher E.S., D.E. Wennberg, T.A. Stukel, D. J. Gottlieb, F.L. Lucas, E. L. Pinder (2003). The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. *Annals of Internal Medicine* 2003; vol 138, p. 273-287.

Goes J.B. & C. Zhan (1995). The effects of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance. *Health services research* vol 30:4

Gosden, T., Pedersen, L. & D. Torgerson (1999). How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior. *Quarterly Journal of Medicine*, **92**, (1). 47-55.

Fujisawa R. & G. Lafortune (2008). The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? OECD Health working papers nr. 41

Health Consumer Powerhouse (2009). Euro health Consumer Index 2009. Brussel

- Hellinger, F. (1998). The effect of managed care on quality. *Archives of Internal Medicine*, **158**. 833-841.
- Houkes, A. (2010). Zorggebruik en aanbodgeïnduceerde vraag. Achtergrondstudie bij het advies van de RVZ (2010): Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg
- Ketcham J.D. & M. F. Furukawa (2008). Hospital-Physician Gainsharing In Cardiology. *Health Affairs*, 27, no. 3 (2008): 803-812
- Kruijthof, C. (2005). Doctors' Orders. Specialists' day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Lake T., K. Devers, L. Brewster & L. Casalino (2003). Recent developments in Hospital-Physician Relationships. *Health Services Research* vol 38:1, Part II
- Madison K. (2004). Hospital-Physician Affiliations and patient treatment, expenditures, and outcomes. *Health Services Research* vol 39:2
- Ministerie VWS (2010), Waardering voor betere zorg IV. Den Haag: Kamerstuk, 19 januari 2010
- Mot, E. (2002), Paying the medical specialist: the eternal puzzle, Experiments in the Netherlands. Den Haag: CPB.
- NZa (2009). Consultatiedocument marktimperfecties in de medisch specialistische zorg. De positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen.
- Ottervanger JP, K. Fehse, A. Hilbers & J. Sijmons (2008). Specialist doet weer mee. Isala klinieken verzelfstandigt Medische activiteiten in zorg-bv's. *Medisch Contact* 22 februari 2008
- Pomp, M. (2009). Aanbodgeïnduceerde vraag in de ziekenhuiszorg. *ESB* 12 juni 2009, nr 4532.
- Reschovsky J., J. Hadley & B. Landon (2006). Effects of compensation methods and physician group structure on perceived incentives to alter services to patients, *Health Services Research*, **41**, (4). 1200-1220.
- Robinson J.C. (1997). Physician-Hospital integration and the economic theory of the firm. *Medical Care Research and Review*, Vol 54, nr 1, p. 3-24
- Simpson J. D. & M.B. Coate (1998). Efficiencies or anticompetitive effects: vertical integration of hospitals into medical practices. *Antitrust bulletin*, vol 43 p. 375-401
- Van Beek, E. L. Boon, E-J. Vlieger (2009). Voorstudie naar praktijkvariatie in Nederland. Amsterdam: Plexus

Velden, L. van der, L. Hingstman, Ph. Heiligers & P. Groenewegen (1997). Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband. Utrecht: Nivel.

Vyrastekova, J. Onderstal, P. Koning (2006). Team incentives in public organisations. Den Haag; CPB discussion paper nr. 60.

Weening, H. (2002). Artsen en de arbeidstijdenwet, eindrapport. Amsterdam: Regioplan.

Wright D.J. (2007). Specialist payment schemes and patient selection in public and private hospitals. *Journal of health economics*, vol. 26 p. 1014-1026

Bijlage A Volume en prijs ziekenhuiszorg

Deze bijlage beschrijft de gevolgen van de huidige situatie en verschillende beleidsopties op het optimale volume van het ziekenhuis en de specialist en de daarbij behorende prijs. De beschreven situaties vormen een abstractie van de werkelijkheid.

Uitgegaan is van een situatie waarin het ziekenhuis een sterke marktmacht heeft ten opzichte van de verzekeraar. De verzekeraar heeft wel de mogelijkheid om volume te verschuiven naar een ander ziekenhuis. Dat betekent dat naarmate het ziekenhuis een hogere prijs vraagt, het volume dat de verzekeraar bij het ziekenhuis afneemt zal dalen. Ook is verondersteld dat de verzekeraar het ziekenhuis kan houden aan gemaakte volumeafspraken. Er is niet uitgegaan van degressieve tarieven. Omdat het ziekenhuis marktmacht heeft houdt het rekening met de reactie van de verzekeraar. Er is dus uitgegaan van een niet goed werkende zorginkoopmarkt. Bij een wel perfect werkende zorginkoopmarkt zouden de uitkomsten voor verzekerde beter zijn, althans als ook de verzekeringsmarkt goed werkt.

Het beschreven situatie gaat ervan uit dat het ziekenhuis slechts één DBC aanbiedt. In de werkelijkheid biedt het ziekenhuis natuurlijk meerdere DBC's aan. Voor de globale conclusies maakt dit niet uit, maar er kunnen wel verschuivingen tussen DBC's plaatsvinden.

Het optimum voor de verzekerde ligt waar de marginale kosten van de behandeling gelijk zijn aan de marginale opbrengsten. Voor de verzekerde bestaan de kosten uit de fysieke en mentale belasting van een behandeling plus de financiële kosten in de vorm van eigen risico en een hogere verzekeringspremie. De opbrengst bestaat uit de gezondheidswinst van de behandeling. Als de verzekeringsmarkt perfect zou werken dan zou de vraagcurve van de verzekeraar overeen moeten komen met de preferenties van de verzekerde.

