

Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.
"Natuurlijk in Beweging" is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht.



Natuurlijk in Beweging

In dit nummer o.a.:

- **Integrale bekostiging 2015** • Invoering integrale tarieven: MSB veruit favoriet
- **Medisch specialistische zorg 2015!** • Stand van zaken declaratieproblematiek ziekenhuizen

2015... en dan?

Beste lezer,

De Nederlandse zorg staat aan de vooravond van opnieuw een jaar waarin veel te gebeuren staat. Per 1 januari zal integrale bekostiging een feit zijn. Het doel is om meer gelijkgerichtheid te bewerkstelligen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten, de efficiency te vergroten en kosten te besparen.

Ziekenhuizen, individuele specialisten en maatschappijen zijn volop in overleg en discussie om te bepalen of het loondienstmodel, het medisch specialistisch bedrijf of het participatiemodel de keuze moet worden.



Naar verwachting zullen ziekenhuizen tientallen miljoenen euro spenderen aan advieskosten om hier inzicht in te krijgen. Om nog maar niet te spreken over de Belastingdienst, die nauwelijks of niet reageert op de verschillende voorgestelde constructies.

Begrijp ik het dan wel goed: het doel van integrale bekostiging is toch de efficiency te vergroten en kosten te besparen? Is hier sprake van een valse start?

We zijn er nog lang niet terwijl 2015 angstig dichtbij komt. Laten we hopen dat er snel duidelijkheid komt en dat het systeem dusdanig gaat functioneren dat de patiënt hier geen negatieve consequenties van gaat ondervinden.

In deze speciale uitgave een compilatie van de recente ontwikkelingen en de status van de verschillende initiatieven om de integrale bekostiging in een aanvaardbaar en werkbaar bestuursjasje te gieten.

Veel leesplezier!

Roland van Esch

Integrale



bekostiging 2015

Per 1 januari 2015 zal integrale bekostiging een feit zijn en declareren alleen nog de ziekenhuizen aan de zorgverzekeraars. Doel is om meer gelijkgerichtheid te bewerkstelligen tussen ziekenhuizen en medisch specialisten, de efficiency te vergroten en kosten te besparen. Voor medisch specialisten betekent dit dat zij voor de keuze staan: in loondienst treden van het ziekenhuis, samenwerken vanuit vrij ondernemerschap of participeren in het ziekenhuis.

Door de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zijn vier modellen uitgewerkt: het loondienstmodel, het samenwerkingsmodel, uiteenvallend in de oprichting van één grote, collectieve maatschap of een BV, en het participatiemodel. Uit onderzoek blijkt dat het overgrote deel van de medisch specialisten kiest voor het samenwerkingsmodel. Het participatiemodel is vooralsnog waarschijnlijk geen optie, omdat het in de gegeven korte tijdspanne lastig te realiseren is.

Medisch specialisten en vrij beroepsbeoefenaren binnen het collectief staan voor belangrijke keuzes:

- behoud van ondernemerschap
- overstap naar dienstverband

Behoud van ondernemerschap

Wanneer een medisch specialist ondernemer wil blijven zal hij vanaf 2015 moeten kiezen voor een ander organisatie-model: het samenwerkingsmodel of het participatiemodel.

Samenwerkingsmodel

In het samenwerkingsmodel vervalt de individuele toelatings-overeenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis en wordt er een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het ziekenhuis en het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB).

Het MSB wordt gevormd door de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die maat zijn in een specialistenmaatschap of als aandeelhouder in dienst zijn van een specialisten BV. De samenwerking met het ziekenhuis zal in dit model zakelijker zijn dan nu. En het MSB vormt, veel meer dan de huidige maatschappen, een echt bedrijf met personeel en investeringen en bijbehorende risico's.

Participatiemodel

In het participatiemodel wordt de medisch specialist mede-eigenaar van het ziekenhuis.

- Variant 1: De stichting ziekenhuis en de maatschap specialisten brengen ieder hun activiteiten onder in een ziekenhuis VOF en delen in het resultaat van deze ziekenhuis VOF.
- Variant 2: Mede-eigenaarschap kan ook via een 'specialistencoöperatie' waarin de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar via een 'personal holding' (PH) deelneemt. Hij is in dienst van zijn eigen BV. De specialistencoöperatie heeft, net als de stichting ziekenhuis, een aandelenbelang in de ziekenhuis BV. Stichting ziekenhuis en specialistencoöperatie delen in het resultaat van deze ziekenhuis BV.

Overstap naar dienstverband

De overstap naar een dienstverband heeft consequenties voor het inkomen, goodwill, arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioen. Bij een overstap van vrij beroep naar dienstverband zijn de volgende afspraken en consequenties belangrijk:

- arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis
- overdracht praktijk aan het ziekenhuis (goodwill)
- beëindiging of wijziging van verzekeringen (arbeidsongeschiktheid, aansprakelijkheid en rechtsbijstand)
- fiscale afrekening over goodwill en bedrijfseigendommen
- einde mogelijkheid tot aftrek van bedrijfskosten

- verplichte pensioenovergang van SPMS naar PfZW
- wellicht premievrij maken van aanvullende privé pensioenvoorziening
- beëindiging/ontbinding van de maatschap

Niets doen is natuurlijk ook een keuze. De huidige situatie wordt dan veelal gezien als een zogenaamd 'fictief dienstverband'. Dit heeft de volgende nadelen in vergelijking met een vrijwillige overstap naar dienstverband:

- geen arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis, maar wel afdracht van premies door het ziekenhuis
- geen afspraken met het ziekenhuis over overgang van goodwill en bedrijfseigendommen
- geen beëindiging van verzekeringen
- onduidelijkheid over pensioen

De overige consequenties blijven van kracht zoals bij een vrijwillige overstap naar een dienstverband (www.integralebekostiging2015.nl).

Advieskosten integrale tarieven rijzen de pan uit

Ziekenhuizen zouden door de invoering van de integrale tarieven per 1 januari a.s. landelijk gezien tussen 25 en 40 miljoen euro kwijt zijn aan advieskosten. Ieder ziekenhuis besteedt dit jaar ongeveer drie tot vijf ton aan advieskosten in het traject integrale tarieven 2015. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) herkent zich in de hoge invoeringskosten van de integrale tarieven. 'Dat is een erg vervelend bijeffect', zegt een NVZ-woordvoerder. Naar verwachting zal ook in 2015 een aantal ziekenhuizen adviesbureaus moeten inhuren om de invoering van de nieuwe bestuursmodellen goed te regelen (Zorgvisie, 17 oktober 2014).

