



Definitief

> Evaluatie subsidieregeling overgang integrale tarieven MSZ

In opdracht van het Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Utrecht, 14 mei 2019
Maarten Cozijnsen, MSc
dr. Jan-Peter Heida
dr. Susanne Lucieer

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Managementsamenvatting

In 2013 werd in het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 besloten om integrale tarieven in te voeren voor medisch specialistische zorg (MSZ). Dit betekende voor vrijgevestigde medisch specialisten dat zij zich anders moesten organiseren, ofwel als specialist in loondienst ofwel als vrijgevestigde in een zogenaamd participatiemodel of samenwerkingsmodel met het ziekenhuis. Om beide opties reële mogelijkheden te laten zijn, werden middelen beschikbaar gesteld voor deze transitie met de Subsidieregeling Overgang Integrale Tarieven in de MSZ. De subsidieregeling heeft als doel om te zorgen dat medisch specialisten de overstap naar loondienst een reële optie vinden, door de financiële belemmeringen voor deze overstap te verminderen. Daarbij is gelijkgerichtheid niet specifiek als doel genoemd, maar was dit wel een reden voor verlenging van de subsidieregeling.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft SiRM gevraagd om de subsidieregeling te evalueren en in kaart te brengen of en op welke wijze de subsidieregeling bijdraagt aan het bevorderen van gelijkgerichtheid in de zorg. We concluderen dat VWS het subsidiegeld effectiever kan inzetten ter bevordering van gelijkgerichtheid door de subsidieregeling niet te verlengen en gelijkgerichtheid op andere manieren te bevorderen.

Ten eerste constateren we dat de subsidieregeling nauwelijks bijdraagt aan de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst. Aan 6% (465) van de vrijgevestigde medisch specialisten is de subsidie verleend, waarvan 97% in het eerste jaar van de subsidieregeling. Daarbij bestonden vaak andere specifieke redenen voor overstap naar loondienst, zoals grootschalige strategische herpositionering, fusies en een relatief ongunstige financiële positie van instellingen. De subsidieregeling lijkt slechts in beperkte mate de financiële belemmeringen te verlagen voor medisch specialisten om over te stappen naar loondienst. Wellicht heeft de subsidie voor sommige medisch specialisten de overstap daadwerkelijk mogelijk gemaakt, maar dit blijkt niet op grote schaal gebeurd te zijn. De subsidie van €100.000 is vrij laag vergeleken met de goodwill en het opgeven van alle activiteiten als ondernemer, waaronder research en belastingvoordelen. Bovendien zijn de inkomsten van medisch specialisten in loondienst meestal lager dan in vrije vestiging.

Daarnaast is het onduidelijk of loondienst inderdaad altijd bijdraagt aan het bevorderen van gelijkgerichtheid. Ontwikkelingen in gelijkgerichtheid door overstap naar loondienst zijn niet te meten met harde uitkomstmaten, en daardoor niet betrouwbaar te meten. Daarnaast zijn bestuurders en medisch specialisten er niet van overtuigd dat loondienst altijd meer gelijkgerichtheid geeft dan vrije vestiging. Ook is het onwaarschijnlijk dat de 46 verleende subsidies aan medisch specialisten die in loondienst traden bij zelfstandige behandelcentra, leiden tot meer gelijkgerichtheid.

Tot slot zou VWS samen met het veld gelijkgerichtheid ook op andere manieren kunnen bevorderen. Zie daarvoor ons rapport 'Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid'.

Inhoud

Managementsamenvatting	1
Inhoud	2
1 Aanleiding en conclusie	3
2 Subsidieregeling draagt nauwelijks bij aan overstap naar loondienst	5
2.1 Ongeveer 6% van vrijgevestigde medisch specialisten kreeg subsidie verleend, waarvan 97% in het eerste jaar	6
2.2 Subsidieregeling is vaak gebruikt wanneer ook andere specifieke redenen bestonden voor overstap naar loondienst	8
2.2.1 Ruim de helft van de subsidies is verleend aan ziekenhuizen met andere specifieke redenen voor overstap naar loondienst	9
2.2.2 Negen procent van de subsidies is verleend aan specialisten die in dienst traden bij ZBC's	11
2.2.3 Ruim één derde van subsidies is verleend aan hele vakgroepen of losse specialisten	11
2.3 Subsidie verlaagt financiële belemmeringen nauwelijks	16
2.4 Ook door medici ervaren beperking van professionele autonomie weerhoudt gebruik van subsidie	17
3 Onduidelijk of loondienst altijd bijdraagt aan gelijkgerichtheid	18
3.1 Ontwikkelingen in gelijkgerichtheid zijn niet met harde uitkomstmaten te meten	19
3.2 Geen eenduidig beeld over impact loondienst of vrijgevestigd op gelijkgerichtheid	19
3.2.1 Veel gehoord beeld dat loondienst gelijkgerichtheid zou bevorderen	20
3.2.2 Bestuurders en medisch specialisten niet overtuigd van meer gelijkgerichtheid bij loondienst dan vrije vestiging	20
3.3 Onwaarschijnlijk dat loondienst in ZBC's leidt tot meer gelijkgerichtheid	21
Bijlage 1 – Methode evaluatie subsidieregeling	22
Bijlage 2 – Aanvullende informatie subsidiegebruik	24

I Aanleiding en conclusie

In 2013 werd in het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 besloten om integrale tarieven in te voeren voor medisch specialistische zorg (MSZ).¹ Tot 2015 waren de tarieven opgebouwd uit een kostendeel van het ziekenhuis en een honorariumdeel voor de vrijgevestigd medisch specialisten. Naast de gescheiden tariefregulering zijn per 2015 ook het beheersmodel (met honorariumplafonds) en de gescheiden macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria vrijgevestigd medisch specialisten komen te vervallen. Het ziekenhuis maakt sindsdien afspraken met het MSB over hun omzetdeel. Met deze wijziging werd beoogd dat (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten meer gelijkgericht zouden worden.¹

Als gevolg van de invoering van integrale tarieven moesten vrijgevestigde medisch specialisten zich anders organiseren. Zij konden kiezen om in loondienst te treden, of als vrijgevestigd medisch specialist te blijven werken in een zogenaamd participatiemodel of samenwerkingsmodel met het ziekenhuis. Aangezien de onderhandelpartijen het belangrijk vonden dat al deze opties reële keuzemogelijkheden zouden zijn, werd besloten om middelen beschikbaar te stellen voor deze transitie. Dit resulteerde in de Subsidieregeling Overgang Integrale Tarieven MSZ.² De subsidieregeling heeft als doel om te zorgen dat medisch specialisten de overstap naar loondienst een reële optie vinden, door de financiële belemmeringen voor deze overstap te verminderen. Alhoewel gelijkgerichtheid niet als specifiek doel genoemd is voor het faciliteren van de overstap naar loondienst, was dit wel een reden voor de verlenging van de subsidieregeling voor de periode 2017 t/m 2019.

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets – gevraagd om de subsidieregeling te evalueren en in kaart te brengen of en op welke wijze de subsidieregeling bijdraagt aan het bevorderen van gelijkgerichtheid in de zorg.

We concluderen dat VWS het subsidiegeld effectiever kan inzetten door de subsidieregeling niet te verlengen en gelijkgerichtheid op andere manieren te bevorderen.

We komen tot deze conclusie vanwege de volgende redenen:

- 1 De subsidieregeling draagt nauwelijks bij aan overstap naar loondienst (Hoofdstuk 2).
- 2 Het is onduidelijk of loondienst altijd bijdraagt aan gelijkgerichtheid (Hoofdstuk 3).
- 3 VWS kan samen met het veld gelijkgerichtheid ook op andere manieren bevorderen (zie rapport 'Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid').

Dit rapport kwam tot stand op basis van deskresearch, analyses van openbare en niet-openbare bronnen en interviews (zie Bijlage 1). In Bijlage 2 geven we aanvullende informatie over het gebruik van de subsidieregeling.

¹ Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 (16 juli 2013)

² <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035565/2016-04-01>

Kader 1 Overzicht van de Subsidieregeling Overgang Integrale Tarieven MSZ

Doel	De subsidieregeling heeft als doel om ervoor te zorgen dat medisch specialisten de overstap naar loondienst een reële optie vinden. Dit beoogt de subsidieregeling te bereiken door de financiële belemmeringen voor vrijgevestigde medisch specialisten om over te stappen naar loondienst te verminderen. Alhoewel gelijkgerichtheid niet als specifiek doel genoemd is voor het faciliteren van de overstap naar loondienst, was dit wel een reden voor de verlenging van de subsidieregeling voor de periode van 2017 t/m 2019.
Aanvrager	Vrijgevestigde medisch specialisten die overstappen naar loondienst kunnen de subsidie aanvragen via hun nieuwe werkgever – de zorginstelling waarbij zij in dienst treden. Hierbij maken zij alleen aanspraak op de subsidie als zij voldoen aan de subsidievoorwaarden, waaronder het overstappen van vrije vestiging naar loondienst, het niet verkopen van hun praktijk en opstrijken van hun goodwill en het staken van hun ondernemersactiviteiten.
Subsidiebedrag	De subsidie bedraagt €100.000,- per aanvraag. Het budget voor de subsidieregeling varieerde: voor 2015 was €125 miljoen gereserveerd, voor 2016 €30 miljoen en voor 2017-2019 werd een subsidieplafond van €10 miljoen ingesteld.
Vaststelling	Na aanvraag en initiële verlening van de subsidie ontvangt de zorginstelling €80.000,- in naam van de specialist. De definitieve vaststelling en nabetaling van de resterende €20.000,- vindt 4 jaar na deze voorwaardelijke verlening plaats.
Periode	De subsidie zou aanvankelijk alleen beschikbaar zijn voor overstap naar loondienst in 2015, maar werd in december 2015 met één jaar verlengd (voor 2016) en in januari 2017 verlengd voor 3 jaar (voor 2017 tot en met 2019).

