

GOED BESTUUR & TOEZICHT

www.goedbestuurentoezicht.nl
jrg 17

PLATFORM VOOR 4 2021 GOVERNANCE

Drieluik: Governance in de zorg

- **Binnen het zorgstelsel, buiten de kaders 4**
Gérard Brockhoff en **Jim Emanuels** pleiten voor 4 speerpunten in de governance
- **Het Medisch Specialistisch Bedrijf 14**
Tessa van den Ende analyseert het toekomstperspectief van dit model
- **‘Als je het ziet misgaan, moet je uit je rol durven stappen’ 18**
Interview met **Jaap van Manen** over het faillissement van het Slotervaartziekenhuis en de MC IJsselmeerziekenhuizen

EN OOK: IN DE PRAKTIJK: JOOST DE BIE 25 ROB VAN EIJBERGEN EN ANITA TEKAMP OVER HET VERBETEREN VAN DE DYNAMIEK IN DE RAAD 28 SUZANNE DE BOER-VERHEIJ, NICOLET JAGER, MARLÈNE JANS, CAROLIEN MERKENS, ROLAND NOTERMANS EN CORA WIELENGA: HOE GOEDE COMPLIANCE DUURZAME WAARDECREATIE VERSTERKT 32 HANS HOEK SCHETST DE OVEREENKOMSTEN TUSSEN GOVERNANCE IN DE VOC-TIJD EN NU 40 WERKEN AAN D&I: CARRIE VAN DER KROON BIEDT CONCRETE AANKNOPINGSPUNTEN 48 FRANCOISE DORSMAN BESPREEKT 5 INZICHTEN OVER TOEZICHT OP DE KWALITEIT VAN HET LEIDERSCHAP 56 BONJE IN DE BOARDROOM? CORA REIJERSE EN RENE RAVENHORST GEVEN CONSTRUCTIEF ADVIES 66

GOED BESTUUR & TOEZICHT PLATFORM VOOR GOVERNANCE

Medisch Specialistisch Bedrijf: model in transitie?



Introductie

Hoe houd je de zorgkosten in toom? Dat het in loondienst nemen van medisch specialisten de heilige graal is, is te simplistisch gedacht. Het zijn de zorgverzekeraars die een beslissende rol in de zorg spelen, stelt Tessa van den Ende.

- Titel** : Medisch Specialistisch Bedrijf: model in transitie?
Auteur : Tessa van den Ende
Verschenen in : Goed Bestuur & Toezicht (Goed Bestuur & Toezicht 4/2021)
Publicatiedatum : 30-12-2021
Tags : governance in de zorg

Dit artikel/hoofdstuk is afkomstig uit Goed Bestuur & Toezicht. Het auteursrecht is voorbehouden. De publicatie is bestemd voor eigen gebruik. Het is niet de bedoeling dit op commerciële basis verder te verspreiden. Neem in dat geval contact op met de uitgever, Mediawerf Uitgevers, www.mediawerf.nl. E-mailadres: klazinus@mediawerf.nl.

Hoe houd je de zorgkosten in toom? De gedachte dat het in loondienst nemen van medisch specialisten de heilige graal is, is te simplistisch gedacht.

Niet het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), de vrijgevestigde medisch specialisten of ziekenhuisbestuurders zijn de beslissers in de zorg. Zorgverzekeraars spelen hierin een cruciale rol, stelt **Tessa van den Ende**. ‘Zij zijn op dit moment de bepalende beslissers als het gaat om de borging van de drie publieke belangen in de gezondheidszorg: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid.’



Tessa van den Ende is advocaat en partner bij Nysingh, Daarnaast is zij onder meer voorzitter van de rvc van Zorg van de Zaak, voorzitter rvt BovenIJZiekenhuis, vicevoorzitter rvt Basalt Revalidatie en docent Gezondheidsrecht GrotiusAcademie.

MEDISCH SPECIALISTISCH BEDRIJF: MODEL IN TRANSITIE?

Sinds de invoering van de integrale tarieven in 2015 is de vrijgevestigde medisch specialist een onderwerp dat geregeld terugkomt. Blijkens het vorige regeerakkoord (2017) wilde Rutte III dat medisch specialisten de overstap maakten naar het participatiemodel of loondienst. Het is voor de overheid betrekkelijk eenvoudig om vrijgevestigde medisch specialisten te verplichten om over te stappen naar loondienst. Het lijkt uitsluitend nog de vraag te zijn of de eerder geschatte kosten van 2 miljard euro voor het afkopen van goodwill, goed becijferd zijn. Dat blijkt uit een recent rapport, gemaakt in opdracht van de vaste VWS-commissie. Hiermee is de loondienstkwestie opnieuw opgerakeld. Dragende argumenten zijn zonder uitzondering de hoge zorgkosten en het inperken van de productieprikkel.