Invoering integrale tarieven: MSB veruit favoriet

Al geruime tijd zijn vrijgevestigde medisch specialisten, ziekenhuizen en hun vele fiscale adviseurs bezig met het ontwikkelen van nieuwe besturingsmodellen in het kader van de invoering van integrale tarieven. De medisch specialisten lijken massaal te opteren voor behoud van het vrije ondernemerschap. De belangrijkste besturingsmodellen zijn het participatiemodel (mede-eigenaar worden van het ziekenhuis) en het samenwerkingsmodel. Het participatiemodel wordt veelal als het meest wenselijke model gezien, maar dit model vereist veel voorbereidingstijd en lijkt voor 2015 niet massaal haalbaar. Vooral nog opteren de meeste specialisten voor het samenwerkingsmodel. Dit model betreft een samenwerking tussen twee zelfstandige entiteiten: het ziekenhuis en het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB).

Het MSB, ook wel 'supermaatschap' genoemd, is de entiteit waarin de specialisten zich hebben verenigd. Tussen het ziekenhuis en het MSB wordt een samenwerkingsovereenkomst gesloten. De staatssecretaris van Financiën heeft eerder bevestigd dat het MSB-model zou kunnen leiden tot ondernemerschap van de medisch specialist, waarbij het voorbehoud wordt gemaakt dat beoordeling altijd achteraf zal plaatsvinden op basis van de individuele situatie aan de hand van daadwerkelijke feiten en omstandigheden. Om als onderneming te kunnen kwalificeren, zullen substantiële risico's op het gebied van personeel en investeringen moeten worden gelopen. Ziekenhuizen kunnen hun uitgewerkte plannen vooraf voorleggen aan de Belastingdienst om zodoende een indicatie te verkrijgen van de mate van ondernemerschap.

Er bestaat vanuit het oogpunt van kwaliteit, veiligheid en governance ook de nodige kritiek op het MSB-model. Het is bijvoorbeeld de vraag of ziekenhuizen voldoende mogelijkheden hebben om medisch specialisten aan te spreken op hun functioneren. Er bestaat in dit model immers geen directe relatie meer tussen ziekenhuis en medisch specialist zoals via de huidige toelatingsovereenkomst of het traditionele dienstverband. Ziekenhuizen die formeel de eindverantwoordelijkheid dragen voor de verleende medisch specialistische zorg, zullen dit bij de invoering van het MSB-model op adequate wijze in de overeenkomst moeten regelen. De Inspectie voor de Volksgezondheid kijkt in deze nauwlettend toe.

De afgelopen maanden hebben veel ziekenhuizen en specialisten hun plannen voorgelegd aan de Belastingdienst en zijn zij in afwachting van een beoordeling (toets op ondernemerschap) (NVZ.nl, NZa.nl).

Groen licht voor eerste MSB

De Belastingdienst heeft de plannen van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen voor een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) goedgekeurd. Met een tweede ziekenhuis heeft de fiscus een mondeling akkoord bereikt. Daarmee is een belangrijke hobbel naar de invoering van integrale bekostiging genomen. Binnen de ziekenhuizen is de afgelopen weken de nodige onrust ontstaan over de mogelijke organisatorische consequenties van de invoering van integrale prijzen. Onder dit nieuwe regime, dat op 1 januari 2015 van kracht wordt, krijgen vrijgevestigde medisch specialisten hun honorarium niet langer van de verzekeraars, maar van het ziekenhuis. Dit raakt aan de fiscale status van de specialisten en de bestuurbaarheid van het ziekenhuis en vergt

Het ziekenhuis en het Medisch



zodoende een ingrijpende bestuurlijke en organisatorische herijking. Minister Schippers stelde begin oktober dat de ziekenhuizen en medisch specialisten onvoldoende vaart maakten met de uitwerking van de benodigde bestuurlijke en organisatorische modellen. Volgens de ziekenhuizen was het juist de fiscus die verzuimde antwoord te geven op vragen rond de fiscale implicaties van de nieuwe modellen. In totaal hebben zo'n dertig ziekenhuizen vragen uitstaan bij de Belastingdienst. Met de goedkeuring voor het 'Nijmeegse model' geeft de fiscus nu voor het eerst officieel duidelijkheid. Naar verwachting biedt dit ook andere ziekenhuizen houvast. Lokale omstandigheden kunnen altijd anders zijn, maar met de goedkeuring van deze businesscase treedt in principe het gelijkheidsbeginsel in werking. Het Nijmeegse model gaat uit van een MSB waar de vrijgevestigde medisch specialisten deel van gaan uitmaken. Doordat de medisch specialisten die lid zijn van het MSB ondernemersrisico lopen, behouden ze hun huidige fiscale ondernemerschap. Waar het om gaat is de vraag of de medisch specialist zich daadwerkelijk gedraagt als ondernemer.

Specialistisch Bedrijf (MSB).



Dit betekent dat er sprake moet zijn van ondernemersrisico's; er moet onder meer personeel in dienst zijn en er moeten investeringen gedaan worden. Dit is in de Nijmeegse casus opgenomen en het MSB zal een gedeelte van de omzet aanwenden voor investeringen en het dragen van personeelslasten. In de casus die naar de belasting is gezonden zijn aan de personeelslasten en investeringen percentages verbonden.

De percentages zijn indicatief en kunnen niet zomaar worden overgenomen binnen een ander ziekenhuis. Waar het vooral om gaat is dat de vorming van een MSB meer is dan een fiscaal trucje.

Het belangrijkste is misschien wel de gelijkgerichtheid van de belangen van het ziekenhuis en het MSB. Dit is in Nijmegen in de besprekingen tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten altijd het uitgangspunt geweest. De samenwerking moet zo vormgegeven zijn dat de kwaliteit en bestuurbaarheid geborgd zijn (Skipr/Zorgvisie, 16 oktober 2014).

Fiscus frustreert invoering integraal model

De Belastingdienst heeft de plannen van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen voor een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) goedgekeurd, maar veel andere ziekenhuizen wachten nog op een oordeel van de Belastingdienst over de fiscale gevolgen van de invoering van integrale prijzen. Volgens bronnen in de sector hebben verschillende ziekenhuizen de fiscus modelregelingen voorgelegd, maar heeft de Belastingdienst nog niets terug laten horen.