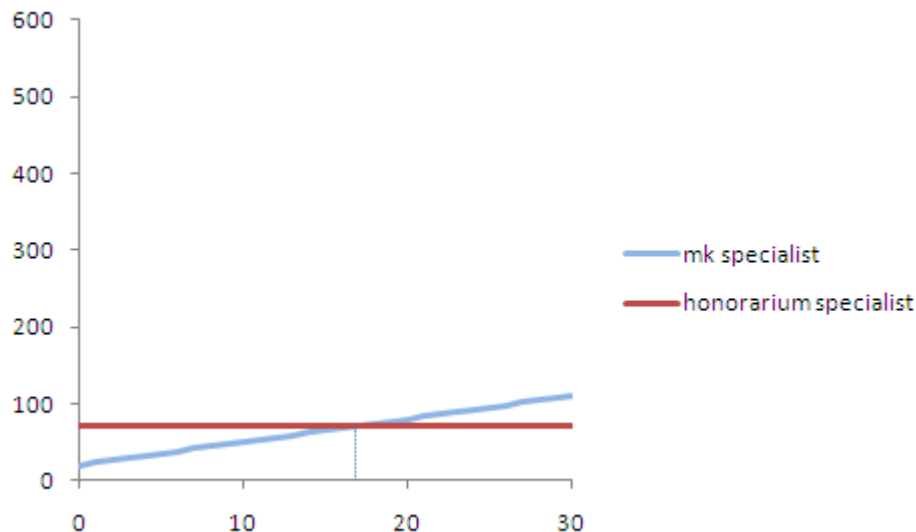
Huidige situatie in B-segment

Momenteel wordt de specialist vergoed via een honorariumcomponent in het DBC die wordt vastgesteld door de NZa. In 2009 bedroeg het honorarium € 139,50 per uur, plus of min € 6,50. Het ziekenhuis en de specialist konden onderhandelen over een honorarium tussen € 133 en € 146 per uur.

De specialist zal gegeven het honorarium een aantal DBC's produceren. De specialist zal DBC's blijven produceren totdat de kosten die zij voor de laatste DBC maakt precies even groot zijn als de opbrengsten van de laatste DBC. In economenjargon: de specialist produceert totdat de marginale kosten gelijk zijn aan de marginale opbrengsten. De kosten van een DBC voor de specialist zullen vooral bestaan uit de vrije tijd die zij opgeeft. Het ziekenhuis betaalt immers de faciliteiten en overig personeel. Hoe meer DBC's de specialist produceert hoe minder vrije tijd zij overhoudt. De waarde van vrije tijd neemt toe naarmate je er minder van hebt. Oftewel de kosten van elke volgende DBC zijn hoger dan van de voorlaatste DBC (de marginale kosten stijgen). Bij een bepaald aantal DBC's zullen de kosten van de laatste DBC precies even groot zijn als de opbrengsten van de laatste DBC. Als de specialist nog een extra DBC zou produceren dan

zouden de kosten daarvan hoger zijn dan de opbrengsten. Onderstaande figuur illustreert dit voor een fictief voorbeeld. De blauwe lijn geeft de marginale kosten van de specialist weer en de rode lijn het honorarium van de specialist. Uitgegaan is van een DBC waaraan de specialist een half uur besteedt en een honorarium van € 70 per DBC krijgt. Het netto inkomen van de specialist (inkomen minus kosten) is maximaal bij een productie van 17 DBC's.

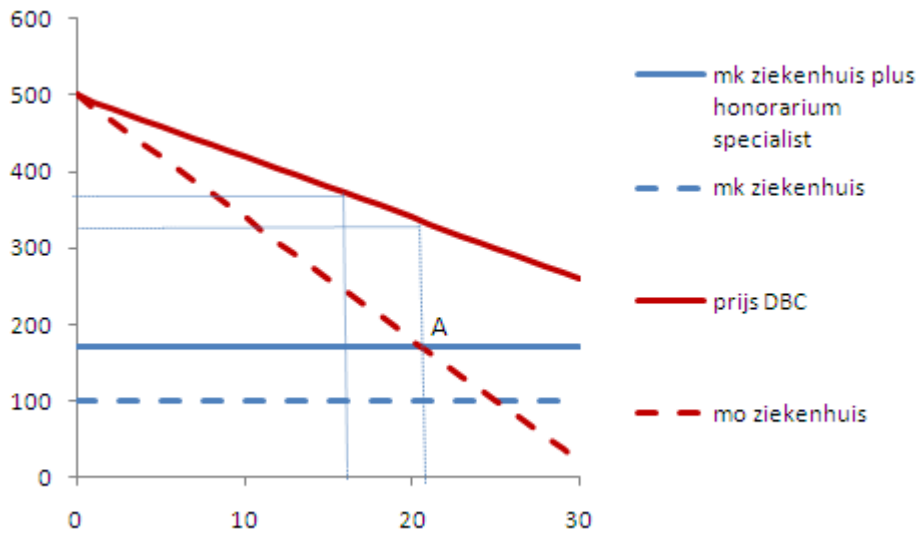
Figuur A.1 Specialist produceert tot marginale kosten gelijk zijn aan honorarium per DBC