2 Subsidieregeling draagt nauwelijks bij aan overstap naar loondienst

We constateren dat de subsidieregeling nauwelijks bijdraagt aan de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst. Ongeveer 6% (465) van de vrijgevestigde medisch specialisten kreeg de subsidie verleend, waarvan 97% in het eerste jaar van de subsidieregeling (§2.1). Daarbij bestonden voor deze subsidieaanvragen vaak andere specifieke redenen voor de overstap naar loondienst, zoals grootschalige strategische herpositionering, fusies en een relatief ongunstige financiële positie van instellingen (§2.2). De subsidie verlaagt slechts in beperkte mate de financiële belemmeringen voor medisch specialisten om over te stappen naar loondienst. De subsidie is relatief laag vergeleken met de kosten behorend bij het opgeven van alle activiteiten als ondernemer (§2.3). Bovendien blijven er ook andere belemmeringen bestaan, waaronder de door medici ervaren beperking van de professionele autonomie (§2.4).

De subsidieregeling is gelijktijdig ingevoerd met integrale bekostiging van de MSZ. Het doel van de subsidieregeling is als volgt:

“Om ervoor te zorgen dat het ziekenhuis en de medisch specialist een [...] overstap naar loondienst [...] een reële optie vinden, verleent de Minister daarvoor een geldelijke tegemoetkoming. Deze regeling vermindert de financiële belemmeringen voor ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten om een dienstverband aan te gaan zonder vergoeding voor de onderneming van de vrijgevestigde medisch specialist.”³

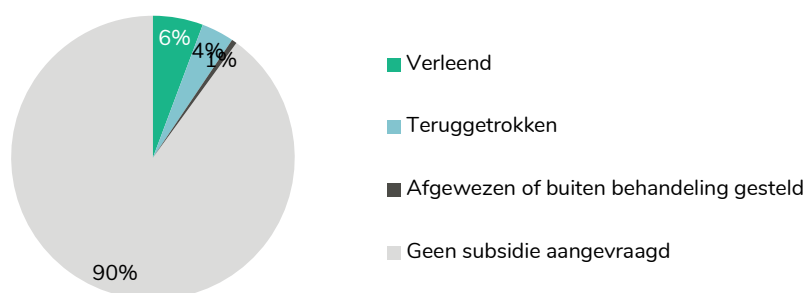
We constateren dat de subsidieregeling nauwelijks bijdraagt aan de overstap naar loondienst. Er is weinig gebruik van gemaakt. Waar dat wel het geval is, zijn er ook andere redenen. De subsidie mitigeert de financiële drempels om over te stappen naar loondienst niet. Bovendien stellen medisch specialisten dat hun professionele autonomie zou afnemen door een overstap. Hetgeen overigens niet bevestigd wordt door medisch specialisten in loondienst.

³ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 januari 2017, kenmerk 1075967-159777-CZ, houdende wijziging van de Subsidieregeling overgang integrale tarieven voor medisch-specialistische zorg 2016 in verband met verlenging van de werkingsduur en actualisering

2.1 Ongeveer 6% van vrijgevestigde medisch specialisten kreeg subsidie verleend, waarvan 97% in het eerste jaar

Ongeveer 6% (465) van de ruim 8.000 vrijgevestigde specialisten kreeg een subsidie verleend⁴ tussen 2015 en 2018 (Figuur 1). Daarnaast heeft 4% van de vrijgevestigden⁵ de subsidie aangevraagd, maar zich in tweede instantie teruggetrokken en zijn aanvragen van 1% van de medisch specialisten afgewezen of buiten behandeling gesteld.⁶

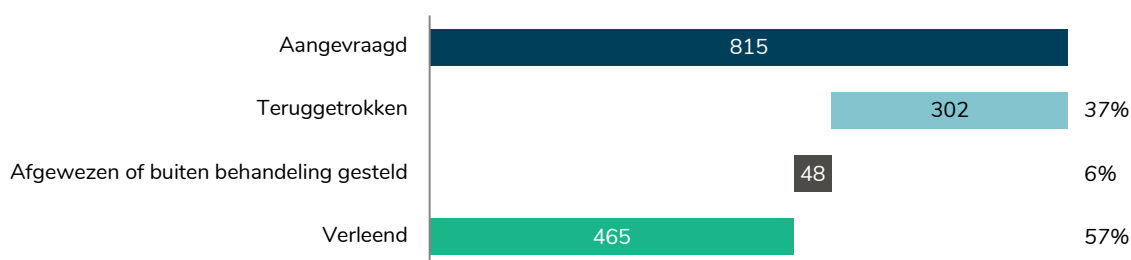
Aandeel vrijgevestigd medisch specialisten (2014)



Figuur 1 Slechts 6% van de vrijgevestigde medisch specialisten kreeg de subsidie verleend (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS en CBS – 'Totaal Medisch Specialisten' met werkverband 'Zelfstandige').

In totaal hebben 815 vrijgevestigde medisch specialisten de subsidie aangevraagd tussen 2015 en 2018 (Figuur 2). Daarvan trok 37% zich in tweede instantie terug, werd 6% afgewezen of buiten behandeling gesteld, en kreeg 57% de subsidie verleend. Vrijwel al de 465 medisch specialisten die de subsidie verleend kregen, verruilden hun toelatingsovereenkomst als vrijgevestigde voor een arbeidscontract bij hetzelfde ziekenhuis⁷; drie medisch specialisten traden in loondienst bij een ander ziekenhuis.

Uitkomst van subsidieaanvragen van 2015 t/m 2018



Figuur 2 Ongeveer 10% van vrijgevestigd medisch specialisten vroeg subsidie aan (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS en CBS)

⁴ De subsidies zijn nog niet definitief verleend. Deze definitieve vaststelling van verlening vindt 4 jaar na de voorwaardelijke verlening plaats. In dit rapport spreken we echter voor de leesbaarheid in verleden tijd over 'verleende' subsidies.

⁵ In dit rapport spreken we soms over vrijgevestigden, waarmee we vrijgevestigde medisch specialisten aanduiden.

⁶ Aanvragen werden afgewezen als ze niet voldeden aan de subsidievoorwaarden (bijvoorbeeld overstap naar loondienst buiten de gestelde termijn) en buiten behandeling gesteld als het dossier niet volledig was binnen de gestelde termijn.

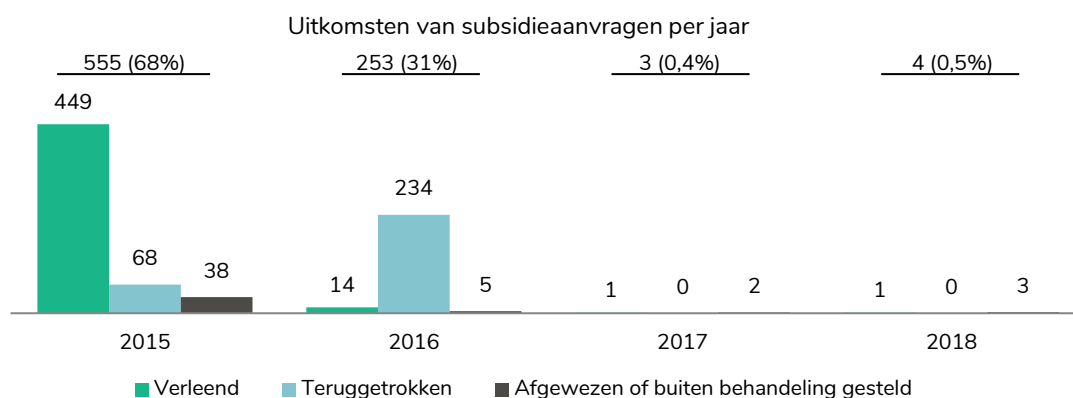
⁷ In dit rapport spreken we in het algemeen over ziekenhuizen als de werkplek van medisch specialisten en de aanvragers van de subsidies namens medisch specialisten. Waar het specifiek ZBC's betreft, gebruiken we echter de term ZBC's. Een deel van de subsidies is namelijk verleend aan specialisten werkzaam in ZBC's.

Uit interviews kwamen de volgende redenen naar voren voor het terugtrekken van subsidieaanvragen: het niet bereiken van een akkoord tussen medisch specialist(en) en het ziekenhuis rondom de overstap naar loondienst, en het niet invoeren van een nieuwe organisatievorm. Driekwart van de teruggetrokken subsidieaanvragen kwam overigens uit één ziekenhuis (zie ook Tabel 3 in Bijlage 2), waarin medisch specialisten een optie onderzochten die uiteindelijk niet is ingevoerd, waarop de aanvragen zijn teruggetrokken.

VWS wees subsidieaanvragen af wanneer zij niet voldeden aan de subsidievoorwaarden (géén overstap naar loondienst, of een overstap naar loondienst buiten het gestelde tijdvak) en stelde aanvragen buiten behandeling die niet volledig waren na het verstrijken van de deadline.