Vanaf volgend jaar moeten vrijgevestigde medisch specialisten het honorariumdeel niet langer bij de zorgverzekeraar declareren, maar bij het ziekenhuis. Daarmee moeten integrale prijzen zowel de zorginkoop door zorgverzekeraars vereenvoudigen als de positie van medisch specialisten verhelderen. Voor specialisten in vrije vestiging betekent de komst van integrale prijzen dat er een einde komt aan hun huidige fiscale status als ondernemer.

Alternatieven als het opzetten van een gezamenlijk MSB of gedeeld eigenaarschap via aandelen zijn door de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) weliswaar op papier uitgetekend, maar nog onvoldoende praktisch getoetst. Het oordeel van de Belastingdienst is in dit verband met name voor de inkomenspositie van de specialisten van groot belang, maar volgens betrokkenen laat juist de Belastingdienst het afweten.

Een woordvoerder van de Belastingdienst wil alleen bevestigen dat de Belastingdienst verschillende regelingen en modellen ter beoordeling heeft ontvangen. Ziekenhuizen die voor 15 oktober een regeling voorgelegd hebben krijgen voor 1 januari 2015 een reactie. Wachten tot de integrale prijzen er zijn en verder niets doen is geen goede optie. Daarmee komen de vrijgevestigde medisch specialisten automatisch in fictieve loondienst. Dit heeft voor zowel specialisten als ziekenhuizen grote financiële gevolgen, onder andere in de vorm van naheffingen voor sociale premies (Skipr, 9 oktober 2014).

Medisch specialisten worden mogelijk mede-eigenaar

Het Rode Kruis Ziekenhuis (RKZ) in Beverwijk verwacht zich dit jaar om te kunnen vormen tot een besloten vennootschap. Daarmee is het RKZ het eerste Nederlandse ziekenhuis waar de medisch specialisten daadwerkelijk mede-eigenaar worden. De omvorming tot een BV is in zekere zin een logische stap nadat het RKZ eerder dit jaar in zee ging met arbodienstverlener Zorg van de Zaak.

Eigenaar Marius Touwen van Zorg van de Zaak zal circa 75% van de aandelen in handen krijgen. De overige 25% komt in handen van de medisch specialisten. Hoewel nog niet bekend is hoeveel geld de participanten voor de aandelen gaan betalen, denkt het ziekenhuis de financiële basis flink te kunnen verstevigen. Het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) staan positief tegenover de plannen. Met de BV-vorming loopt het RKZ vooruit op de invoering van integrale prijzen die op 1 januari 2015 van kracht worden. Doordat vrijgevestigde medisch specialisten hiermee hun fiscale status als ondernemer kunnen verliezen, studeren ziekenhuizen en specialisten momenteel en masse op nieuwe besturingsmodellen. Het RKZ onderzoekt op dit moment verschillende modellen en kijkt daarbij ook naar het zogeheten participatiemodel, waarbij de medisch specialisten als aandeelhouder mede-eigenaar worden.

Vooralsnog schrikken de meeste ziekenhuizen terug voor de juridische implicaties. Zo is er bij het participatiemodel sprake van een dubbele verbintenis tussen ziekenhuis en specialist: de specialist is als aandeelhouder mede-eigenaar, maar heeft via de verplichte toelatingsovereenkomst tevens een arbeidsrelatie met het ziekenhuis. Eerdere plannen van het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer om de medisch specialisten mede-eigenaar te maken zijn uiteindelijk gesneuveld, nadat de rechter in februari een streep door de overname door zorgaanbieder Fundis zette. Daarmee wordt het RKZ - als de plannen doorgaan - het eerste ziekenhuis in Nederland waar de medisch specialisten mede-eigenaar worden (Skipr, 10 oktober 2014).

Subsidieregeling overgang integrale tarieven vastgesteld

Alhoewel het MSB-model veruit de voorkeur lijkt te hebben, zijn er ook specialisten die kiezen voor het dienstverband. In het zorgakkoord dat in de zomer van 2013 is gesloten tussen VWS, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie (NPCF), Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland (ZKN), Orde van Medisch Specialisten (OMS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is opgenomen dat middelen beschikbaar zullen worden gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren.

Inmiddels is door VWS een landelijke subsidieregeling vastgesteld die de financiële belemmeringen voor vrijgevestigde medisch specialisten om een dienstverband aan te gaan verminderen. Als een specialist bij de overstap naar loondienst namelijk geen vergoeding ontvangt voor zijn onderneming (goodwill) zal een dergelijke overstap minder snel worden overwogen.

Op basis van de nieuwe subsidieregeling kan de medisch specialist een gedeeltelijke compensatie van de lasten van de overstap naar loondienst ontvangen. Het betreft een bedrag van € 100.000,-. De medisch specialist moet, om in aanmerking te komen voor de subsidie, tot 1 juni 2019 in loondienst blijven (NVZ.nl. NZa.nl).

Subsidie loondienst specialist schiet doel voorbij

De subsidie waarmee het ministerie van VWS de overstap van vrijgevestigde specialisten naar loondienst wil vergemakkelijken, werkt niet volgens adviesbureau Sibbing en Wateler, omdat artsen die met pensioen gaan en nieuwe medisch specialisten geen beroep mogen doen op het transitiefonds. VWS laat de pensionado's en de startende artsen buiten de regeling uit vrees voor misbruik. VWS vermoedt dat vrijgevestigde medisch specialisten kort voor hun pensioen cashen door nog even zogenaamd in

loondienst te gaan om vervolgens elders weer als vrijgevestigd arts aan de slag te gaan. De vraag is of dit niet te ondervangen is door de specialist in 2019 een verklaring van de accountant te laten overhandigen dat dit niet het geval is. Met de uitsluiting worden juist de specialisten geraakt die vóór medio 2019 op basis van leeftijd regulier met pensioen gaan. De tweede uitgesloten groep bestaat uit artsen die niet voldoen aan de voorwaarde dat zij het gehele jaar 2014 in vrije vestiging hebben gewerkt.