Ook het ziekenhuis produceert het aantal DBC's waarbij de marginale kosten gelijk zijn aan de marginale opbrengsten. De marginale kosten van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf bestaan uit de marginale kosten van het ziekenhuis plus de kosten van de medisch specialist. Voor het ziekenhuis zijn de kosten van de medisch specialist gegeven, deze zijn gelijk aan het honorarium (abstraherend van de bandbreedte van € 6,50). De volgende figuur illustreert de afweging van het ziekenhuis voor een fictief voorbeeld. De doorgetrokken rode lijn geeft het DBC-tarief weer dat het ziekenhuis maximaal kan onderhandelen bij een gegeven volume. Naarmate het tarief toeneemt zal de verzekeraar de DBC liever bij een ander ziekenhuis inkopen. Dus hoe hoger het tarief hoe kleiner het volume dat de verzekeraar bereid is om af te nemen bij het ziekenhuis. Naarmate het ziekenhuis meer produceert daalt de prijs. De opbrengst voor het laatste product (de marginale opbrengst, weergegeven door de gestippelde rode lijn) is daarom lager dan de prijs die de verzekeraar wil betalen bij dat volume. Het ziekenhuis houdt er daarbij rekening mee dat het niet alleen een lagere prijs ontvangt voor het laatste product, maar ook voor alle voorgaande producten.² De winst voor het ziekenhuis is (in dit fictieve voorbeeld) maximaal wanneer de marginale opbrengst gelijk is aan de marginale kosten (punt A). Dit is bij een volume van 21 DBC's en een prijs van € 332 per DBC.

² In geval van degressieve tarieven kan de prijs wel gelijk zijn aan de marginale opbrengst

Figuur A.2 Ziekenhuis produceert tot marginale kosten ziekenhuis plus honorarium specialist gelijk zijn aan marginale opbrengst per DBC



Het probleem is nu dat het optimale volume voor het ziekenhuis groter is dan dat van het specialist.³ Er is dus sprake van een belangentegenstelling. De specialist wil 17 DBC's produceren en het ziekenhuis 21. Welke volume uiteindelijk geproduceerd wordt hangt af van de specialist. De specialist kan zich al dan niet laten overhalen door het ziekenhuis om meer te produceren van 17 DBC's. Wanneer de specialist 17 DBC's produceert, dan zal het ziekenhuis met de verzekeraar een hogere prijs overeenkomen, nl. € 364 per DBC.

Specialisten in loondienst

Wanneer specialisten in loondienst gaan wordt de marginale opbrengst per DBC € 0. Dat betekent dat de optimale productie voor de specialist in theorie 0 DBC's zal zijn. In de praktijk zal dit anders liggen omdat het productievolume door het ziekenhuis gemonitord zal worden en de specialist ontslagen kan worden bij onvoldoende productie. De productieprikkel zal in ieder geval lager liggen dan bij bekostiging op basis van DBC's.

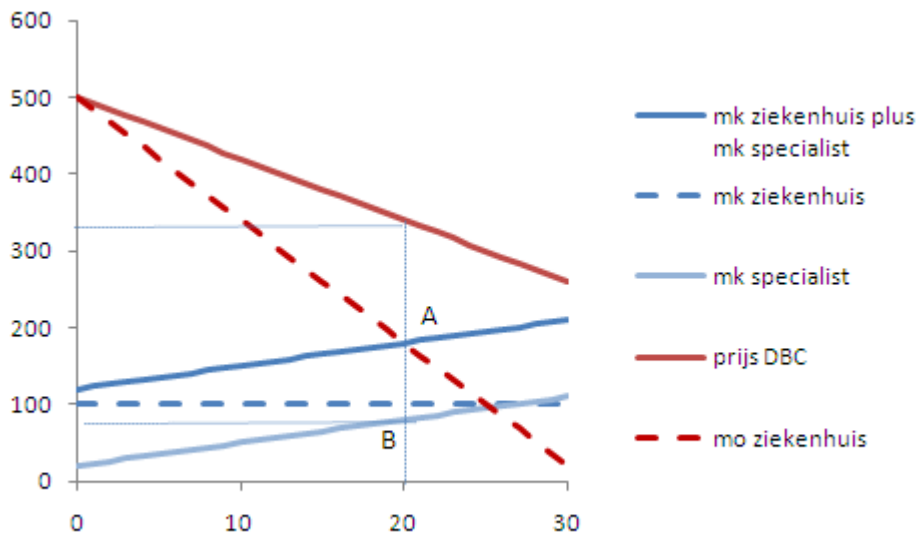
Voor het ziekenhuis hangt het effect af van het effect op de marginale kosten. Zolang de productiecapaciteit van de specialist in loondienst nog niet volledig benut is zijn de marginale kosten van een extra DBC € 0. Zodra de capaciteit wel volledig benut is zal een extra specialist moeten worden aangenomen. De marginale kosten van de eerstvolgende DBC zijn dan zeer hoog en de marginale kosten van de volgende DBC's zijn weer € 0, totdat de capaciteit van de tweede specialist ook weer volledig benut is. Als de vraag naar specialisten stijgt zal het loon van de specialist omhoog gaan. De macro aanbodcurve van specialisten zal gelijk zijn aan de optelsom van individuele specialisten. Deze wordt bepaald door de marginale kosten van specialisten zoals weergegeven in figuur A.1.

Wanneer geen sprake is van prestatiebeloning kan het ziekenhuis de productie niet sturen. In eerste instantie zal het volume dus dalen. Het ziekenhuis kan daardoor een hogere prijs bedingen

³ Bij een andere keuze van kosten en opbrengstcurves kan het ook andersom liggen; dat de specialist meer wil produceren dan het ziekenhuis.

bij de verzekeraar. Stel dat in bovenstaand voorbeeld specialisten nog maar 10 DBC's willen produceren, dan kan het ziekenhuis de prijs verhogen tot € 420 per DBC. Op langere termijn zal het ziekenhuis het productievolume optimaliseren door meer specialisten aan te nemen. Het optimale punt ligt daar waar de marginale kosten van specialist en ziekenhuis samen gelijk zijn aan de marginale opbrengst (punt A in figuur A.3). Dit is bij een volume van 20 DBC's en een prijs van € 340 per DBC.