97% van de verleende subsidies zijn verleend in het eerste jaar

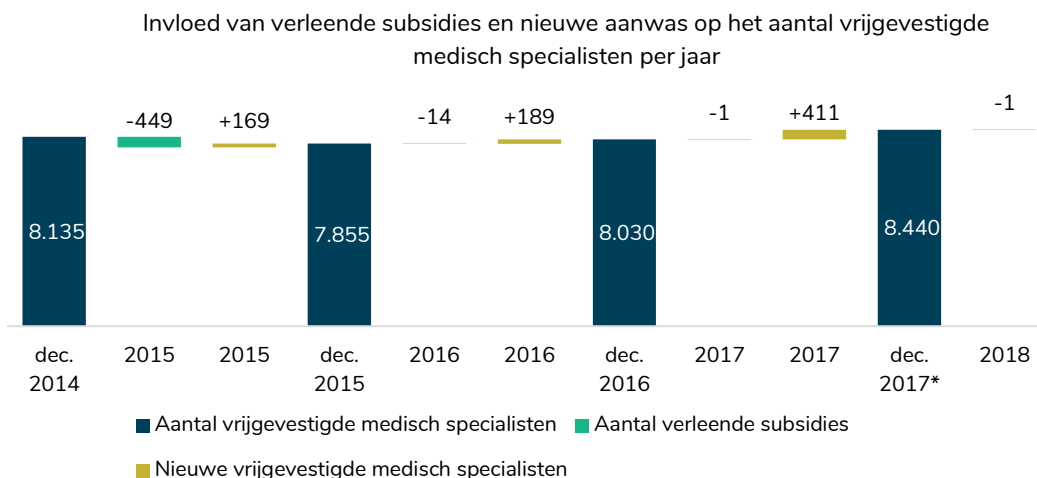
De subsidie is met name in het eerste jaar van de regeling aangevraagd: ruim twee derde van de aanvragen is toen ingediend (Figuur 3). Het jaar daarop zijn ongeveer één derde van de aanvragen ingediend, maar de meeste hiervan werden in tweede instantie teruggetrokken. Zo is 97% van de verleende subsidies verleend in het eerste jaar van de subsidieregeling.



Figuur 3 Meeste subsidieaanvragen kwamen het eerste jaar (2015) binnen en een derde in het tweede jaar (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS)

Hoogstwaarschijnlijk speelde de invoering van de integrale bekostiging een sterke rol in het hogere aantal aanvragen in 2015 ten opzichte van de jaren daarna. Hierdoor moesten vrijgevestigde medisch specialisten een alternatief kiezen voor de maatschap, en daarmee een afweging maken tussen loondienst of werken als vrijgevestigde in een samenwerkingsmodel of participatiemodel met het ziekenhuis. Daarnaast was in het eerste jaar niet duidelijk of de subsidie verlengd zou worden, wat er mogelijk toe heeft bijgedragen dat de medisch specialisten die deze overstap al overwogen in het eerste jaar zijn overgestapt.

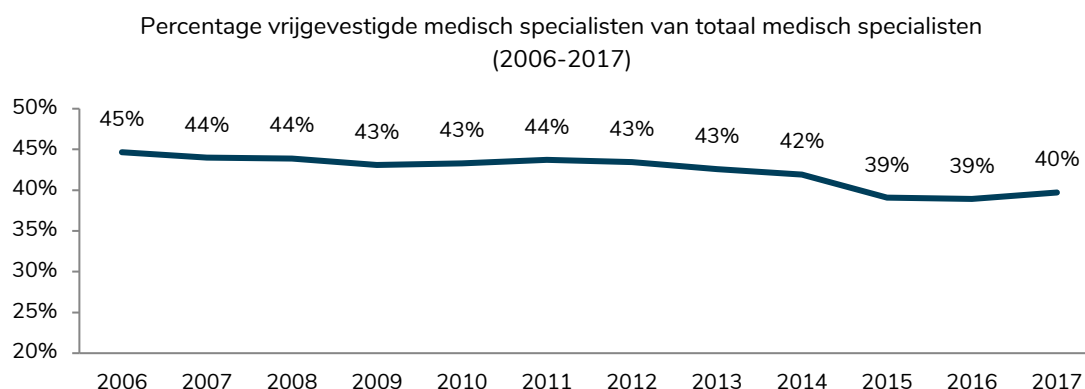
Naast afname van het aantal vrijgevestigde medisch specialisten door het gebruik van de subsidieregeling, steeg het aantal vrijgevestigden door nieuwe toetredingen (Figuur 4). Het aantal vrijgevestigden nam toe van 8.135 in 2014 naar 8.440 in 2017. Overigens hanteren partijen verschillende aantallen voor het aantal (vrijgevestigde) medisch specialisten. De cijfers die wij hanteren zijn gelijk aan die van het CBS. Deze cijfers worden ook gehanteerd in de NVZ-brancherapporten, maar zijn hoger dan de cijfers die de NZa rapporteert en de Monitor integrale tarieven.



*O.b.v. voorlopige cijfers, CBS

Figuur 4 Naast afname van vrije vestiging door subsidie, steeg het aantal medisch specialisten in vrije vestiging door nieuwe toetredingen (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS en CBS – cijfers 2018 zijn nog niet beschikbaar)

Het aandeel medisch specialisten in vrije vestiging daalde wel van 42% in 2014 (8.135 van de 19.395) naar 39% in 2015 en 2016, maar in 2017 nam het aandeel vrijgevestigden weer toe naar 40% (8.440 van de 21.195) (Figuur 5).



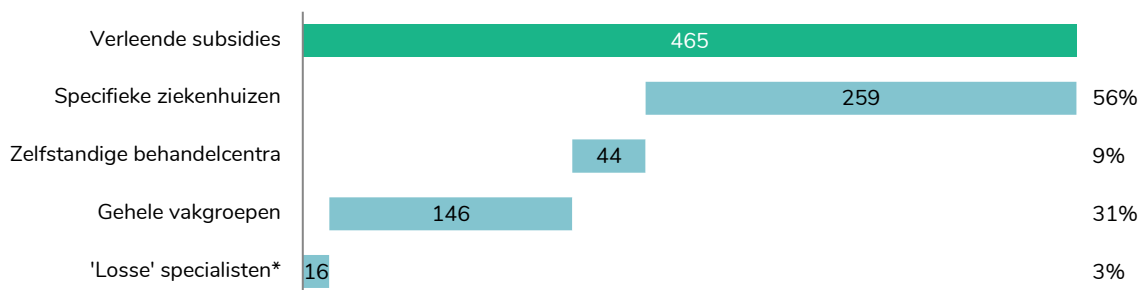
Figuur 5 Aandeel medisch specialisten in vrije vestiging daalde tussen 2014 en 2016, maar nam in 2017 toe (Bron: analyse SiRM o.b.v. CBS)

2.2 Subsidieregeling is vaak gebruikt wanneer ook andere specifieke redenen bestonden voor overstap naar loondienst

We constateren dat de subsidieregeling vaak gebruikt is wanneer er ook andere specifieke redenen bestonden voor een overstap naar loondienst (Figuur 6). Ruim de helft van de subsidies (56%) is verleend aan enkele ziekenhuizen voor een grootschalige overstap van medisch specialisten vanwege specifieke redenen. Daarnaast is 9% van de subsidies verleend aan zelfstandige behandelcentra (ZBC's), waarbij het de vraag is of het karakter van het loondienstverband veel verschilt van de overeenkomsten tussen ZBC's en vrijgevestigde medisch

specialisten. De resterende subsidies zijn verleend aan gehele vakgroepen of aan specialisten die los van vakgroepen overstapten.

Overzicht van verleende subsidieaanvragen van 2015 t/m 2018



*Met 'losse' specialisten bedoelen we specialisten die los van een vakgroep overstapten naar loondienst.

Figuur 6 Subsidieregeling is vaak gebruikt wanneer ook andere specifieke redenen bestonden voor overstap naar loondienst

2.2.1 Ruim de helft van de subsidies is verleend aan ziekenhuizen met andere specifieke redenen voor overstap naar loondienst

De top vier ziekenhuizen van het aantal verleende subsidieaanvragen per ziekenhuis hadden mogelijk specifieke redenen voor de overstap van betrokken vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst:

A. Strategische keuze ziekenhuis:

Met de keuze voor een nieuw model van ziekenhuismanagement en -financiering in samenwerking met een zorgverzekeraar, bood een streekziekenhuis zijn vrijgevestigde medisch specialisten een hoger salaris (AMS+) en extra vergoeding aan bij een overstap naar loondienst.

B. Harmonisatie vakgroepen bij fusie:

Bij fusie van twee grote algemene ziekenhuizen was een gezamenlijk honorariummodel voor de vakgroepen een randvoorwaarde. Vrijgevestigde medisch specialisten van ziekenhuis B (bijna de helft was voor de fusie in loondienst)⁸ stapten daarom over naar loondienst. Bij de fusiepartner waren nagenoeg alle medisch specialisten in loondienst.⁸

C. Overname met als voorwaarde loondienst:

Loondienst van alle medisch specialisten was een voorwaarde voor de overname van een financieel noodlijdend streekziekenhuis door een groot naburig ziekenhuis. Voor de overname in 2014 was iets minder dan de helft van de medisch specialisten in loondienst en nadien in 2015 vrijwel allemaal.⁸

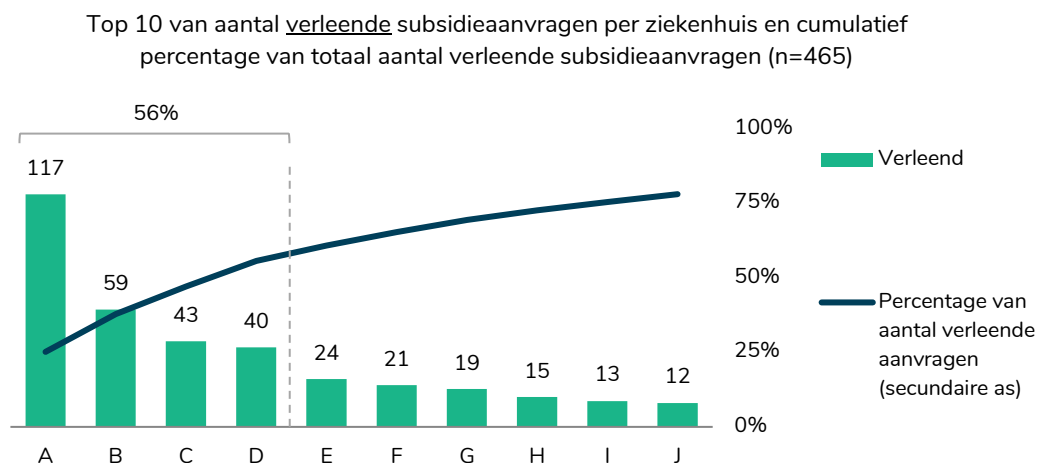
D. Harmonisatie vakgroepen bij fusie:

Bij de fusie van vakgroepen van twee streekziekenhuizen stapte een groot deel van de vrijgevestigde medisch specialisten uit één van de ziekenhuizen over naar loondienst (in 2014 was een derde in loondienst en in 2016 meer dan driekwart)⁸ aangezien de medisch

⁸ Analyse SiRM o.b.v. DigiMV gegevens

specialisten in het andere ziekenhuis veelal in loondienst werkten (ruim 80% loondienst in 2014 en nog iets hoger in 2016)⁸.