Het mogelijke misbruik bij deze groep zou bestaan uit medisch specialisten die eerst in loondienst werkten in 2014, maar nog snel even vrijgevestigd zijn geworden in 2014 zodat zij kunnen profiteren van het transitiefonds. Maar om vrijgevestigde medisch specialist te worden, moeten ze twee tot drie ton op tafel leggen, terwijl ze maar een ton uit het transitiefonds krijgen. Zo'n stap heeft dus geen financieel voordeel.

Het uitsluiten van de twee groepen medisch specialisten zet de overgang van vrijgevestigde ondernemers naar loondienst in enkele ziekenhuizen op losse schroeven. Ziekenhuizen stellen als voorwaarde dat een maatschap in zijn geheel de overstap naar loondienst maakt. Maar voor de uitgeslotenen is die stap financieel zo onaantrekkelijk dat zij die niet maken. Daarmee blokkeren zij echter wel de overgang van de hele maatschap, volgens adviesbureau Sibbing en Wateler.

Deze problematiek speelt bijvoorbeeld bij het reddingsplan van de Ommelander Zorggroep. Belangrijk onderdeel daarvan vormt de overstap van 43 specialisten naar loondienst. Van hen kunnen er echter acht niet meedoen aan het transitiefonds. Omdat zij de ton aan compensatie mislopen, dreigt een tekort voor het reddingsplan van acht ton. Als de acht specialisten niet meedoen aan de overstap naar loondienst, kunnen de andere specialisten dat waarschijnlijk ook niet doen. Dit legt mogelijk een tijdbom onder het reddingsplan van het ziekenhuis (Zorgvisie, 28 oktober 2014).

Medisch



specialistische zorg 2015!

Het thema 'Invoering van integrale tarieven' is geenszins nieuw. Er wordt al vele jaren over gesproken. In 2011 zijn in het Convenant Bekostiging Vrijgevestigd Medisch Specialisten hierover reeds afspraken gemaakt tussen de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en het ministerie van VWS.

Er zijn de afgelopen jaren diverse rapporten, adviezen, bevindingen en mogelijke modellen verschenen over de toekomstige bekostiging en positionering van de medisch specialist, van o.a. de Commissie-Meurs, de OMS en de NVZ. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument & Markt (ACM) hebben adviezen gegeven aan VWS over de meer technische vormgeving van de invoering van integrale tarieven. In de Natuurlijk in Beweging thema nieuwsbrief 'Toekomstige bekostiging medisch specialistische zorg' (juli 2013) is uitgebreid ingegaan op de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen vanuit de verschillende rapporten en adviezen. Hierbij nog enkele highlights voor u op een rijtje!

Commissie-Meurs:

'Gezond belonen: beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten'

- Naar de mening van de Commissie is het cruciaal dat de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk gelijk worden gericht. Dat zou onder meer kunnen worden bewerkstelligd door participatie van specialisten in juridische en financiële zin in een instelling. Ook vaste/variabele afspraken tussen instelling en specialist over het inkomen zullen naar verwachting een positief effect hebben op de gelijkgerichtheid van belangen.
- De Commissie acht de ontwikkeling naar regionaal georganiseerde, instellingsoverstijgende maatschappen zeer onwenselijk, omdat deze er toe kunnen leiden dat de belangen van instelling en specialisten juist gaan divergeren.

- De Commissie verwacht veel van de invoering van (vrije) integrale tarieven. Via integrale tarieven kan recht worden gedaan aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De Commissie acht het van groot belang dat juist op het niveau van het ziekenhuis tussen raad van bestuur en medische staf afspraken worden gemaakt over productie, kwaliteit en doelmatigheid. De Commissie is een groot voorstander van deze decentrale benadering, die een stevige inkooprol van de verzekeraar vereist.

Orde van Medisch Specialisten (OMS):

'Discussienota Positionering 2015'

In de visie van de OMS is het essentieel dat de medisch specialist actief deelneemt in de besturing van de instelling op strategisch, tactisch en operationeel niveau en medeverantwoordelijkheid draagt voor de financiële resultaten van het ziekenhuis. Dit betekent dat de focus op de eigen maatschap of vakgroep niet langer volstaat en dat er van de medisch specialist meer samenhangend beleid over de verschillende maatschappen en vakgroepen heen wordt gevraagd. Mede-eigenaarschap is hierin de meest vergaande vorm van participatie van de medisch specialist in de instelling.

Orde van Medisch Specialisten (OMS):

'Witte Boek: Modellen 2015'

Om financiële medeverantwoordelijkheid te creëren, wordt een samenwerkingsmodel geadviseerd tussen ziekenhuis en medisch specialist dat bestaat uit **drie componenten**:

- 1. Basishonorering of basissalaris:** kan de vorm hebben van een vast bedrag dat onder voorwaarden van bijvoorbeeld productievolume, kwaliteit en patiënttevredenheid wordt uitgekeerd, eventueel aangevuld met een variabele honorering op basis van kwalitatieve of kwantitatieve

indicatoren die betrekking hebben op de prestaties van de medisch specialist zelf.

2. Financiële medeverantwoordelijkheid: medisch specialisten (in vrij beroep én dienstverband) en het ziekenhuis dienen als zakelijke partners afspraken te maken over gezamenlijk te bereiken doelen en randvoorwaarden en hieraan een resultaatafhankelijke beloning te koppelen. De resultaatafhankelijke beloning vormt een aanvulling op het overeengekomen basishonorarium/basissalaris.

3. Mede-eigenaarschap: dit is de meest vergaande vorm van samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist en bouwt voort op financiële medeverantwoordelijkheid. Voor de medisch specialist als mede-eigenaar zou een honorering kunnen bestaan uit een basishonorering (of basissalaris), een resultaatafhankelijke beloning, eventueel aangevuld met een vergoeding over het geïnvesteerd (eigen) vermogen en uitkering van de resterende winst.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ):

'Zicht op zorg. Passend model. Over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015'

Er zijn door de NVZ drie besturingsmodellen ontwikkeld:

- (1) loondienstmodel
- (2) samenwerkingsmodel met het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB)
- (3) participatiemodel

In elk model is de relatie tussen ziekenhuis en de medisch specialisten fundamenteel anders vormgegeven. In het loondienstmodel is de arbeidsovereenkomst de basis van de relatie. In het samenwerkingsmodel ligt een samenwerkingsovereenkomst ten grondslag en in het participatiemodel gaat het om een vorm van aandeelhouderschap (voor meer informatie zie: Natuurlijk in Beweging thema nieuwsbrief juli 2013).