Figuur A.3 Ziekenhuis met specialisten in loondienst produceert tot marginale kosten van ziekenhuis en specialist gelijk zijn aan marginale opbrengst per DBC



Joint venture

Bij een joint venture vindt er een integrale afweging plaats van volume en prijzen van de specialist en het ziekenhuis. Het volume en de prijs waarbij het ziekenhuis de maximale winst maakt, is ook het volume en de prijs waarbij de specialist de maximale winst maakt.

De marginale kosten van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf bestaan nu niet uit de marginale kosten van het ziekenhuis plus het honorarium van de specialist, maar uit de marginale kosten van het ziekenhuis plus de marginale kosten van de specialist. Het ziekenhuis maakt maximaal winst wanneer de marginale kosten van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf gelijk zijn aan de marginale opbrengst (punt A in figuur A.3). Dit is bij een volume van 20 DBC's en een prijs van € 340 per DBC. De uitkomst is dus hetzelfde als de lange termijn uitkomst wanneer het ziekenhuis alle specialisten in loondienst neemt.

Zowel specialist als ziekenhuis hebben in deze situatie belang bij het vergroten van de doelmatigheid van het ziekenhuis. Het optimale volume voor specialist en ziekenhuis gaat dan omhoog. Ook de prijs voor de specialist gaat omhoog en het totale surplus stijgt, waardoor er meer verdeeld kan worden.

Integrale tarieven

Bij integrale tarieven zal het optimum voor het ziekenhuis gelijk zijn aan dat ingeval van een joint venture. In de kostprijs wordt rekening gehouden met de marginale kosten van de specialist. De vraag is welke prijs voor de specialist tot stand komt. Bij onderhandelingen tussen een specialist en een ziekenhuis hebben beide partijen marktmacht. Er is sprake van een monopsonist (het ziekenhuis) ten opzichte van een monopolist (de specialist). De maximale winst voor beide partijen samen ligt bij een hoeveelheid van 20 DBC's. De meest rationele uitkomst van de onderhandelingen is een volume van 20 DBC's. Het model geeft niet eenduidig aan welke prijs voor de specialist tot stand komt. De prijs is in de onderhandeling geen methode meer om het volume vast te stellen, alleen om de winst te verdelen.

Voor de maatschappij is een uitkomst van 20 DBC's optimaal, gegeven de marktmacht van het ziekenhuis ten opzichte van de verzekeraar. De prijs die ziekenhuis en specialist onderling afspreken is voor de verzekerde niet belangrijk. Immers, de verzekerde heeft alleen te maken met de prijs die ziekenhuis en verzekeraar overeenkomen. Bij 20 DBC's komt een prijs van € 340 tot stand. Wanneer de specialist extreme marktmacht heeft ten opzichte van het ziekenhuis dan loopt het ziekenhuis het risico dat er geen winst wordt gemaakt, of dat er zelfs verlies wordt gemaakt. Op de lange termijn is dit echter niet in het belang van de specialist. De specialist heeft er immers belang bij dat het ziekenhuis investeert, zodat zij het beoogde volume ook kan realiseren bij de door haar gewenste kwaliteit.

Bij integrale tarieven heeft de specialist een direct belang bij een grotere doelmatigheid van het ziekenhuis omdat dit het surplus vergroot. Er valt dan meer te verdelen, wat de specialist voor een deel naar zich toe kan trekken.

Conclusie

Joint ventures en integrale tarieven leiden tot een voor zowel maatschappij, specialist en ziekenhuis optimale prijs en zorgvolume, gegeven de marktmacht van het ziekenhuis ten opzichte van de verzekeraar. De marktmacht van het ziekenhuis ten opzichte van de verzekeraar verandert niet door de joint venture of het integrale tarief. Marktmacht van de specialist kan er wel toe leiden dat deze een groot deel van de winst van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf naar zich toe trekt.

Bijlage B Regelgeving

Verantwoordelijkheden Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van het ziekenhuis is door de Kwaliteitswet Zorginstellingen belast met de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. De Kwaliteitswet regelt geen gedetailleerde kwaliteitsnormen. Het is een kaderwet die uitgaat van de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De wet laat daarom veel ruimte aan de instelling zelf om op eigen wijze vorm te geven aan de kwaliteit.

De eisen die in de wet worden gesteld hebben betrekking op:

- Het bieden van verantwoorde zorg.

Onder verantwoorde zorg wordt zorg van goed niveau verstaan, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.

- Het hebben van een op kwaliteit gericht beleid.

De zorgaanbieder dient de instelling van voldoende kwalitatief en kwantitatief personeel en materieel te voorzien zodat verantwoorde zorg geleverd kan worden.

- Het opzetten van een kwaliteitssysteem.

De zorg moet binnen de instelling goed georganiseerd zijn door systematisch de kwaliteit van de zorg te bewaken, te beheersen en te verbeteren.

- Het maken van een jaarverslag.

De zorgaanbieder moet jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag maken. In dit verslag legt hij verantwoording af over de kwaliteit van de verleende zorg en het gevoerde beleid.

Toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet rust bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Melding van calamiteiten bij de inspectie is voor de zorgaanbieder verplicht.

De individuele verantwoordelijkheid van medisch specialisten ligt besloten in de Wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Deze wet bevat regels voor zorgverlening door individuele beroepsbeoefenaren. Doelstellingen zijn het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen gezondheidsrisico's als gevolg van ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. Medisch specialisten kunnen op basis van deze wet tuchtrechtelijk worden aangesproken op hun medisch handelen.