Deze top vier van ziekenhuizen vormt tezamen 56% van het totaal aantal verleende subsidies (Figuur 7). Mogelijk heeft de subsidie geholpen om de overstap naar loondienst te maken. Maar het is ook denkbaar dat de omstandigheden – fusie of financiële problemen – ook zonder subsidie hadden geleid tot het overgaan in loondienst. Mogelijk had dan het ziekenhuis, eventueel ondersteund door de zorgverzekeraars, de medisch specialisten een hoger bedrag moeten betalen.



Figuur 7 De top vier in het aantal verleende subsidieaanvragen per ziekenhuis vormt tezamen 56% van het totaal aantal verleende subsidieaanvragen (Bron: analyse SiRM op basis van de subsidiedatabase van VWS)

Overigens waren fusies niet bepalend voor het aanvragen van de subsidie (Figuur 8). Medisch specialisten in ziekenhuizen die fuseerden tussen 2013 en 2018 ontvingen niet vaker subsidies dan specialisten in ziekenhuizen die niet fuseerden in deze periode. Wel was de overstap naar loondienst soms een voorwaarde bij een fusie of overname, zoals ook bij drie van de vier ziekenhuizen in de top vier.



Figuur 8 Eventuele fusies waren niet bepalend voor het aanvragen van de subsidie (Bron: Analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS en DigiMV)

2.2.2 Negen procent van de subsidies is verleend aan specialisten die in dienst traden bij ZBC's

Vierenveertig medisch specialisten die als vrijgevestigde verbonden waren aan een ZBC hebben subsidie gekregen om over te stappen naar loondienst bij het ZBC. Dit betrof negen procent van de verleende subsidies. Hierbij is het de vraag of het karakter van het loondienstverband veel verschilt van de overeenkomsten tussen ZBC's en vrijgevestigde medisch specialist. Zo zouden in beide gevallen afspraken gemaakt kunnen worden over bonussen voor productie- en kwaliteitsdoelstellingen.

Van de verleende subsidies aan medisch specialisten werkzaam bij ZBC's, is de helft (n=22) verleend aan orthopeden. Er zijn nauwelijks subsidies verleend aan hele vakgroepen orthopedie werkzaam bij een ziekenhuis (6 subsidies aan 1 vakgroep) of aan orthopeden die los van een vakgroep overstapten naar loondienst (2 subsidies).⁹ Er zijn twee mogelijke redenen waardoor de subsidie voor orthopeden bij ZBC's een aantrekkelijker aanbod kan zijn dan voor orthopeden bij een ziekenhuis:

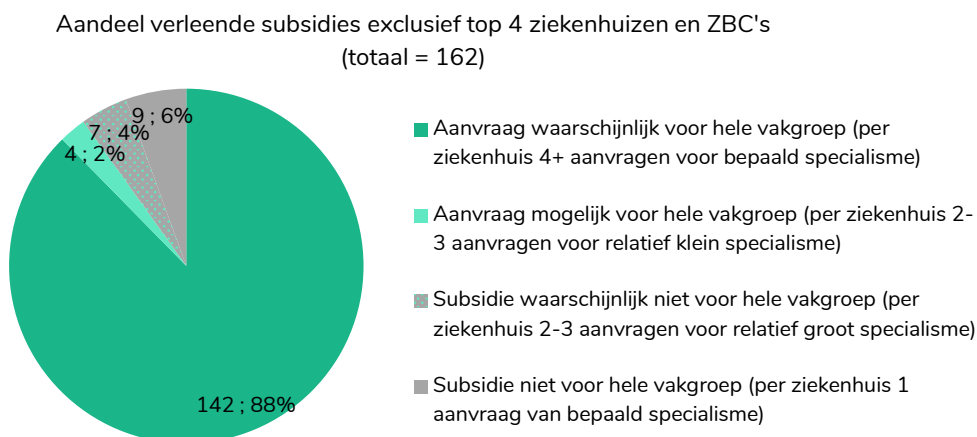
- Orthopedie is een beroepsgroep met een vrij groot overschot aan recent opgeleide medisch specialisten¹⁰. Mogelijk was daardoor het door orthopeden verdiende honorarium bij ZBC's relatief laag en het verschil met loondienst kleiner.
- Orthopeden bij ZBC's hebben vaker een deeltijdaanstelling dan bij ziekenhuizen. Hiermee is het subsidiebedrag groter in verhouding tot het gedeclareerde honorarium. Overigens is de drempel voor aanspraak op de subsidie dat een medisch specialist "ten minste twintig uren per week in de instelling aanwezig was ter uitoefening van zijn beroep".

2.2.3 Ruim één derde van subsidies is verleend aan hele vakgroepen of losse specialisten

Naast de subsidies aan specifieke ziekenhuizen en ZBC's, zijn de resterende subsidies verleend aan specialisten die al dan niet met hun vakgroep overstapten. Van deze subsidies is 91% verleend aan medisch specialisten die waarschijnlijk of mogelijk overstapten met hun hele vakgroep (Figuur 9). De resterende 9% van de subsidies zijn verleend aan medisch specialisten die waarschijnlijk los van een vakgroep overstapten.

⁹ Van 253 subsidies aan de top vier ziekenhuis waren 18 verleend aan orthopeden.

¹⁰ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/overschot-orthopeden-dreigt.htm>



Figuur 9 88% van subsidies (exclusief top vier ziekenhuizen en ZBC's) zijn waarschijnlijk verleend aan hele vakgroepen (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS)¹¹

Ook de subsidies aan hele vakgroepen of losse specialisten zijn veelal gebruikt wanneer ook andere redenen bestonden voor overstap naar loondienst:

- Negentig procent van deze subsidies zijn aangevraagd door medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen met een relatief lage financiële score.
- Relatief veel subsidies zijn verleend aan specialisten van 60 jaar en ouder, met name onder specialisten die los van vakgroep overstapten.
- Daarnaast valt op dat de helft van subsidies aan vakgroepen verleend is aan interne geneeskunde en gynaecologie en relatief veel subsidies aan reumatologie.
- Verder zien we geen duidelijke relatie tussen het aandeel specialisten in loondienst en de subsidieverleningen. Deze bevindingen lichten we hieronder verder toe.

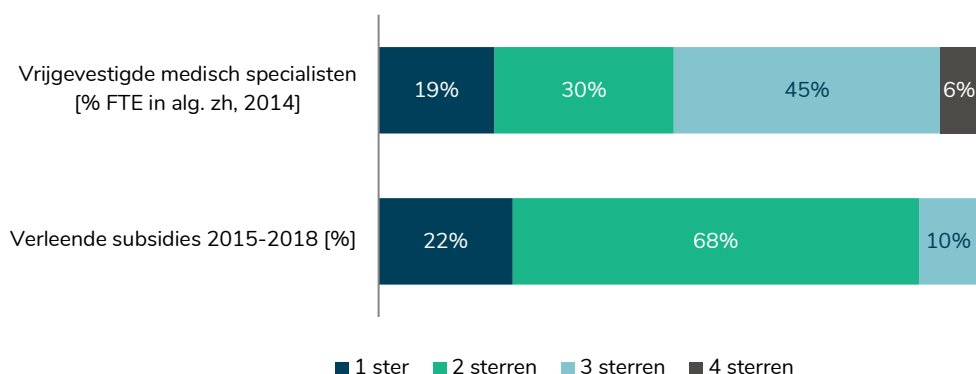
Negentig procent van aanvragen van vakgroepen en losse specialisten kwam vanuit ziekenhuizen met relatief lage financiële score

Veel van de aanvragen van vakgroepen en losse specialisten kwamen van medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen met een relatief lage financiële score (Figuur 10): 90% van de subsidieverleningen kwam vanuit ziekenhuizen met een relatief lage financiële sterrenscore (1 of 2 sterren, zie toelichting score in Bijlage 1) terwijl slechts 49% van de vrijgevestigde medisch specialisten in 2014 werkzaam was in ziekenhuizen met deze score. Mogelijk is de financiële toestand van een ziekenhuis een reden voor medisch specialisten om na te denken over het overstappen van vrije vestiging naar loondienst. Als een ziekenhuis failliet gaat, verliezen vrijgevestigde medisch specialisten (een deel van) hun goodwill en bovendien wordt mogelijk een deel van de verrichte werkzaamheden niet betaald¹². Dit was wellicht een reden om in 2015 de goodwill te verkopen, aangevuld met de subsidie, en verder te werken in loondienst.

¹¹ We onderscheiden relatief 'grote' en 'kleine' specialismen o.b.v. het totaal aantal medisch specialisten per specialisme (CBS), waarbij we een grens hanteerden van 500 medisch specialisten.

¹² <https://www.ad.nl/rotterdam/curatoren-moeten-artsen-failliete-ruwaard-meer-betalen~ad8e43a8/>.