Stand van zaken **declaratie-** **problematiek** ziekenhuizen

In de vorige nieuwsbrief is uitgebreid stilgestaan bij de achtergronden en de aanpak van de ontstane declaratieproblematiek van ziekenhuizen en ZBC's (Zelfstandige behandelcentra). Partijen zijn eind mei een plan van aanpak overeengekomen. Met deze aanpak kan het verleden versneld worden afgesloten, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)-regelgeving voor de toekomst worden verbeterd en zo mogelijk een goedkeurende accountantsverklaring over de jaarrekening 2013 worden verkregen. Hiervoor is de deadline voor de indiening van de jaarrekening 2013 verschoven van 1 juni naar 15 december 2014. Ook de afrekening van het honorariumplafond 2013 is naar eind 2014 verschoven.

Onderdelen van de aanpak

Uitvoering aanvullend omzetonderzoek

In de zomermaanden is door alle ziekenhuizen een uitgebreid declaratieonderzoek uitgevoerd. Dit zelfonderzoek richt zich op de DBC-omzet 2012 en 2013 en komt in de plaats van de reguliere materiële controles door zorgverzekeraars en het toezichtonderzoek door de NZa. In de praktijk blijkt dat het zelfonderzoek veel meer tijd heeft geëist dan was ingeschat. Het omzetonderzoek was veelomvattend, complex en zeer arbeidsintensief. De noodzakelijke verduidelijkingen die door de NZa nog gegeven zouden worden op de regelgeving bleken ook weerbarstiger en kwamen fors later dan gepland. Uiteindelijk is de eerder overeengekomen planning voor het zelfonderzoek met een maand vertraagd. De meeste ziekenhuizen hebben rond 1 oktober, in plaats van 1 september, hun rapportage aangeboden aan de ZN (Zorgverzekeraars Nederland)-expertgroep die de bevindingen zal toetsen. De ZN-expertgroep zal uiterlijk medio november, in plaats van medio oktober, haar toetsingswerkzaamheden hebben afgerond.

Verrekening bevindingen uit zelfonderzoek met verzekeraars

De instelling rapporteert na de toetsing door de ZN-expertgroep de uitkomsten van het zelfonderzoek aan de betrokken verzekeraars waarbij inzicht wordt gegeven in welke onjuiste declaraties zijn aangetroffen en welke correcties daaruit voortvloeien, zowel voor het kostendeel van het ziekenhuis als de honoraria. De onderhandelingen over de feitelijke terugbetalingen aan verzekeraars zullen naar verwachting niet voor indiening van de jaarrekening 2013 afgerond kunnen worden. Overigens is dit geen onoverkomelijk probleem. Het ziekenhuis zal samen met de accountant bepalen welk bedrag hiervoor in de jaarrekening 2013 wordt meegenomen.

Hoe verder in 2015

Afgesproken is dat voor 2015 de spelregels en de interpretatie van de NZa-regelgeving vooraf duidelijk moeten zijn. De deze zomer gedane uitspraken van de NZa vormen hierbij een belangrijke input. Daarnaast wordt in NZa-verband op dit moment door alle partijen met een kritische blik naar onduidelijkheden in de regelgeving 2015 gekeken. Zo mogelijk leidt dit nog tot aanpassingen in de regelgeving voor 2015. Overigens hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) vooruitlopend hierop bezwaar aangetekend tegen de regelgeving 2015 om druk op dit traject te houden.

Visie op toekomstige ziekenhuisbekostiging

De huidige declaratieproblematiek leert dat het in de nabije toekomst anders moet. Het bestaande systeem van registreren, declareren, controleren, verantwoorden en toezicht, heeft aanpassing. Dit betekent overigens niet dat het DBC-systeem wordt verlaten. Alle partijen bepleiten vooral rust op het DBC-front. VWS, NZa en partijen hebben uitgesproken dat gewerkt moet gaan worden aan een gezamenlijk gedragen visie op de toekomst.



In de Tweede Kamerbrief d.d. 22 mei jl. over de aanpak van de jaarrekeningenproblematiek heeft de minister van VWS aangegeven dat 'zij voor de periode na 2015 gezamenlijk met partijen zal onderzoeken hoe verdere vereenvoudiging van regels mogelijk is om meer ruimte te bieden aan zorgverzekeraars en ziekenhuizen om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor de inkoop en levering van goede zorg aan patiënten. Dit traject zal in het najaar worden opgepakt'. Veldpartijen streven naar een systeem waarbij publieke regelgeving en private verantwoordelijkheden meer met elkaar in balans zijn. Van microtoezicht naar systeemtoezicht waarbij partijen 'in control' zijn. Waarbij sprake is van verantwoord declareren en betaalde facturen niet jaren later nog ter discussie gesteld kunnen worden. Pas dan kan het systeem van prestatiebekostiging en vraagsturing in de visie van veldpartijen adequaat werken. Een en ander zal overigens niet eenvoudig zijn omdat dergelijke aanpassingen politieke moed vereisen en noodzaken tot aanpassingen in wetgeving die lange doorlooptijden kent. Dit najaar zal een start worden gemaakt met de voorbereidingen van het traject (NVZ.nl, NZa.nl).

DBC-pakket 2015

Deze zomer is het DBC-pakket 2015 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. In dit pakket is een aantal grote wijzigingen doorgevoerd over:

- invoering van taakherschikking
- ICD-10-registratie
- invoering van integrale tarieven
- verkorting maximale doorlooptijd van DBC-zorgproducten

Taakherschikking

Met ingang van 1 januari 2015 worden door de NZa de wettelijke belemmeringen voor het verplaatsen van zorg van medisch specialisten naar verpleegkundig specialisten, physician assistants (PA) en/of SEH-artsen opgeheven. De verpleegkundig specialist, PA en SEH-arts kunnen met ingang van 1 januari a.s. zelf een DBC-zorgproduct openen en sluiten. Dit is per 2015 niet meer voorbehouden aan de medisch specialist. De verpleegkundig specialist, PA en SEH-arts maken hierbij gebruik van de typeringslijst van het poortspecialisme waarbinnen zij werkzaam zijn. Daarbij is wel een registratiebepaling opgesteld die aangeeft dat als een poortspecialist en een PA, verpleegkundig specialist of SEH-arts samen dezelfde zorgvraag van een patiënt behandelen, er maar één zorgtraject mag worden geopend. De hoofdbehandelaar is dan verantwoordelijk voor de juiste typering van het DBC-zorgproduct. Deze bepaling is opgesteld om dubbele declaratie van DBC-zorgproducten te voorkomen als er alleen sprake is van taakdelegatie (in plaats van taakherschikking).