Relatie tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten

De medisch specialist kan op twee manieren aan het ziekenhuis verbonden zijn: op basis van een toelatingsovereenkomst of op basis van een arbeidsovereenkomst. Bij een arbeidsovereenkomst is de medisch specialist in loondienst. Er kan hierbij sprake zijn van de volgende dienstverbanden:

- de medisch specialist is in loondienst bij een ziekenhuis en valt onder de CAO Ziekenhuizen, hierbij is de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) van toepassing;
- de medisch specialist is in loondienst bij een academisch ziekenhuis, waarbij de CAO UMC van toepassing is.

In het geval van een toelatingsovereenkomst is er sprake van een vrijgevestigd medisch specialist. De Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) hebben een Model Toelatingsovereenkomst (MTO) opgesteld die in de praktijk door de meeste ziekenhuizen en medisch specialisten wordt gehanteerd.

Hiernaast is bij de algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en revalidatie-instellingen zowel voor medisch specialisten in loondienst als vrijgevestigde medisch specialisten het Document Medische Staf (DMS) van toepassing. In dit document zijn afspraken vastgelegd over collectieve verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden. Het DMS bestaat uit een algemeen en een bijzonder deel. In het algemene deel staan de onderwerpen waarover en de wijze waarop regelingen moeten worden overeengekomen of vastgesteld. De regelingen zelf moeten in het bijzonder deel worden opgenomen. Het algemeen deel van het DMS wordt vastgesteld voor onbepaalde tijd en kan slechts in landelijk overleg tussen de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de OMS en de NVZ worden gewijzigd. Het bijzonder deel is ziekenhuisspecifiek en wordt per ziekenhuis in overleg tussen de Raad van Bestuur en de medische staf ingevuld.

Het DMS maakt deels onderscheid tussen medisch specialisten in loondienst en vrijgevestigde medisch specialisten. De gemaakte afspraken in het DMS gelden dan alleen voor de desbetreffende groep medisch specialisten. Deze afspraken worden nader uitgewerkt in de volgende paragrafen waarin deze twee groepen afzonderlijk aan de orde komen. De regelingen, die in het bijzonder deel van het DMS tussen Raad van Bestuur en de gehele medische staf overeengekomen kunnen worden, betreffen:

- afspraken na overleg met de medische staf, over bijvoorbeeld
 - de kwaliteit, organisatie en bedrijfsvoering binnen het ziekenhuis
 - de vaststelling van de afdelingsbudgetten
 - de klachtenbehandeling, fouten en meldingen incidenten aan de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP)
- afspraken in overeenstemming met de medische staf, over bijvoorbeeld
 - het doelmatig, patiëntgericht en kwalitatief verantwoord verlenen van zorg
 - functies en werkzaamheden van de medisch specialisten
 - het verrichten van wetenschappelijk onderzoek
 - de aard en de omvang van de door het ziekenhuis beschikbaar gestelde voorzieningen
 - algemene kaders ten aanzien van de waarneming

De mate waarin bovengenoemde regelingen worden getroffen en de uiteindelijke invulling van de regelingen vindt plaats op individueel ziekenhuisniveau.

Relatie tussen Raad van Bestuur en vrijgevestigde specialisten

Ongeveer 75 procent van de medisch specialisten is als vrijgevestigde met een toelatingsovereenkomst werkzaam in een ziekenhuis. Afspraken die in het bijzonder deel van het DMS worden gemaakt met alle vrijgevestigde medisch specialisten in het ziekenhuis prevaleren boven afspraken in de toelatingsovereenkomst. De regelingen, die in het DMS voor vrijgevestigde medisch specialisten overeen gekomen kunnen worden, betreffen onder andere:

- de periodieke vaststelling van de productie;

- de vergoeding door medisch specialisten aan het ziekenhuis voor ter beschikking gestelde voorzieningen;
- de vergoeding voor niet-patiëntgebonden activiteiten;
- de methodiek voor het toetsen van het functioneren van medisch specialisten.

De toelatingsovereenkomst die in de praktijk het meest wordt gehanteerd is de MTO. In 2006 is de MTO voor het laatst herzien. Naast de OMS en de NVZ hebben ook de belastingdienst en het Ministerie van Financiën ingestemd met de MTO. Het uitgangspunt hierbij is dat de medisch specialist als zelfstandig ondernemer binnen het ziekenhuis werkt. Hiernaast is de medisch specialist vaak lid van een maatschap, maar deze relatie staat buiten de relatie van de medisch specialist met het ziekenhuis en is vastgelegd in een maatschapsovereenkomst. De Raad van Bestuur kan alleen niet instemmen met de maatschapsovereenkomst als deze strijdig is met de toelatingsovereenkomst.

De afspraken in de MTO zijn weinig concreet en betreffen soms een afspraak om een andere, extra, overeenkomst te sluiten. Wat betreft de productie staat er bijvoorbeeld in de MTO dat het ziekenhuis en de medisch specialist een productieovereenkomst afsluiten waarin zij productieafspraken maken. Ook wat betreft de geleverde kwaliteit en de verantwoording daarover zijn de afspraken niet concreet. Er wordt afgesproken dat de medisch specialist handelt volgens de professionele standaard van zijn medisch specialisme zoals bedoeld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Daarnaast staat er dat de medisch specialist blijft beschikken over kennis en kunde die noodzakelijk is voor een goede uitoefening van zijn werkzaamheden. Dit is niet nader gespecificeerd. Wat betreft verantwoording is opgenomen dat de medisch specialist meewerkt aan het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis en in dat kader deelneemt aan onder andere visitaties, intercollegiale toetsing en klachtenbehandeling. De medisch specialist wordt echter niet verplicht om de Raad van Bestuur inzicht te verlenen in bijvoorbeeld de visitatierapporten. De medisch specialist is wel verplicht om incidenten te melden bij de Raad van Bestuur. Op basis van de MTO kan de Raad van Bestuur de medisch specialist disciplinaire maatregelen opleggen als de medisch specialist verplichtingen uit de MTO niet nakomt of handelt in strijd met de zorg van een goed hulpverlener. Deze disciplinaire maatregelen bestaan uit een schriftelijke waarschuwing of een schorsing van maximaal veertien dagen. Daarnaast kan de Raad van Bestuur de medisch specialist op non-actief stellen als beëindiging van de werkzaamheden van de medisch specialist noodzakelijk wordt geacht.