Vrijgevestigde medisch specialisten en verleende subsidies naar financiële sterrenscore ziekenhuizen (exclusief top 4 ziekenhuizen en ZBC's)



Figuur 10 Ziekenhuizen met een relatief lage financiële score vroegen relatief vaak subsidie aan voor medisch specialisten (Analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS en DigiMV)

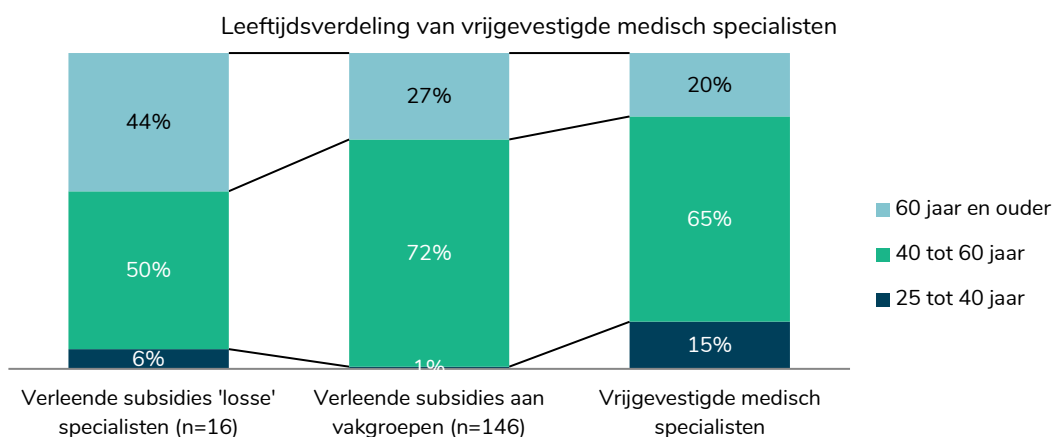
Relatief veel subsidies zijn verleend aan specialisten van 60 jaar en ouder, met name onder specialisten die los van vakgroep overstapten

Wanneer we kijken naar de leeftjidsverdeling van de medisch specialisten die deze subsidies ontvingen, valt op dat VWS relatief veel subsidies verleende aan medisch specialisten van 60 jaar en ouder (Figuur 11): van de subsidies verleend aan specialisten die los van een vakgroep overstapten was 44% (7 van de 16) van de medisch specialisten 60 jaar en ouder en van die verleend aan hele vakgroepen was 27% (40 van de 146) 60 jaar en ouder, terwijl slechts 20% van alle medisch specialisten 60 jaar en ouder is. Dit wijst erop dat medisch specialisten van 60 jaar en ouder waarschijnlijk specifieke redenen hebben om van de subsidieregeling gebruik te maken. Overigens gaat het om kleine aantallen zodat toeval hierbij een rol zou kunnen spelen.

De toelichting op de subsidieregeling¹³ vermeldt expliciet dat subsidieverlening niet inhoudt “...dat de medisch specialist tot en met 31 mei 2020 zijn medisch beroep moet blijven uitoefenen”¹⁴ (toelichting bij artikel 9). De subsidie kan dus gebruikt worden om de vrijgevestigde praktijk aan het ziekenhuis te verkopen en na een korte periode in loondienst te pensioneren. Mogelijk wordt hiermee onzekerheid omtrent de waarde van goodwill ten tijde van pensioneren weggenomen.

¹³ Staatscourant – Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg (10 december 2015)

¹⁴ Destijds was 31 mei 2020 het einde van de overstapperperiode waarvoor subsidie werd vastgesteld.

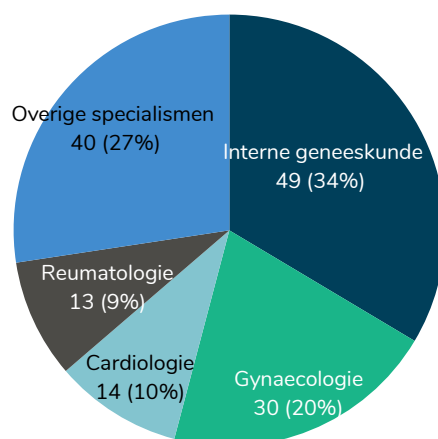


Figuur 11 Relatief veel subsidies zijn verleend aan medisch specialisten van 60 jaar en ouder, met name die los van een vakgroep overstapten (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS en CBS)

Helft van subsidies aan vakgroepen is verleend aan internisten en gynaecologen, en relatief veel aan reumatologen

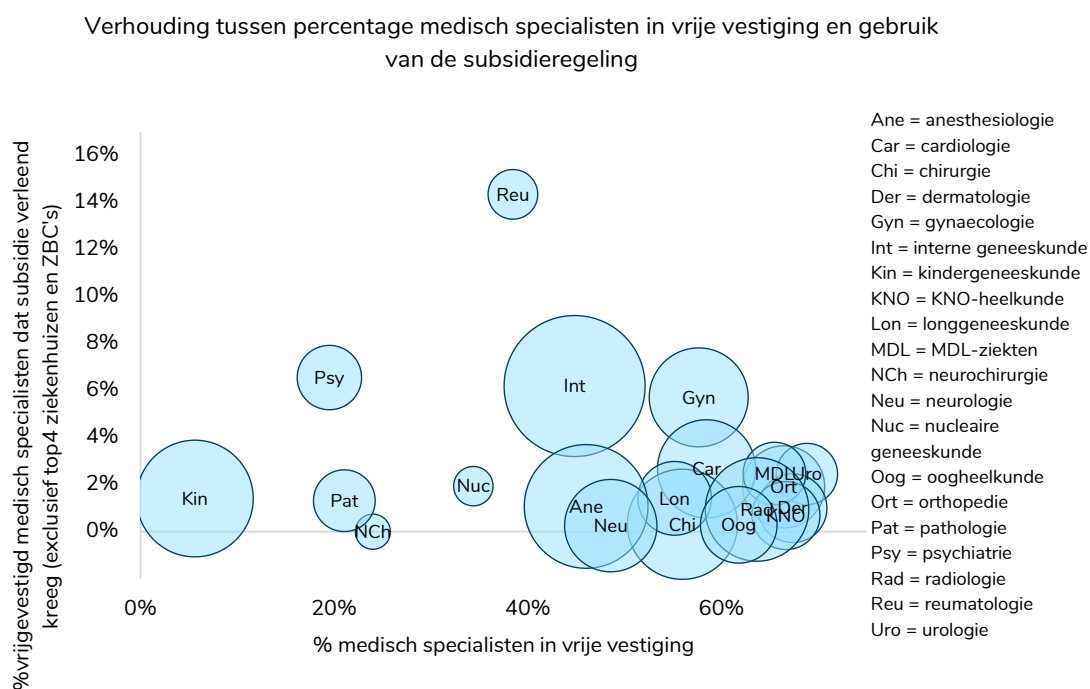
De helft van de subsidies waarschijnlijk verleend aan hele vakgroepen, is verleend aan vakgroepen interne geneeskunde (34%) en gynaecologie (20%) (Figuur 12). Daarnaast werden veel subsidies verleend aan vakgroepen cardiologie en reumatologie.

Aandeel van subsidieaanvragen van gehele vakgroepen naar specialisme
(totaal = 146, exclusief top4 en ZBC's)



Figuur 12 De helft van de subsidies aan vakgroepen is verleend aan internisten en gynaecologen (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS en CBS)

In verhouding tot het aantal medisch specialisten in vrije vestiging per specialisme, valt op dat VWS relatief veel subsidies verleende aan reumatologen (14% van de reumatologen in vrije vestiging), psychiaters (7%), internisten (6%) en gynaecologen (5%) (Figuur 13). Wat betreft reumatologen werd in interviews genoemd dat de inkomsten in dit vakgebied veel zijn gefluctueerd de afgelopen jaren en dat reumatologen met loondienst mogelijk kozen voor een voorspelbaarder inkomen.



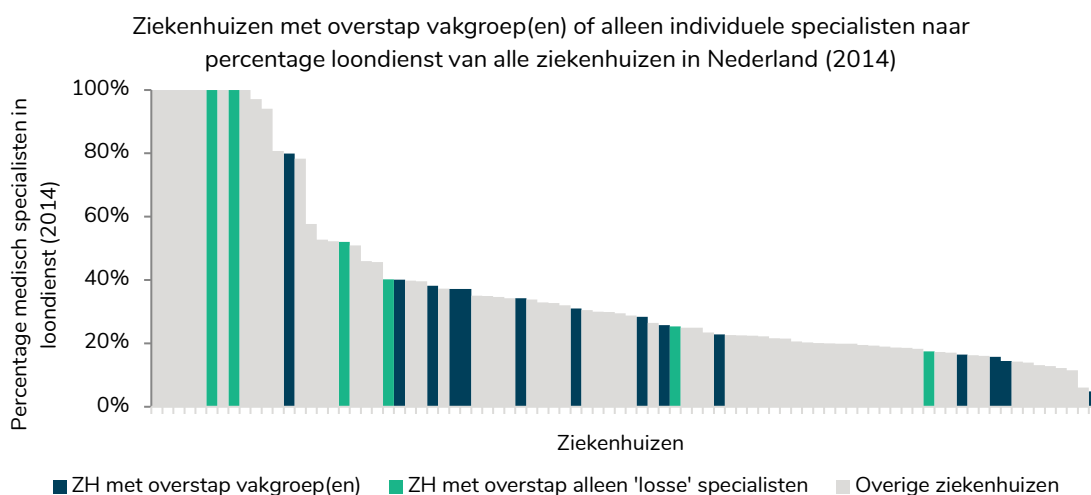
Figuur 13 VWS verleende relatief veel subsidies aan reumatologen, psychiaters, internisten en gynaecologen (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS, CBS en DigiMV)

Geen duidelijke relatie tussen percentage specialisten in loondienst en subsidieverleningen

Uit interviews kwam de hypothese naar voren dat specialismen waarbij medisch specialisten al relatief veel in loondienst werken mogelijk meer gebruik zouden maken van de subsidieregeling. We zien echter geen duidelijke (negatieve) relatie tussen het aandeel medisch specialisten in vrije vestiging en het aandeel dat de subsidie verleend kreeg per specialisme (Figuur 13): specialismen waarin specialisten relatief weinig in vrije vestiging werkten maakten niet relatief vaker gebruik van de subsidie.