Vanzelfsprekend wordt er binnen ziekenhuizen allang aan taakherschikking gedaan. Formeel mochten de uitgevoerde handelingen en activiteiten van de taakherschikkers echter niet meegenomen worden in de declaratie omdat deze handelingen in de DBC-regulering waren voorbehouden aan de medisch specialist. Innovatieve ontwikkelingen werden hierdoor tegengehouden. Met onderhavige aanpassing van de DBC-regulering zijn de belemmeringen voor taakherschikking met ingang van 2015 opgeheven.

Registratie ICD-10

Landelijk bestaat het voornemen om per 2017 de DBC-diagnose in de bekostiging te vervangen door de ICD-10 diagnosecode. ICD-10 is het Internationaal gestandaardiseerde Classificatiesysteem van Diagnosen waarmee de zorgaanbieder ziektebeelden en diagnosen van patiënten eenduidig kan registreren. Per 1 januari a.s. zijn ziekenhuizen verplicht om voor alle vanaf deze datum geopende DBC's de ICD-10 code te registreren. De NZa-regelgeving bepaalt voorts dat de medisch specialist verantwoordelijk is voor de juiste registratie van de ICD-10 code. Alleen van de hoofddiagnose moet de ICD-10 code worden geregistreerd. De hoofddiagnose is de ziekte of aandoening die aan het einde van een subtraject hoofdzakelijk verantwoordelijk is voor de behoefte van de patiënt aan behandeling of onderzoek. Aanvankelijk was het de bedoeling dat per 1 januari de ICD-10 code ter informatie op de factuur meegeleverd zou worden. Dit voornemen is nog even geparkeerd in afwachting van het advies van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) over de privacyconsequenties van het vermelden van de ICD-10 code op de factuur. Bij een positief advies wordt voor ziekenhuizen deze aanleverplicht per 1 juli 2015 ingevoerd. Het gebruik van de diagnosethesaurus van Dutch Hospital Data (DHD) kan behulpzaam zijn bij de registratie van de ICD-10 code. De diagnosethesaurus is een verzameling van diagnoses met begrijpelijke, gangbare en door medici dagelijks gebruikte medische terminologie. De thesaurus geeft op basis van deze medische referentietermen een suggestie voor zowel een DBC-diagnose als een ICD-10 code.

Invoering integrale tarieven

Met het integrale tarief komt het huidige onderscheid tussen het instellingskostendeel en het specialistenhonorariumdeel op de declaratie te vervallen. Het integrale tarief bevat de vergoeding voor zowel de instellingskosten als de honoraria van de medisch specialisten.

(lees verder op de volgende pagina)



10 Natuurlijk in **Beweging**

Het honorariumonderdeel is per 2015 geen geoormerkt onderdeel meer van het vrij onderhandelbare tarief, respectievelijk het maximumtarief. Instelling en specialist maken onderling afspraken over het aan de specialist te betalen deel. Met de invoering van het integrale tarief per 2015 wordt het beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten beëindigd.

Op aanwijzing van de minister van VWS heeft de NZa bepaald dat voor medisch specialistische zorg alleen de toegelaten instelling het integraal tarief kan declareren aan de zorgverzekeraar of patiënt. Daarnaast kunnen vrijgevestigde medisch specialisten in een solopraktijk, wanneer zij aan de daarvoor gestelde criteria voldoen, een beschikking bij de NZa aanvragen om het integrale tarief te kunnen declareren.

Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), mag een zorgverzekeraar geen integraal tarief vergoeden, als de declarerende instelling niet beschikt over een Wet toelating zorginstelling (WTZI)-toelating of de declarerende solist niet in het bezit is van een NZa-beschikking. Dit betekent dat het vrijgevestigde medisch specialisten in een samenwerkingsverband, dat niet beschikt over een eigen toelating voor medisch specialistische zorg, en ook niet aan de definitie van een solopraktijk voldoet, verboden is om het integrale tarief aan de zorgverzekeraar of patiënt te declareren. Deze specialisten kunnen middels de prestatie 'onderlinge dienstverlening' (ODV) aan een andere zorgaanbieder hun kosten declareren voor geleverde diensten/zorgverlening. De NZa heeft hiervoor één algemene prestatie vastgesteld met als tariefsoort een vrij tarief. Dit betekent dat er per 2015 één prestatieomschrijving bestaat, de ODV, waarmee alle denkbare (deel)prestaties dan wel activiteiten in rekening kunnen worden gebracht die in het kader van onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders plaatsvinden. Hiermee wordt het voor zorgaanbieders mogelijk om zelf te kiezen voor een vorm van vergoeding voor over en weer verleende diensten en geleverde prestaties.

Verkorting DBC-doorlooptijd

Om sneller inzicht te krijgen in de kosten van de ziekenhuizen, heeft VWS besloten om de maximale doorlooptijd van DBC-trajecten terug te brengen van 365 naar 120 dagen. De maatregel gaat in per 1 januari 2015. Deze kortere doorlooptijd geeft eerder inzicht in de gemaakte zorgkosten doordat zorgaanbieders afgesloten trajecten sneller kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Ook neemt het onderhanden werk binnen ziekenhuizen af wat voordelen heeft voor de liquiditeitspositie van ziekenhuizen.

DBC-Onderhoud heeft de effecten van de verkorte doorlooptijd in kaart gebracht. Er bleken aanpassingen in de productstructuur nodig om bepaalde geleverde zorg declarabel te houden en de kostenhomogeniteit en medische herkenbaarheid van het DBC-systeem te waarborgen. De verkorte doorlooptijd heeft vooral effect op de chronische zorg. Deze zorg duurt vaak langer dan 120 dagen. Om de medische herkenbaarheid te waarborgen, is de productstructuur voor vormen van chronische zorg, zoals bijvoorbeeld complex chronisch longfalen, aangepast.