De MTO kan voor een bepaalde duur worden afgesloten, maar wordt meestal aangegaan voor onbepaalde tijd. Dat betekent dat de Raad van Bestuur de overeenkomst niet kan beëindigen, tenzij er gewichtige redenen zijn. Deze redenen zijn onder andere wanneer de medisch specialist niet meer de bekwaamheid bezit om zijn praktijk uit te oefenen of wanneer de inschrijving van de medisch specialist in het BIG-register langdurig wordt geschorst.

Vrijgevestigde artsen kunnen zich binnen het ziekenhuis aansluiten bij een maatschap van medisch specialisten. Een maatschap is een samenwerkingsvorm tussen twee of meer personen ('maten') die ieder iets inbrengen (arbeid, geld of goederen). Het voordeel hieruit wordt gedeeld. Een maatschap is een rechtsvorm zonder rechtspersoonlijkheid, wat betekent dat de maten met hun privévermogen aansprakelijk zijn voor schulden van de onderneming. De onderlinge afspraken worden vastgelegd in een maatschapsovereenkomst. In dit contract worden afspraken

gemaakt over de inbreng van de maten, de winstverdeling, de verdeling van de bevoegdheden en de duur van de overeenkomst. Bij toetreding tot een maatschap is het gebruikelijk dat de medisch specialist goodwill betaald. Het ziekenhuis gaat de contractuele relatie aan met de individuele medisch specialist en heeft er daarom nauwelijks bemoeienis mee of de betrokken medisch specialisten een maatschap aangaan.

Relatie tussen Raad van Bestuur en specialisten in loondienst

Algemene, categorale ziekenhuizen en revalidatie-instellingen

De medisch specialist in loondienst van algemene, categorale ziekenhuizen of revalidatie-instellingen valt onder de AMS. Net als bij vrijgevestigd medisch specialisten is in dit geval het DMS van toepassing. In tegenstelling tot de vrijgevestigd medisch specialisten is het nu echter zo dat bij strijdigheid de AMS prevaleert boven regelingen in het bijzonder deel van het DMS.

Afspraken, die in het bijzonder deel van het DMS kunnen worden gemaakt met alle medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis, betreffen onder andere:

- de vaststelling van de productie
- de procedure bij structurele overschrijding van de arbeidsduur
- de nadere uitwerking van toeslagen en gratificaties
- de uitvoering van een functionerings- en beoordelingsmethodiek

Het betreft hier over het algemeen afspraken uit de AMS die nadere uitwerking behoeven.

In de AMS wordt een maximale arbeidsduur vastgelegd voor de medisch specialisten. Deze is gemiddeld 52 uur per week, inclusief diensten. In de AMS is net als in de MTO opgenomen dat de Raad van Bestuur jaarlijks productieafspraken maakt met de medisch specialist. Wat betreft kwaliteit is de medisch specialist gehouden aan het opgestelde functiereglement. Er zijn net als bij de MTO nauwelijks afspraken gemaakt over verantwoording van de medisch specialist aan de Raad van Bestuur. Het onderdeel 'functioneren en beoordeling' is in de AMS (nog) niet ontwikkeld en de medisch specialist is ook niet verplicht om de Raad van Bestuur inzicht te geven in visitierapporten. Er geldt wel (net als bij de MTO) een meldingsplicht van incidenten. De disciplinaire maatregelen die de Raad van Bestuur kan nemen zijn identiek aan die van de MTO, ook de mogelijkheid tot het non-actief stellen van medisch specialisten is gelijk.

De arbeidsovereenkomst kan voor bepaalde en onbepaalde tijd worden aangegaan. In het eerste geval dient de reden of tijdsduur te worden opgenomen in de overeenkomst. Bij een overeenkomst voor onbepaalde tijd kan de Raad van Bestuur de overeenkomst alleen opzeggen als daar bepaalde gewichtige redenen voor zijn. Deze redenen zijn gelijk aan die van de MTO.

De medisch specialist in dienstverband wordt gehonoreerd conform de AMS. Er is één salarisschaal met zeven treden, die lopen van € 5.638 per maand tot € 9.851 per maand bij een volledige arbeidsduur van 45 uur (niveau 1-6-2008, zie AMS 2008-2009). De bijbehorende uurtarieven zijn respectievelijk € 28,91 en € 50,52. Hier bovenop kan de medisch specialist toeslagen en gratificaties ontvangen, bijvoorbeeld inconveniëntentoeslag gebaseerd op het aantal en de duur van gewerkte avond-, nacht- en weekenddiensten. De gratificatie kan het bestuur toekennen op grond van een bijzondere of buitengewone bijdrage van de medisch specialist.

Academische ziekenhuizen

In academisch ziekenhuizen is er geen sprake van een DMS. Academisch medisch specialisten vallen onder de CAO UMC.