Ook zien we geen duidelijke relatie tussen het aandeel medisch specialisten in loondienst (2014) per ziekenhuis en het aanvragen van subsidies (Figuur 14): ziekenhuizen met een hoger aandeel specialisten in loondienst vroegen niet vaker subsidies aan voor specialisten dan ziekenhuizen met een lager aandeel. Wel vallen twee aanvragen op voor overstap van 'losse' specialisten vanuit ziekenhuizen waarin alle specialisten al in loondienst werkten in 2014. Dit betroffen twee subsidies aan specialisten die in loondienst traden bij UMC's.¹⁵

¹⁵ Eén hiervan stapte over vanuit een perifeer ziekenhuis naar loondienst in een UMC, de andere zou geen overstap maken vanuit een ander ziekenhuis, maar binnen het UMC van vrije vestiging naar loondienst overstappen.



Figuur 14 Ziekenhuizen met een hoger aandeel specialisten in loondienst vroegen niet vaker subsidies aan voor specialisten dan ziekenhuizen met een lager aandeel (Bron: analyse SiRM o.b.v. subsidiedatabase VWS en DigiMV)

2.3 Subsidie verlaagt financiële belemmeringen nauwelijks

Met de invoering van integrale bekostiging moesten vrijgevestigde medisch specialisten een alternatief kiezen voor de maatschap, en een afweging maken tussen loondienst of blijven werken als vrijgevestigde. Uit interviews en deskresearch kwam naar voren dat de subsidieregeling nauwelijks de financiële belemmeringen voor overstap naar loondienst mitigeert:

- Het netto jaarinkomen van medisch specialisten is waarschijnlijk hoger in vrije vestiging dan in loondienst volgens de Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS). Het netto jaarinkomen van vrijgevestigde medisch specialisten is niet bekend, maar kan berekend worden op basis van winst uit onderneming¹⁶:
 - De Orde van Medisch Specialisten (OMS, voorloper van de Federatie Medisch Specialisten (FMS)) neemt in haar rapport 'De overstap van vrij beroep naar dienstverband' als vertrekpunt een winstaandeel van een medisch specialist van €240.000. Dit zou leiden tot een netto jaarinkomen van ongeveer €98.000.
 - Het CBS¹⁷ geeft voor 2014 een gemiddelde winst voor vrijgevestigde medisch specialisten (exclusief DGA) van ruim €200.000. Daarbij geeft CBS een 'gemiddeld gestandaardiseerd inkomen'¹⁸ van €90.000.

Het netto jaarinkomen volgens AMS ligt een stuk lager dan deze berekeningen van het inkomen in vrije vestiging, namelijk op ongeveer €72.000¹⁹. Overigens hanteren sommige ziekenhuizen ook een zogenoemde 'AMS+' schaal. Deze schaal trekt in opzet het netto jaarinkomen in loondienst naar een meer vergelijkbaar niveau van dat in vrije vestiging.¹⁹

¹⁶ Deze berekening is anders voor specialisten werkzaam als directeur-grotaandeelhouder (DGA), zie de beschrijving hiervan in de NZa monitor integrale bekostiging MSZ (2018)

¹⁷ CBS - Beloning van in zorg werkzame artsen

¹⁸ Het gestandaardiseerd inkomen is het besteedbaar inkomen gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden (zie voor nadere toelichting CBS - Beloning van in zorg werkzame artsen).

¹⁹ OMS - De overstap van vrij beroep naar dienstverband (2014)

- In vrije vestiging hebben medisch specialisten als ondernemers fiscale voordelen die zij niet hebben in loondienst, wat hen meer financiële flexibiliteit geeft. Zo biedt de status als ondernemer medisch specialisten de ruimte om autokosten af te trekken van belastbare winst uit hun onderneming, en biedt het meer flexibiliteit in de vormgeving van hun pensioen.
- De subsidie alleen dekt niet de volledige kosten voor medisch specialisten die een overstap van vrije vestiging naar loondienst met zich meebrengt. Door de overstap naar loondienst verdampt de goodwill van de medisch specialist ter waarde van ongeveer één jaarsalaris²⁰ (±€250.000) terwijl de subsidie €100.000 bedraagt. Ziekenhuizen kunnen onvoldoende gemotiveerd zijn om medisch specialisten in deze overstap te faciliteren en financieel te compenseren. Ziekenhuizen kunnen voordeel hebben bij de vrije vestiging van medisch specialisten, bijvoorbeeld als de productieprikkel in vrije vestiging hoger is (zie ook §3.2.2).

2.4 Ook door medici ervaren beperking van professionele autonomie weerhoudt gebruik van subsidie

Naast de financiële belemmeringen leeft het idee onder vrijgevestigde medisch specialisten dat zij hun professionele autonomie verliezen wanneer zij overstappen naar loondienst. In vrije vestiging hebben medisch specialisten geen hiërarchisch leidinggevende en in loondienst wel. In interviews gaven de medisch specialisten die de overstap maakten naar loondienst aan dat zij geen vermindering van hun professionele autonomie ervoeren. Ook de Orde van Medisch Specialisten (de voorloper van de Federatie Medisch Specialisten) concludeerde dat medisch specialisten hun professionele autonomie behouden bij overstap naar loondienst.¹⁹

Verder werd tijdens interviews genoemd dat de subsidieregeling ook beperkingen stelt aan de vormgeving van het beroep van een deel van de medisch specialisten. De regeling stelt namelijk als aanvullende eis aan medisch specialisten die overstappen naar loondienst, dat zij “*hun ondernemersactiviteiten als vrijgevestigd medisch specialisten [...] hebben gestaakt*”. Hieronder vallen ook ondernemingsactiviteiten vanuit een researchpraktijk. Medisch specialisten kunnen naast hun klinische werkzaamheden ook als ondernemer werkzaamheden verrichten op gebied van (geneesmiddelen) onderzoek. Deze activiteiten zouden gestaakt moeten worden om aanspraak te kunnen maken op de subsidieregeling.

Ook kwam in interviews naar voren dat sommige medisch specialisten weliswaar willen overstappen naar loondienst, maar hierin worden weerhouden door andere betrokkenen. Uit praktisch oogpunt (bestuurbaarheid van de vakgroep) lijken sommige ziekenhuizen als voorwaarde te stellen dat vakgroepen alleen als geheel overstappen naar loondienst. Dit houdt in dat alle collega's unaniem voor deze overstap moeten kiezen. Uit de gegevens van de subsidieregeling blijkt dat slechts 3% van de subsidies (waarschijnlijk) niet verleend zijn aan hele vakgroepen, maar aan specialisten die los van een vakgroep overstapten (§2.2.3), waarvan bijna de helft zestig jaar of ouder was.

²⁰ FMS - Goodwill in het MSB: Reglement Praktijkwaardering

3 Onduidelijk of loondienst altijd bijdraagt aan gelijkgerichtheid

De subsidieregeling beoogt de financiële belemmeringen voor medisch specialisten om over te stappen naar loondienst te verlagen, waarbij een achterliggende gedachte is dat loondienst de (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten meer gelijkgericht zou maken. Het is echter onduidelijk of loondienst inderdaad altijd bijdraagt aan het bevorderen van gelijkgerichtheid. Ontwikkelingen in gelijkgerichtheid door overstap naar loondienst zijn niet met harde uitkomstmaten te meten, en daardoor niet betrouwbaar te meten (§3.1). Of gelijkgerichtheid gebaat is bij loondienst of vrije vestiging van medisch specialisten hangt af van de situatie. Bestuurders en medisch specialisten zijn er niet van overtuigd dat loondienst in de praktijk altijd meer gelijkgerichtheid geeft dan vrije vestiging, ook al is dat een breed gedeeld beeld onder onderzoekers en beleidsmakers (§3.2.2). Tot slot is het onwaarschijnlijk dat de 46 verleende subsidies aan medisch specialisten die in loondienst traden bij zelfstandige behandelcentra, leiden tot meer gelijkgerichtheid (§3.3).

Met de invoering van integrale bekostiging werd beoogd om de (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten meer gelijkgericht te maken. Gelijkgerichtheid is niet als specifiek doel genoemd in de subsidieregeling, maar deze is wel mede om die reden verlengd in 2017:²¹

“Aangezien ik van mening ben dat op de lange duur zowel het loondienstmodel als participatiemodel betere condities geven voor (financiële) gelijkgerichtheid van medisch specialisten en ziekenhuis [...], en daarmee voor goede en doelmatige patiëntenzorg, dan het samenwerkingsmodel, faciliteer ik middels onderhavige wijzigingsregeling graag in deze nog bestaande behoefte tot overstap naar loondienst.”

Het is echter onduidelijk of loondienst altijd bijdraagt aan gelijkgerichtheid. Bovendien is de mate van gelijkgerichtheid moeilijk te meten. De effecten van medisch specialisten in loondienst of vrijgevestigd op gelijkgerichtheid kunnen afhangen van de omstandigheden.

²¹ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 januari 2017, kenmerk 1075967-159777-CZ, houdende wijziging van de Subsidieregeling overgang integrale tarieven voor medisch-specialistische zorg 2016 in verband met verlenging van de werkingsduur en actualisering

3.1 Ontwikkelingen in gelijkgerichtheid zijn niet met harde uitkomstmaten te meten

In het besluit tot invoering van integrale tarieven en in de subsidieregeling wordt geen definitie gegeven voor gelijkgerichtheid. De NZa beschrijft in de monitor Integrale bekostiging MSZ (2016) gelijkgerichtheid als volgt:

“In de bekostiging van zorg moet niet het financiële eigenbelang van ziekenhuizen en specialisten voorop staan, maar het gezamenlijke belang om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden. Oftewel: een gelijkgerichtheid van belangen. Ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten moeten samen doelmatigheid en kwaliteit nastreven.”