Standpunt branches over het DBC-pakket 2015

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hebben evenals voor het pakket 2014 bij de NZa bezwaar aangetekend tegen het pakket 2015. Het bezwaar tegen het DBC-pakket 2014 was met name gericht op de hoogte van de tarieven kindergeneeskunde. In de visie van de branches waren de tarieven kindergeneeskunde te laag vastgesteld. Middels een herzien kostprijsonderzoek werd dit ook bevestigd waarna de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) per juni 2014 de tarieven kindergeneeskunde met ca. 35% heeft verhoogd.

Voor 2015 voeren branches aan dat zij een voorbehoud maken voor de juistheid van de berekening van de verkorting van de DBC-doorlooptijd in de tarieven. Ook wordt bezwaar gemaakt tegen de in het veld ervaren onduidelijkheden in de NZa-regelgeving. Tenslotte wordt een verdere verkleining van het gereguleerde segment (A-segment) bepleit. Partijen zijn van mening dat op korte termijn het gereguleerde segment verder verkleind zou kunnen worden.



In het verleden is overeengekomen dat onder andere de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wmbv)-zorg, IC-zorg en dure geneesmiddelen structureel in het gereguleerde segment worden opgenomen. Op dit moment is de zorg in het gereguleerde segment echter veel breder (naast de hiervoor genoemde zorg zijn onder andere kindergeneeskunde, eerstelijns-productie en kaakchirurgie ook opgenomen in het gereguleerde segment). In de visie van partijen is verkleining van het gereguleerde segment en overheveling van een groot gedeelte van de huidige gereguleerde zorg naar het segment van vrije prijzen mogelijk en wenselijk. Medio oktober hebben betrokken partijen bovenstaande kritiekpunten op het pakket 2015 formeel bij de NZa ingediend (NVZ.nl, NZa.nl).

NZa belooft rust aan DBC-front

Om rust en stabiliteit in de financieringssystematiek van ziekenhuizen te brengen hebben de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en DBC-Onderhoud besloten om komend jaar geen tussentijdse wijzigingen in het DBC-pakket aan te brengen. NZa en DBC-Onderhoud komen hiermee tegemoet aan een brede behoefte die in het veld leeft. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) pleitte eerder dit jaar voor een zogenaamde 'frozen period'; een periode waarin geen grote wijzigingen in het systeem plaatsvinden die de zorgcontractering kunnen verstoren.

Het terugbrengen van het aantal DBC-releases is mogelijk omdat de afgelopen jaren hard gewerkt is aan de verdere verfijning van het systeem. Meerdere updates per jaar waren noodzakelijk om fouten te herstellen en de nieuwe zorgproducten optimaal te laten aansluiten op de zorgpraktijk. Er bestaat nu een redelijk solide systeem van zorgprestaties waarmee ziekenhuizen hun zorg kunnen declareren. Meer rust - met name in de periode van onderhandelingen over zorgcontractering - maakt onderdeel uit van de doorontwikkelagenda.

Met andere woorden: voorafgaand aan het jaar (vanaf juli jaar T-1) en lopende het jaar T worden geen veranderingen doorgevoerd. Tussentijdse aanpassingen aan de productstructuur hebben namelijk invloed op prijzen en daarmee op de onderhandelingen dan wel de afgesproken contracten. Hierover is nu afgesproken om geen tussentijdse aanpassingen meer te doen. Echter, de doorontwikkeling gaat gewoon door (voor 2016) (Skipr, 23 oktober 2014).

Specialist mag van De Friesland delen in besparing

Vrijgevestigde medisch specialisten in Friesland kunnen in de toekomst mee profiteren van besparingen die ze weten te realiseren. De Friesland Zorgverzekeraar heeft hiertoe een overeenkomst gesloten. Het is de eerste keer in Nederland dat het model van 'shared savings' in de ziekenhuizen wordt toegepast. De beoogde besparingen liggen vooral op het gebied van taakherschikking, de overheveling van laag complexe zorg naar de eerste lijn en de concentratie van hoog complexe zorg. Het delen van besparingen stelt het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) in staat om bijvoorbeeld omzetreductie op te vangen wat gebruikt kan worden om een transitie te maken.

De overeenkomst borduurt voort op het programma Friesland Voorop, dat voorziet in fundamentele herinrichting van het Friese zorglandschap. Het shared savings programma loopt tot 2020 (Skipr, 10 oktober 2014).

Veld valt over macht zorgverzekeraars

Uit de Zorgmonitor 2014 (TNS NIPO) komt naar voren dat zorgconsumenten en zorgprofessionals gefrustreerd raken over de invloed van de zorgverzekeraars. Met name de eenzijdige aandacht voor kostenbeheersing en het gebrek aan transparantie storen de stakeholders. Om die reden zou de overheid steviger tegen de zorgverzekeraars moeten optreden. Volgens het onderzoeksbureau stoort 61% van de zorgprofessionals zich aan de macht van de zorgverzekeraars. Van de consumenten is dit 32%.

In de ogen van de overgrote meerderheid van de geënquêteerden is de overheid en niet de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. In dit verband kijkt 73% van de consumenten en 79% van de zorgprofessionals naar de overheid. Slechts 16% van de zorgconsumenten en 40% van de zorgprofessionals vindt de zorgverzekeraars primair verantwoordelijk. Ook vinden de zorgconsumenten de zorgverzekeraars onvoldoende transparant over de kwaliteit van ingekochte zorg. Zorgconsumenten hebben daardoor onvoldoende zicht op verschillen in kosten tussen zorgaanbieders en behandelingen. Dit geldt in nog sterkere mate voor de uiteindelijke totale kosten van behandeltrajecten. Hoewel de meerderheid van zorgconsumenten en zorgprofessionals (78%) tevreden is over het peil van de Nederlandse gezondheidszorg, zien beide groepen grote bedreigingen. Zorgconsumenten denken hierbij vooral aan bezuinigingen (47%) en hoge kosten voor de patiënt (35%). Zorgprofessionals noemen, na de invloed van zorgverzekeraars, bureaucratie (50%) en bezuinigingen (23%) als grootste problemen.