De gedachte dat het geforceerd in loondienst nemen van medisch specialisten de heilige graal is voor het beteugelen van de zorgkosten, is te simplistisch gedacht en houdt in het geheel geen rekening met de verschil-

lende actoren bij het invullen van de zorg. Het zijn juist andere actoren die de invulling van de zorg kunnen beïnvloeden, en wel op een zodanige wijze dat de overheid die 2 miljard voor de afkoop van de vrijgevestigd medisch specialisten aan de zorg kan besteden.

Vóór 1 januari 2015 waren medisch specialisten in het ziekenhuis werkzaam op basis van een toelatingsovereenkomst. Na 1 januari 2015 hebben de vrijgevestigd medisch specialisten zich juist als gevolg van de integrale bekostiging verenigd in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), die veelal de rechtsvorm van een coöperatie aanneemt. De medisch specialisten zijn als medisch specialist of met een persoonlijke holding BV via een ledenovereenkomst lid van de coöperatie. Die coöperatie verleent vervolgens in opdracht van het ziekenhuis zorg aan patiënten. De afspraken daarover zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is de raad van bestuur van een ziekenhuis eindverantwoordelijk voor het leveren van goede zorg.

De zorg wordt voor een belangrijk deel verleend door medisch specialisten, vrijgevestigd of in loondienst. Centraal staat nu de vraag of de inrichting van de vrijgevestigd medisch specialisten in de vorm van een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) de governance binnen het ziekenhuis in de huidige vorm verstoort, of dat die vorm helpend, ondersteunend en toekomstbestendig kan zijn.

Het MSB

Het MSB bestaat nu zes jaar. In die jaren is binnen het zorgstelsel nadrukkelijk een plaats voor hen gemaakt. Van een MSB wordt verwacht dat het ondersteunend is aan de besturing van het ziekenhuis. Niet alleen door het vullen van de medischmanagerposities, maar ook door aan de bestuurstafel plaats te nemen, al dan niet als ‘medisch bestuurder’, om de gewenste verbinding tussen de medische kolom en de bestuurlijke kolom te leggen.

Medisch specialisten zijn weliswaar nu ingericht als ‘eigen bedrijf’, maar dat bedrijf kan niet zonder het ziekenhuis (of zelfstandig behandelcentrum) waar de medisch specialisten voor worden ingezet. Het ziekenhuis (of zelfstandig behandelcentrum) kan niet beslissen te ‘switchen’ van MSB, net zomin als het MSB kan switchen van ziekenhuis. Zij zijn tot elkaar veroordeeld, wat ruimte zou behoren te geven in die verhouding om visie en strategie samen met de gehele medische kolom (inclusief medisch specialisten in loondienst en verpleegkundigen (verenigd in de Verpleegkundige Advies Raad)) vorm te geven. Daarbij is er maar één speler in de *lead*: het ziekenhuis.

Ziekenhuis eindverantwoordelijk én onderhandelaar

Het ziekenhuis, en in feite de zorginstelling, is eindverantwoordelijk voor de goede zorg. Daaronder valt in ieder geval zorg die veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Op de zorginstelling rusten ook verplichtingen ten aanzien van de bewaking,

beheersing en verbetering van de kwaliteit. Het MSB is geen instelling en heeft een opdracht (van het ziekenhuis) tot het leveren van medisch specialistische zorg. En juist in die opdracht schuilt de ruimte voor door-groei.

In de samenwerkingsovereenkomst, die in de afgelopen jaren door ziekenhuizen en MSB'en nog vaak is ingericht met een jaarlijkse afspraak over de productie met een vaste vergoeding, is eveneens ruimte opgenomen voor een variabele beloning. Die variabele parameters zijn zelden ingevuld maar bieden juist de mogelijkheid de huidige ingezette beweging die toeziet op ‘de juiste zorg op de juiste plek’ te verankeren.

Het is allang niet meer van deze tijd dat ziekenhuisbestuurders alleen maar naar de eigen winkel kijken. Ziekenhuizen kijken buiten de eigen muren, verbinden zorg en welzijn en richten zich op het inrichten van een netwerk tussen zorginstellingen, zodat de juiste zorg voor de burger op de juiste plek wordt geleverd. De politiek zou zich, in plaats van zich te richten op het inkomen en de instructiebevoegdheid ten aanzien van de dokter in loondienst, juist moeten afvragen waar die andere grote – en misschien wel de grootste en allesbepalende – speler in de zorg is in dit geheel: de zorgverzekeraar.