In het rapport ‘Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid’ stellen we voor een aangescherpte definitie te hanteren voor gelijkgerichtheid:

“Partijen bepalen samen wat er moet gebeuren om patiënten de Juiste Zorg op de Juiste Plek te bieden, hoe zij dit organiseren, wie wat gaat doen en wie er op welke manier voor gaat betalen.”

De mate waarin belangen gelijkgericht zijn, is echter niet met harde uitkomstmaten te meten en de invloed van overstap van medisch specialisten naar loondienst op de gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen is niet betrouwbaar te meten met zachte uitkomstmaten, aangezien:

- Gelijkgerichtheid bij uitstek multifactorieel bepaald wordt.
- Er vooral een substantieel effect te verwachten is als nagenoeg alle medisch specialisten binnen een ziekenhuis overstappen naar loondienst. Dit gebeurde echter tot nog toe alleen gelijktijdig met andere grote wijzigingen in ziekenhuizen (i.e. fusies of omvangrijke strategische herpositionering). Dat ondermijnt de betrouwbaarheid van een eventuele meting van de relatie tussen deze overstap naar loondienst en gelijkgerichtheid met zachte uitkomstmaten.

Voor grotere wijzigingen, zoals de invoering van integrale bekostiging voor de MSZ, zou gelijkgerichtheid ook op basis van zachte uitkomstmaten relatief betrouwbaar gemeten kunnen worden, zoals de NZa deed voor de monitor integrale bekostiging MSZ uit 2018.

3.2 Geen eenduidig beeld over impact loondienst of vrijgevestigd op gelijkgerichtheid

Of gelijkgerichtheid gebaat is bij loondienst of vrijgevestigde medisch specialisten hangt af van de situatie. Zie daarvoor het rapport ‘Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid’.

Bestuurders en medisch specialisten zijn er niet van overtuigd dat loondienst in de praktijk altijd meer gelijkgerichtheid geeft dan vrije vestiging, ook al is dat een breed gedeeld beeld onder onderzoekers en beleidsmakers.

3.2.1 Veel gehoord beeld dat loondienst gelijkgerichtheid zou bevorderen

De algemene opvatting is dat loondienst leidt tot meer gelijkgerichtheid, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de opname van gelijkgerichtheid als doel van de subsidieregeling bij de verlenging in 2017²¹ en uit het regeerakkoord van het huidige kabinet.²² Er zijn theoretisch drie redenen waarom een bedrijf een zelfstandige beter in loondienst zou kunnen nemen, en al deze reden zijn van toepassing op de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialisten:²³

- Beide partijen werken bijna uitsluitend met elkaar samen.
- De uitkomst van de activiteiten van de zelfstandige is moeilijk te meten.
- Het handelen van de zelfstandige heeft veel invloed op andere processen binnen het bedrijf.

De vooraanstaande gezondheidseconoom Uwe Reinhard (Princeton, Verenigde Staten) stelde dat kwaliteit veel beter te managen is als een ziekenhuis de medisch specialisten in loondienst heeft dan bij vrijgevestigde artsen²⁴.

3.2.2 Bestuurders en medisch specialisten niet overtuigd van meer gelijkgerichtheid bij loondienst dan vrije vestiging

Uit interviews en deskresearch blijkt dat bestuurders in de MSZ en medisch specialisten niet overtuigd zijn dat loondienst in de praktijk meer gelijkgerichtheid geeft dan vrije vestiging van medisch specialisten. Zo gaf het merendeel van de ziekenhuizen (61%) in de NZa monitor aan hun medisch specialisten niet gestimuleerd te hebben om in loondienst te komen – redenen hiervoor zijn niet beschreven.²⁵ Uit interviews en deskresearch komen de volgende redenen hiervoor naar voren:

- Medisch specialisten in loondienst zouden een lagere productieprikkel hebben dan die in vrije vestiging²³. Dit is een breed gedeeld beeld in de sector. In sommige situaties kan dat ongunstig uitpakken voor een ziekenhuis, aangezien hun omzet afhankelijk is van productie (zie ook 'Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid'). Het zou ook lastiger zijn voor ziekenhuizen om afspraken te maken over productie met medisch specialisten in loondienst.
- Voor veel aspecten die belangrijk zijn voor ziekenhuizen maakt het niet uit of medisch specialisten in loondienst werken of in vrije vestiging. Zo zijn medisch specialisten in beide situaties intrinsiek gemotiveerd om zorg te leveren met hoge kwaliteit en het type werkverband heeft weinig invloed op doelmatig gebruik van ziekenhuisfaciliteiten.²³
- Goede verhoudingen en afspraken tussen beide partijen en de organisatiestructuur, professionaliteit en doorzettingsmacht van beide partijen spelen een grotere rol in gelijkgerichtheid dan het werkverband van medisch specialisten.
- Gelijkgerichtheid is toegenomen met de reorganisatie van vrijgevestigde medisch specialisten in MSB's. Sinds de invoering van integrale tarieven hoeven ziekenhuizen, op een enkele uitzondering na, hierdoor nog maar met één partij afspraken te maken, wat een grote verbetering is ten opzichte van de situatie daarvoor waarin ziekenhuizen met alle

²² Regeerakkoord 2017-2021 'Vertrouwen in de toekomst'

²³ SEO Economisch Onderzoek – De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis (2010)

²⁴ Zie bijvoorbeeld NPS interview 10 november 2007.

²⁵ NZa monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg (2018)

maatschappen apart afspraken moest maken. De meeste ziekenhuizen kunnen ook goede afspraken maken met MSB's.²⁵

Van de door de NZa ondervraagde ziekenhuizen voert 36% gesprekken met MSB's om tot een ander organisatiemodel te komen, en een kwart hiervan (9% van de ondervraagde ziekenhuizen) streeft naar een situatie waarin alle medisch specialisten in loondienst zijn.²⁵ Uit interviews komt naar voren dat een volledig loondienstmodel momenteel weinig haalbaar lijkt voor de meeste ziekenhuizen waar vrije vestiging de norm is, omdat medisch specialisten veelal in vrije vestiging willen blijven werken (§2.3).

3.3 Onwaarschijnlijk dat loondienst in ZBC's leidt tot meer gelijkgerichtheid

Negen procent van de subsidies is verleend aan medisch specialisten die in loondienst treden van ZBC's (§2.2.2). Het is lastig te bepalen wat het effect hiervan is op de gelijkgerichtheid. ZBC's zijn vooral monodisciplinaire instellingen met een homogene patiëntengroep. De bedrijvigheid is vaak gericht op efficiënte bedrijfsvoering waardoor de patiënt voordeel heeft van korte toegangstijden. Daarbij zijn medisch specialisten vaak nauw betrokken bij het management van een ZBC. Hierdoor is het onwaarschijnlijk dat gelijkgerichtheid een thema is binnen ZBC's. Daarmee is het onwaarschijnlijk dat de overstap van medisch specialisten naar loondienst van ZBC's bijdraagt aan meer gelijkgerichtheid. De subsidies zijn overigens vooral verleend aan medisch specialisten werkzaam bij ZBC's die geen eigendom zijn van de daar werkzame medisch specialisten.

Bijlage I – Methode evaluatie subsidieregeling

Dit evaluatierapport is tot stand gekomen op basis van verschillende activiteiten:

- Deskresearch - We maakten gebruik van verschillende openbare bronnen, zoals wetteksten, NZa monitors en openbare rapporten. In het evaluatierapport verwijzen we naar deze bronnen ter onderbouwing.
- Kwantitatieve analyses – Voor de kwantitatieve analyse gebruikten we openbare databronnen (CBS, DigiMV) en gegevens vanuit de subsidiedatabase van VWS.
- Interviews – We voerden 14 interviews met verschillende betrokkenen (Tabel 1).

Naam	Functie	Organisatie
Wout Adema	Directeur Zorg	Zorgverzekeraars Nederland
Jaap Doets	Adviseur	Doets en Wartena Consultants in de Gezondheidszorg
Joris van Eijck	Directeur Zorg	Menzis
Janko de Jonge	Neuroloog	Catharina Ziekenhuis Eindhoven
Kristel Koeijvoets	Internist-nefroloog	Jeroen Bosch Ziekenhuis
Arie Kreule	Jurist	VvAA
Liekele Oostenbrug	Gastroenteroloog, MSB-bestuurder	Zuyderland
Wouter Vles	Chirurg	Ikazia Ziekenhuis Rotterdam
Alexander de Vries	Vaatchirurg en MSB- Bestuurder	Medisch Centrum Haaglanden
Wietske Vrijland	Chirurg, Lid Raad van Bestuur	Maasstad Ziekenhuis
Wim van Welsem	Fiscaal jurist / belastingadviseur	KPMG Meijburg & Co
Gijs Welten	Chirurg	SFG Vlietland
N.N.	Beleidsmedewerker	Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen
Inge Blokzijl, Wink de Boer, Simone Gielen en Perry Jaspers	Medisch specialisten (kinderarts, MDL-arts, anesthesioloog/intensivist, orthopeed) en kwartiermakers nieuwe model / medisch leiders / vakgroepleider / bestuur Goodwill fonds	Bernhoven

Tabel 1 Geïnterviewde personen

Financiële sterrenscore

Om een maat te geven aan de financiële situatie van ziekenhuizen gebruikten we een financiële sterrenscore op basis van vijf gangbare indicatoren:

- Solvabiliteit: eigen vermogen ten opzichte van totaal vermogen.
- Bedrijfsresultaat: resultaat vóór bijzondere baten als verhouding met de totale omzet
- EBITDA marge: EBITDA (Earnings before Interest, Tax, Depreciation, Amortization) als percentage van de omzet.