Uit de Zorgmonitor blijkt verder dat een groeiend aantal zorgconsumenten wel eens zorg mijdt. Driekwart van de zorgprofessionals zegt het idee te hebben dat in 2014 minder patiënten van de zorg gebruik hebben gemaakt als gevolg van de hoge kosten. Zowel zorgconsumenten (83%) als zorgprofessionals (89%) vinden solidariteit in de zorg erg belangrijk. Toch vinden zowel zorgconsumenten (41%) als zorgprofessionals (28%) het straffen van ongezond gedrag de beste manier om te bezuinigen in de zorg. In tegenstelling tot wat de zorgprofessionals (66%) verwachten, is slechts een minderheid van de zorgconsumenten (34%) bereid meer te betalen voor goede zorg voor zichzelf of voor anderen (Skipr, 16 oktober 2014).

Ziekenhuissector groeit tegen grens zorgakkoord aan

Uit een voorlopige inventarisatie van accountantsbureau EY (Ernst & Young) komt naar voren dat met een groei van 3,1% en een rendement van 2,3% de Nederlandse ziekenhuissector het in 2013 opvallend goed deed. Het groeipercentage van ruim 3% is twee keer zo hoog als in 2012 en ook dubbel zo hoog als het maximale groeipercentage dat in het zorgakkoord is afgesproken.

Deze grootheden kunnen vanwege incidentele posten echter niet zomaar tegenover elkaar worden gezet. 2013 was een bijzonder jaar, onder meer veroorzaakt door de transitiegelden van de overheid. Die compenseerden de resultaten als de productie mogelijk achterbleef.

Het groeicijfer over 2013 wordt bovendien niet alleen bepaald door de omzetontwikkeling; de sector had bijvoorbeeld ook te maken met de overheveling van geneesmiddelen van farmacie naar ziekenhuizen. En de toegenomen vierde geldstroom vertekent het beeld eveneens.

De groeicijfers die EY nu naar buiten brengt hangen nauw samen met de Barometer Nederlandse Gezondheidszorg die EY ieder jaar publiceert. Omdat de ziekenhuizen uitstel kregen voor het deponeren van de jaarrekeningen, was EY dit jaar gedwongen de UMC's, topklinische en algemene ziekenhuizen buiten de rapportage te houden.

Toch onderzocht het bureau de wel gedeponeerde jaarrekeningen. Het gaat daarbij om 7 van de 53 algemene ziekenhuizen, 7 van de 28 topklinische ziekenhuizen en 3 van de 8 UMC's. In de andere sectoren, waaronder verzorging en verpleging, thuiszorg, gehandicaptenzorg en ggz, was er in 2013 – ondanks de positieve resultaten – sprake van zwaar weer. EY wijst in dit verband op een terugvallende zorgvraag, veeleisende aanbestedingen, toenemende bancaire vereisten en financieringslasten vanwege het toegenomen risicoprofiel (Skipr, 21 oktober 2014).

Verzekeraars in verweer tegen ziekenhuisfusies

Zorgverzekeraars hebben bij kartelwaakhond ACM (Autoriteit Consument & Markt) geklaagd over de recente fusiedrift onder ziekenhuizen. Volgens de verzekeraars dreigen de ziekenhuizen in bepaalde regio's zo groot te worden dat ze de prijzen op kunnen drijven. Voorbeelden van regio's waar ziekenhuizen te groot worden om nog om heen te kunnen, zijn Haaglanden en Friesland. Het Reinier de Graaf Ziekenhuis, dat samenging met de Haga Groep, wil nu ook het Langeland Ziekenhuis uit Zoetermeer inlijven.

De zorgverzekeraars zeggen dat nu al te merken door de hogere tarieven die de klinieken rekenen. In Friesland zijn na de recente goedkeuring van de fusie van Kwadrantgroep, Antonius Zorggroep en Nij Smellinghe/Pasana, in feite nog maar twee aanbieders van ziekenhuiszorg over (NRC Handelsblad, 26 oktober 2014).

Genoeg te kiezen ook zonder vrije artskeuze

De Raad van State ziet geen probleem in de afschaffing van de vrije artskeuze. Deze is niet in strijd met het Europees recht, omdat de consument kan kiezen uit verschillende polissen. Dat blijkt uit een advies van de Raad aan de Eerste Kamer. Er zijn verschillende ziektekostenpolissen, dus de consument heeft een keuzevrijheid. De Eerste Kamer vroeg de Raad van State ook naar vergoeding van ziektekosten gemaakt in het buitenland. 'Daar kan wel een probleem ontstaan, omdat er minder contracten worden afgesloten met buitenlandse artsen.' (ANP, 24 oktober 2014).

Topinkomens vanaf 1 januari omlaag

Nieuwe bestuurders die vanaf 1 januari 2015 aan de slag gaan in de publieke en semipublieke sector, mogen niet meer dan een minister oftewel € 178.000,- bruto gaan verdienen. Nu is het toegestane maximum nog 130 procent van dat loon. Voor zittende bestuurders met een inkomen boven de nieuwe norm, komt een overgangsregeling. De Eerste Kamer moet de komende maanden nog instemmen om de regeling op tijd te laten ingaan. Het wetsvoorstel wordt ondersteund door een ruime meerderheid in de senaat (ANP, 16 oktober 2014).

Bestuurlijke integratie MUMC en VieCuri van de baan

Het Maastricht UMC en ziekenhuis VieCuri in Venlo zien voorlopig af van verdere bestuurlijke samenwerking. Een onderzoek in deze richting is stopgezet na verzet van de medische staf van het VieCuri. Met het oog op schaalvergroting en concentratie van complexe zorg werken beide ziekenhuizen al langere tijd samen. Voor de raden van bestuur reden om ook eventuele bestuurlijke integratie te onderzoeken.

Op basis van de omvang en de mate van samenwerking zou je op enig moment ook naar de aansturing kunnen kijken. Na een periode waarin daarover oriënterende gesprekken zijn gevoerd, is besloten dat de huidige samenwerking geen aanleiding vormt om de bestuurlijke structuur aan te passen. Volgens anonieme bronnen, is de bestuurlijke samenwerking gestruikelde over het verzet van de medisch specialisten van VieCuri. Als dochter BV van het MUMC zouden er te weinig garanties zijn dat VieCuri baas in eigen huis blijft (Skipr, 16 oktober 2014).

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade • Vormgeving Rob Verhoeven Concept & Illustratie • Lithografie & druk Samplonius & Samplonius BV • Oplage 2075

BIOMET
One Surgeon. One Patient.

Biomet Nederland B.V. • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands
Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@biomet.com • www.biomet.nl

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Biomet or its affiliates. This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.