In het zorgstelsel zoals we dat sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet en Wet toelating zorginstellingen in 2006 kennen, heeft de overheid diens rol in de zorginkoop verlegd en belegd bij zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars aan zet

Een veelgehoord argument om de rechtsfiguur MSB op te heffen, is de productieprikkel. Die prikkel is niet iets wat het ziekenhuis of het MSB hebben bedacht. Dat productiestelsel is bedacht door de Nederlandse Zorgautoriteit. Een productieprikkel zit misschien wel ingebakken in het systeem: dat kan ook worden bijgestuurd door de inkoper van de zorg: de ziektekostenverzekeraar. Het productiestelsel is immers slechts een manier om de zorg in rekening te kunnen brengen op grond van de Wet Marktordening Zorg. De Zorgverzekeringswet (Zvw) regelt niet alleen een

‘Met selectief inkopen dwingt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder de kwaliteit te leveren die nodig is’

basisverzekering voor zorgkosten, maar ook de zorginkoop. Zorginkoop is het proces dat leidt tot een contract tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. In dat contract staan afspraken over de zorg die de aanbieder gedurende de looptijd van het contract moet leveren aan de verzekerden van de verzekeraar. Dat kunnen afspraken zijn over de hoeveelheid zorg, over het type zorg, over de prijs daarvan en over de kwaliteit. De verzekeraar biedt zijn verzekerden dit pakket gecontracteerde zorg aan.

Hij hoeft dat niet te doen, hij kan ook declaraties van zijn verzekerden betalen en verder geen energie steken in de contractering. Doet hij het eerste, dan richt hij zich op de ‘verkoop’ (van polissen). Doet hij het tweede, dan is de ‘inkoop’ (van zorg) zijn doelstelling. Dat betekent niet dat zorgverzekeraars niet selectief kunnen inkopen. En met selectief wordt bedoeld op het een wel en het andere niet langer inkopen.

‘Selectieve’ zorginkoop, dus niet meer alle zorg contracteren, maar alleen goede én doelmatige zorg en verzekerden sturen naar gecontracteerde zorg, is de beste manier om tegemoet te komen aan een groeiende en veranderende zorgvraag, adviseerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg al in 2008.

Door middel van selectieve zorginkoop kunnen zorgverzekeraars de juiste stimulans geven aan ziekenhuizen om in de productieafspraken met het eigen MSB die invulling door te zetten.

Naast die mogelijkheid geeft een selectieve zorginkoop de prikkel tot doelmatigheid en kwaliteit. Maar dat vergt wel keuze. Keuzes die zorginkopers die werkzaam zijn bij zorgverzekeraars nu niet leidend laten zijn. Nog maar al te vaak wordt het gesprek nagenoeg uitsluitend gevoerd over de prijs en kwaliteit. Schaal, zorgfunctie of instelling, concentratie of deconcentratie, gespecialiseerd of generalistisch, vastgoedmanagement: in de zorginkoopafspraken komen deze nauwelijks terug. Is

dat iets wat je het MSB kunt verwijten? Of de ziekenhuisbestuurder?

Ondertussen zijn ziekenhuizen en zorgverleners allang bezig met de visie op netwerkzorg en het invullen ervan. Tegelijkertijd maakt de wijze waarop de zorg moet worden gedeclareerd een integrale netwerkdeclaratie nagenoeg onmogelijk. ‘Nagenoeg’, omdat sinds kort de NZa die declaratie mogelijk heeft gemaakt.

Zorgstelsel in transitie met MSB als onderdeel

Niet het MSB, de vrijgevestigd medisch specialisten of ziekenhuisbestuurders zijn de beslissers in de zorg: zorgverzekeraars spelen een beslissende rol in het mechanisme. Zij zijn beslissers als het gaat om de borging van de drie publieke belangen in de gezondheidszorg: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid. Met selectief inkopen dwingt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder de kwaliteit te leveren die nodig is. Zorginkoop is als het ware een alternatief voor marktordeening én voor staatsbemoeienis, zo concludeerde de RVZ. En juist in die zorginkoop kan het MSB een rol vervullen. Het is sinds 1 januari 2015 gebruikelijk dat een afvaardiging van het MSB samen met het ziekenhuisbestuur onderhandelingen voert met de zorgverzekeraars. Betrek alle spelers in de zorg bij de inkoop van de zorg. Het voeren van de discussie of loondienst geforceerd zou moeten worden opgelegd leidt af van de enige vraag die gesteld moet worden. Hoe kunnen de hoofdrolspelers – ziekenhuis, zorgverzekeraars, medisch specialisten en zorgverleners – omringd en ondersteund door interne en externe toezichthouders, in hun kracht worden gezet om samen zorg 2.0 in te richten en uit te vinden? Het is tijd om dat goede gesprek te voeren.