Een volledige arbeidsduur bestaat uit op jaarbasis gemiddeld ten minste 40 uur en ten hoogste 48 uur per week, exclusief diensten. Inclusief de arbeid verricht tijdens diensten bedraagt de arbeidsduur van de academisch medisch specialist maximaal gemiddeld 55 uur per week. In deze CAO wordt gerefereerd aan de productieafspraken die overeengekomen worden tussen Raad van Bestuur en het afdelingshoofd. De CAO UMC bevat een professioneel statuut waarin is opgenomen dat de medisch specialist regels van de Raad van Bestuur in het kader van doeltreffendheid en doelmatigheid dient te volgen. Er worden wederom wel afspraken gemaakt over de kwaliteit van de medisch specialist, maar niet over verantwoording aan de Raad van Bestuur. Ook bij academische ziekenhuizen zijn de medisch specialisten dus wel verplicht om mee te werken aan visitaties, maar niet verplicht om de Raad van Bestuur inzicht te verlenen in de uitkomsten. Met universitair medisch specialisten worden wel jaargesprekken gehouden waarin het functioneren van de medisch specialist wordt besproken. De disciplinaire maatregelen die de Raad van Bestuur kan opleggen zijn uitgebreider dan die bij medisch specialisten bij niet-academische ziekenhuizen. Zo kan de Raad van Bestuur salaris inhouden, de specialist voor onbepaalde tijd schorsen of ontslaan. Daarnaast kan hij de specialist op non-actief stellen. De overeenkomst kan voor bepaalde en onbepaalde tijd worden aangegaan.

Academisch medisch specialisten worden gehonoreerd volgens de CAO UMC. Er zijn vier aparte salarisschalen voor medisch specialisten, universitair medisch specialisten, hoogleraar/medisch specialist hoogleraren en hoogleraar/hoogleraar afdelingshoofd. De mini- en maximale maandbedragen en het aantal treden zijn weergegeven in Tabel 2.1 bij een volledige arbeidsduur. Medisch specialisten met een dienstverband voor bepaalde tijd kunnen maximaal drie jaar worden ingedeeld in de schaal Medisch specialist. Inschaling in deze schaal is slechts mogelijk in verband met een (vervolg)opleiding in het kader van een bepaald project of bij wijze van proef. Hiernaast kan de academisch medisch specialist gratificaties en toelagen ontvangen, bijvoorbeeld voor een structurele overschrijding van de arbeidsduur of vanwege buitengewoon functioneren.

Tabel B.1 Salaris academisch medisch specialist

Functie	Minimum	Maximum	Aantal treden
Medisch specialist	€ 5.099	€ 6.101	3
Universitair medisch specialist	€ 6.671	€ 9.430	9
Hoogleraar/medisch specialist	€ 8.301	€ 10.167	8
Hoogleraar/ hoogleraar afdelingshoofd	€ 9.585	€ 11.764	8

Bron: CAO UMC, niveau 1-3-2009

Bekostiging Ziekenhuis en Vrijgevestigde specialist

In 2005 is de DBC-systematiek ingevoerd waarmee wordt beoogd meer inzicht te geven in de geleverde zorgprestaties en de bijbehorende kosten van medisch specialistische zorg. Een DBC is een weergave van activiteiten die gemiddeld worden uitgevoerd bij een bepaalde zorgvraag. In de

DBC's zijn de ziekenhuiskosten, de medisch specialistenhonoraria en de kapitaallasten samengevoegd. De honoraria van medisch specialisten blijven apart zichtbaar in het DBC-tarief. Voor de ziekenhuizen geldt momenteel een duaal bekostigingssysteem. Voor een deel wordt het ziekenhuis door functiegerichte budgettering (FB) bekostigd. Dit houdt in dat het ziekenhuisbudget wordt vastgesteld op basis van parameters, zoals opnamen en verpleegdagen. Het betreft hier het zogenaamde A-segment. In dit segment gelden vaste prijzen, vastgesteld door de NZa. Anderzijds is er sprake van prestatiebekostiging. Dit is het zogeheten B-segment, waar vrije prijzen gelden. Ziekenhuizen kunnen voor dit segment jaarlijks met de zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's. Ook in de DBC's voor het B-segment is het honorariumdeel voor de medisch specialisten vast en bepaald door de NZa. In 2009 omvatte het B-segment ongeveer 34 procent van de totale ziekenhuiszorg.

Vrijgevestigde medisch specialisten worden geheel op basis van prestatiebekostiging vergoed. De prestaties bestaan uit het aantal geleverde DBC's. In zowel het A- als het B-segment wordt gewerkt met een onderbouwd uurtarief, in 2009 bedroeg dit uurtarief € 139,50. Bestuurders van zorgaanbieders kunnen met medisch specialisten onderhandelen over de hoogte van het uurtarief binnen een beperkte bandbreedte (plus of min € 6,50). Het honorarium van de medisch specialist per DBC bestaat dan uit een normtijd per DBC vermenigvuldigd met het uurtarief. De totale omzet van de vrijgevestigde medisch specialist is dan het aantal geleverde DBC's maal het honorarium per DBC.