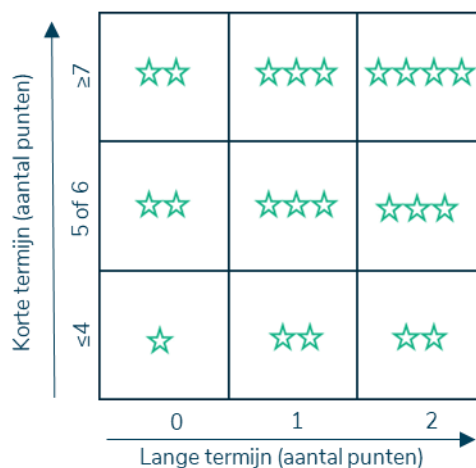
- DSCR: de Interest Coverage Ratio, hoeveel keer groter is het resultaat minus de rentelasten dan de rentelasten in een jaar.
- Netto schuld/EBITDA: de verhouding tussen de langlopende schuld minus liquide middelen gedeeld door EBITDA, opbrengsten vóór rente, belasting en afschrijvingen.

Ieder ziekenhuis gaven we punten voor zijn financiële situatie op basis van deze vijf indicatoren (Tabel 2). Een ziekenhuis kon dus maximaal 10 punten krijgen.

Indicator	0 punten	1 punt	2 punten
Korte termijn			
Bedrijfsresultaat	<0%	0 tot 2%	>2%
EBITDA marge	20% zorgaanbieders met laagste score in sector	rest	20% zorgaanbieders met hoogste score in sector
DSCR	<1,2	1,2 tot 1,6	>1,6
Netto schuld/EBITDA	>5	3 tot 5	<3
Lange termijn			
Solvabiliteit	<20%	20 tot 30%	>30%

Tabel 2 Toedeling van punten voor indicator voor financiële positie.

Op basis van deze puntenaantallen geven we ziekenhuizen een gecombineerde sterrenscore voor hun financiële situatie (Figuur 15). De sterrenscore neemt de situatie op de lange termijn (solvabiliteit) en de korte termijn (combinatie van bedrijfsresultaat, EBIDTA marge, DSCR en DEBT/EBITDA mee). De laagst mogelijke score is één ster en hoogst mogelijke score is vier sterren.



Figuur 15 Toewijzing sterren financiële situatie ziekenhuizen

Bijlage 2 – Aanvullende informatie subsidiegebruik

In deze bijlage geven we aanvullende informatie over het gebruik van de subsidieregeling. In Tabel 3 geven we het aantal subsidieaanvragen en verleende subsidies per ziekenhuis weer. Daarnaast geven we aan of het ziekenhuis gefuseerd is in de periode 2013 tot en met 2018, wat de financiële sterrenscore was (zie beschrijving methode in Bijlage 1) en of het een ZBC betrof.

Ziekenhuis	Verleende subsidies	Teruggetrokken subsidieaanvragen	Afgewezen of buiten behandeling gestelde aanvragen	Gefuseerd in periode 2013 t/m 2018	Financiële sterrenscore	ZBC
A	117	25	5	Nee	1	Nee
B	59	0	0	Ja	3	Nee
C	43	0	0	Ja	1	Nee
D	40	0	0	Ja	2	Nee
E	24	0	0	Nee	2	Nee
F	21	0	0	Nee	2	Nee
G	19	0	0	Nee	0	Nee
H	15	0	0	Nee	1	Nee
I	13	0	0	Nee	Onbekend	Ja
J	12	0	0	Ja	2	Nee
K	11	0	0	Nee	3	Nee
L	9	0	0	Nee	1	Ja
M	8	0	0	Ja	2	Nee
N	8	0	0	Nee	2	Nee
O	7	0	0	Nee	2	Nee
P	7	0	0	Nee	1	Nee
Q	6	0	9	Nee	1	Nee
R	6	0	3	Nee	2	Nee
S	6	0	0	Nee	1	Ja
T	5	0	0	Nee	2	Nee
U	5	0	0	Ja	2	Nee
V	4	3	0	Nee	Onbekend	Ja
W	3	0	0	Nee	1	Ja
X	3	0	0	Nee	1	Ja
Y	2	0	0	Nee	1	Nee
Z	2	0	0	Ja	2	Ja
AA	1	0	1	Nee	1	Ja
AB	1	0	0	Nee	Onbekend	Ja

Ziekenhuis	Verleende subsidies	Teruggetrokken subsidie-aanvragen	Afgewezen of buiten behandeling gestelde aanvragen	Gefuseerd in periode 2013 t/m 2018	Financiële sterrenscore	ZBC
AC	1	0	0	Nee	Onbekend	Ja
AD	1	0	0	Nee	1	Ja
AE	1	0	0	Nee	3	Nee
AF	1	0	0	Nee	3	Nee
AG	1	0	0	Nee	2	Nee
AH	1	0	0	Nee	1	Nee
AI	1	0	0	Nee	3	Nee
AJ	1	0	0	Ja	1	Nee
AK	0	218	0	Nee	1	Nee
AL	0	55	0	Nee	3	Nee
AM	0	0	25	Ja	1	Nee
AN	0	1	0	Nee	1	Ja
AO	0	0	1	Nee	Onbekend	Ja
AP	0	0	1	Nee	Onbekend	Ja
AQ	0	0	1	Nee	1	Nee
AR	0	0	1	Nee	Onbekend	Nee
AS	0	0	1	Nee	2	Nee

Tabel 3 Gebruik van de subsidieregeling naar ziekenhuis

In Tabel 4 geven we het aantal medisch specialisten per specialisme weer, het aandeel werkzaam in ziekenhuizen en het aandeel in vrije vestiging. Daarnaast geven we per specialisme het aantal verleende subsidies weer, en het aandeel verleende subsidies ten opzichte van het totaal aantal vrijgevestigde medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen in 2014.

	Aantal medisch specialisten - 2017 (2014)	Aandeel werkzaam in ziekenhuizen- 2017 (2014) ¹	Aandeel werkzaam in vrije vestiging 2017 (2014)	Aantal verleende subsidies	Aantal verleende subsidies t.o.v. aantal vrijgevestigde specialisten in ziekenhuizen in 2014
Medisch specialisten					
Arts; psychiatrie ²	3.250 (3.050)	14% (13%)	23% (20%)	5	7%
Arts; inwendige geneeskunde	2.180 (1.985)	93% (92%)	40% (45%)	90	11%
Arts; anesthesiologie	1.635 (1.510)	95% (94%)	44% (46%)	26	4%
Arts; kindergeneeskunde	1.425 (1.335)	96% (94%)	5% (6%)	11	16%
Arts; heelkunde	1.285 (1.215)	91% (93%)	54% (56%)	32	5%
Arts; radiologie	1.155 (1.060)	92% (94%)	58% (64%)	27	4%
Arts; cardiologie	1.055 (975)	91% (92%)	54% (58%)	36	7%
Arts; obstetrie en gynaecologie	1.025 (980)	94% (93%)	53% (58%)	52	10%
Arts; neurologie	970 (875)	91% (91%)	46% (49%)	15	4%
Arts; orthopedie	755 (700)	92% (90%)	61% (66%)	48	11%

	Aantal medisch specialisten - 2017 (2014)	Aandeel werkzaam in ziekenhuizen- 2017 (2014) ¹	Aandeel werkzaam in vrije vestiging 2017 (2014)	Aantal verleende subsidies	Aantal verleende subsidies t.o.v. aantal vrijgevestigde specialisten in ziekenhuizen in 2014
Medisch specialisten					
Arts; longziekten en tuberculose	660 (580)	90% (88%)	49% (55%)	14	5%
Arts; oogheelkunde	660 (615)	92% (90%)	60% (62%)	13	4%
Arts; dermatologie en venerologie	565 (490)	92% (91%)	58% (67%)	20	7%
Arts; revalidatiegeneeskunde	560 (495)	97% (97%)	3% (2%)	0	0%
Arts; maag- darm- leverziekten	510 (420)	94% (88%)	61% (65%)	16	7%
Arts; keel- neus- oorheelkunde	510 (465)	93% (94%)	61% (67%)	15	5%
Arts; urologie	435 (385)	92% (92%)	60% (69%)	20	8%
Arts; pathologie	420 (380)	92% (95%)	21% (21%)	1	1%
Arts; reumatologie	320 (260)	97% (91%)	34% (38%)	15	17%
Arts; plastische chirurgie	305 (265)	89% (91%)	70% (66%)	0	0%
Arts; radiotherapie	300 (270)	97% (95%)	10% (11%)	0	0%
Arts; klinische geriatrie	280 (220)	93% (87%)	5% (5%)	0	0%
Arts; medische microbiologie	280 (260)	93% (89%)	30% (31%)	0	0%
Arts; nucleaire geneeskunde	175 (160)	97% (94%)	34% (34%)	2	4%
Arts; klinische genetica	155 (140)	97% (93%)	3% (0%)	0	0%
Arts; neurochirurgie	150 (125)	93% (96%)	23% (24%)	3	10%
Arts; sportgeneeskunde	135 (120)	81% (83%)	33% (38%)	4	11%
Arts; cardio-thoracale chirurgie	130 (115)	96% (96%)	31% (26%)	0	0%
Arts met meerdere specialismen	45 (65)	33% (57%)	33% (31%)	0	0%
Totaal	21.330 (19.515)	81% (80%)	40% (42%)	465	7%

¹Ziekenhuis én overige zorg (waaronder MSB's)

²Waaronder Arts; psychiatrie én psychotherapie

Tabel 4 Aantal medisch specialisten, aandeel werkzaam in ziekenhuizen en aandeel in vrije vestiging in 2017 (2014) volgens CBS en het aantal verstrekte subsidies.