Bijlage C Gesprekspartners

Deelnemers rondetafelgesprek 15 februari met bestuurders ziekenhuizen

Naam	Organisatie
H.P.J. Gerla	Sint Franciscus Gasthuis
P. de Kort	Rivas Zorggroep
G.J.M. van den Maagdenberg	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
P.P.A. Razenberg	Franciscus Ziekenhuis
A.B. Wymenga	Ziekenhuis Rivierenland
H.W.M. Vernooij	Isala klinieken
J.H.L. Jansen	Waterlandziekenhuis
J.J. Paulides	ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen
H.A. van Eck	Ziekenhuis Bronovo
T. Stellema	Kennemer Gasthuis
P.J. Hoppener	Sint Maartenskliniek
G. Gallé	Jeroen Bosch Ziekenhuis
R.M.A. van der Pennen	St. Elisabeth Ziekenhuis
C. Krappel	Zorggroep Pasana
P.H. Draaisma	IJsselland ziekenhuis
G.P. Bruins	Refaja ziekenhuis
J.L.L. Kimpen	UMC Utrecht
C.W. Meijers	Meander Medisch Centrum Amersfoort
W.H. van der Walle-van Veen	Elkerliek ziekenhuis
E.J. Janson	BovenIJ ziekenhuis
A. Slot	Radiotherapeutisch Instituut Friesland
P.M. Ansems	't Lange Land Ziekenhuis
F. Visser	MC Groep
L. van der Velde	NVZ Vereniging van ziekenhuizen
O. Peek	NVZ Vereniging van ziekenhuizen
L. Kok	SEO Economisch Onderzoek
C.Tempelman	SEO Economisch Onderzoek

Deelnemers rondetafelgesprek 16 februari met specialisten

Naam	Organisatie
R.A. Holl	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
H.A.A. Brouwers	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
J.G. van Enk	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
J.A.M. Widdershoven	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
A.M. Wiersema;	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
J. Oskam	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

H.A.L.F. Hoogstede	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
J. Bonnemaïjer	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
R. Laduc	Nederlandse Vereniging voor Urologie
R.P.E. de Gier	Nederlandse Vereniging voor Urologie
P. Scholten	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
R.W. Kreis	Medisch manager vakgroep heekunde Rode Kruis Ziekenhuis
H.P. Bienfait	Beroepsbelangen Commissie Neurologie
J.W.B. Moll	Beroepsbelangen Commissie Neurologie
H.H. Vincent	Interne geneeskunde St Antoniusziekenhuis
K.C.A. van Engelenburg	Chirurg en voorzitter medische staf Slingeland Ziekenhuis
Prof. dr. J.S. Laméris	Nederlandse Vereniging voor Radiologie
F.E.E. Treurniet	Nederlandse Vereniging voor Radiologie
J. Derksen	Nederlandsche Internisten Vereniging
M.I.M. Versteegh	Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
A. van der Lely	Anesthesioloog-intensivist St Antoniusziekenhuis
C.J.M. Oosterbos	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
E. de Kluiiver	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
R.J. van Geuns	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
H. van Helmond	Ned. vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose
H.P. Grotjohan	Ned. vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose
E. Ziere	Orde van Medisch Specialisten
A. J. Taselaar	Orde van Medisch Specialisten
A. Van Bolderen	LAD
L. Kok	SEO Economisch Onderzoek
A. Houkes	SEO Economisch Onderzoek
C.Tempelman	SEO Economisch Onderzoek

Deelnemers rondetafelgesprek 18 februari met specialisten en bestuurders ziekenhuizen

Naam	Organisatie
A. Gerritsen van der Hoop	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
M. Hogervorst	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
P.J. Boekema	Beroepsbelangen Commissie van MDL-artsen
S.Y. de Boer	Beroepsbelangen Commissie van MDL-artsen
J.W. Thissen	Nederlandse Vereniging voor Urologie en Vereniging Neurochirurgie
W.E.M. Strijbos	Nederlandse Vereniging voor Urologie Beroepsbelangen Commissie van de Nederlandse Vereniging voor
M.C.Obdeijn	Plastische Chirurgie
M.Th.P. Odenthal	BBC-Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
J.T.H.N. de Faber	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
W. Moolenaar	Stafbestuur van het Medisch Centrum Alkmaar
J.H. van der Sluijs	Stafbestuur van Medisch Centrum Haaglanden
JW van den Berg	longarts en penningmeester van de stafmaatschap Bronovo
H. Vermeulen	Orde van Medisch Specialisten

D. Hamaker	Orde van Medisch Specialisten
W.J.G. Blaauw	Zorggroep Noorderbreedte
G.P.M. Huisman	Slingeland Ziekenhuis
G.J. van Zoelen	Vlietland Ziekenhuis
G.C. van de Logt	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
W. Geerlings	Medisch Centrum Haaglanden
D. van Starckenburg	Ziekenhuis Gelderse Vallei
G. de Beij	Alysis Zorggroep
J.A.I. Voorburg	Ziekenhuis St. Jansdal
J.F.M. Aartsen	UMC Groningen
D.K. Aanan	NVZ Vereniging van ziekenhuizen
S. Weijnenborg	NVZ Vereniging van ziekenhuizen
L. Kok	SEO Economisch Onderzoek
A. Houkes	SEO Economisch Onderzoek
C.Tempelman	SEO Economisch Onderzoek

Geïnterviewde personen

Naam	Organisatie
O. Peek	NVZ Vereniging van ziekenhuizen
S. Weijnenborg	NVZ Vereniging van ziekenhuizen
H. Vermeulen	Orde van Medisch Specialisten
D. Hamaker	Orde van Medisch Specialisten
E. Ziere	Orde van Medisch Specialisten
A. J. Taselaar	Orde van Medisch Specialisten
V. Verrijp	NFU
F. de Bos	NFU
A. Van Bolderen	LAD
T. Lamping	Zorgverzekeraars Nederland
G.J.M. van den Maagdenberg	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
H. Keuzenkamp	Westfries Gasthuis
D. Hemrika	OLVG
R. Lantain	Gelre Ziekenhuizen



seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . www.seo.nl