Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven: deel 2

Deelrapportage 2: onderzoek naar de voortgang op de verbeterpunten voor msb's in hun bestuurlijke en financiële relatie met ziekenhuizen

10 februari 2026

Inhoudsopgave

Samenvatting		**3**
1	**Inleiding**	**9**
1.1	Aanleiding en achtergrond	9
1.2	Leeswijzer	10
2	**Onderzoeksverantwoording**	**11**
3	**Resultaten: bestuurbaarheid van ziekenhuizen**	**14**
3.1	Verbeterpunt 1: stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast	14
3.2	Verbeterpunt 2: maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang	16
3.3	Verbeterpunt 3: versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden	21
3.4	Verbeterpunt 4: verbeter als msb de eigen financiële transparantie	24
3.5	Verbeterpunt 5: beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten	31
3.6	Verbeterpunt 6: verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb	33
4	**Resultaten: financiële gelijkgerichtheid**	**35**
4.1	Verbeterpunt 7: maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken	35
4.2	Verbeterpunt 8: zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen	47
5	**Resultaten: aanvullende thema's**	**51**
5.1	Algemene samenwerking	51
5.2	Samenwerking in relatie tot realisatie IZA-doelstellingen	54
6	**Conclusies**	**56**
Bijlagen		**61**
Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS		61
Bijlage 2. Uitwerking onderzoeksmethodiek		65
Bijlage 3. Gelijkgerichtheidsindeling financiële afspraken		78

Samenvatting

Aanleiding en achtergrond

Binnen de medisch-specialistische zorg (msz) hebben ziekenhuizen en medisch-specialistische bedrijven (msb's) een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de beweging naar passende zorg te realiseren. In opdracht van de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) hebben wij het verbeterpotentieel van msb's in hun bestuurlijke en financiële relatie met ziekenhuizen onderzocht. De resultaten van dit onderzoek zijn vastgelegd in twee afzonderlijke deelrapportages. Samen vormen deze twee deelrapportages de Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven. De eerste deelrapportage, die op 14 maart 2024 is gepubliceerd, betreft een nulmeting waarin wij tot acht verbeterpunten zijn gekomen (zie onderstaand kader).

De nu voorliggende tweede deelrapportage beschrijft de voortgang op deze acht verbeterpunten en op een tweetal aanvullende thema's.

De acht verbeterpunten en twee aanvullende thema's uit de eerste deelrapportage

Thema 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen':

- Verbeterpunt 1: stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast.
- Verbeterpunt 2: maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang.
- Verbeterpunt 3: versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden.
- Verbeterpunt 4: verbeter als msb de eigen financiële transparantie.
- Verbeterpunt 5: beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten.
- Verbeterpunt 6: verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb.

Thema 'financiële gelijkgerichtheid':

- Verbeterpunt 7: maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken.
- Verbeterpunt 8: zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen.

Aanvullende thema's:

- Algemene samenwerking.
- Samenwerking in relatie tot IZA-doelstellingen.

Onderzoeksmethodiek

In de basis is de opzet van het tweede deelonderzoek gelijk aan die van het eerste. Om de voortgang op de acht verbeterpunten en de twee aanvullende thema's in kaart te brengen, hebben we ook dit keer ziekenhuizen en msb's apart gevraagd hun perspectieven op de onderzoeksthema's te geven. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van enquêtes, invulformats en semi-gestructureerde interviews. De

onderzoekspopulatie bestaat uit ziekenhuizen en msb's. Deze ziekenhuizen zijn algemene en categorale ziekenhuizen waaraan een of meerdere msb's zijn verbonden. Bij ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden, maakt uitsluitend het grootste msb deel uit van de onderzoekspopulatie. De enquêtes gaan in op alle verbeterpunten, met uitzondering van verbeterpunt 7. De invulformats hebben uitsluitend betrekking op het verbeterpunt ten aanzien van de financiële afspraken (verbeterpunt 7). De onderzoeksgegevens hebben betrekking op het peiljaar 2025. In de semi-gestructureerde interviews hebben we verdiepende vragen gesteld over de acht verbeterpunten en de aanvullende thema's.

Conclusies bij de acht verbeterpunten

We concluderen dat vier verbeterpunten (1, 2, 3 en 8) niet langer als verbeterpunt hoeven te worden beschouwd. De overige vier verbeterpunten (4, 5, 6 en 7) blijven wel als verbeterpunt gelden. We lichten deze conclusies hieronder bij de onderdelen A en B nader toe.

A. Verbeterpunten die niet langer als verbeterpunt gelden

In het eerste deelonderzoek gaven msb's vaak hogere of positievere scores dan de ziekenhuizen als het ging om de waardering van de onderlinge relatie op de twee hoofdthema's 'bestuurbaarheid' en 'financiële gelijkgerichtheid'. In het voorliggende, tweede deelonderzoek zien we dit opnieuw, maar de verschillen met de ziekenhuisscores zijn duidelijk kleiner geworden. Dit geldt met name voor de verbeterpunten 1, 2, 3 en 8. De positieve ontwikkeling bij deze vier verbeterpunten is dusdanig sterk dat zij inmiddels nog op hooguit 15% van de msb's van toepassing zijn.

A. Verbeterpunten die niet langer als verbeterpunt gelden

Verbeterpunt 1 geldt voor zowel de msb's als ziekenhuizen. Verbeterpunten 2, 3 en 8 gelden uitsluitend voor de msb's. De percentages hieronder zijn gebaseerd op de antwoorden van de ziekenhuizen.

Verbeterpunt 1: stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast

Conclusie: de meeste ziekenhuizen en msb's hebben inmiddels een gezamenlijke (meerjaren)strategie.
Verbeterpunt 1 geldt nu nog voor 10% van de msb's en ziekenhuizen. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 30% van de msb's en ziekenhuizen. De onderzoeksresultaten bieden voldoende vertrouwen om ervan uit te gaan dat ook de laatste msb's en ziekenhuizen waarop dit verbeterpunt betrekking heeft op korte termijn een gezamenlijke (meerjaren)strategie zullen vaststellen.

Verbeterpunt 2: maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang

Conclusie: volgens de ziekenhuizen dient een grote meerderheid van de msb's niet enkel het eigen belang, maar ook het overkoepelende ziekenhuisbelang en maatschappelijk belang.
Verbeterpunt 2 geldt nu nog voor 15% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 35% van de msb's. Deze percentages hebben zowel betrekking op het dienen van het overkoepelende ziekenhuisbelang als het dienen van het maatschappelijke belang. Ondanks de hoge mate van gelijkgerichtheid wordt wel enkele keren door ziekenhuizen genoemd dat het ingewikkeld kan worden om strategische beslissingen te nemen of uit te voeren als zo'n beslissing (negatieve) financiële impact heeft op individuele vakgroepen.

Verbeterpunt 3: versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden
Conclusie: een grote meerderheid van de msb's heeft een professioneel bestuur en beschikt over voldoende mandaat.
Verbeterpunt 3 geldt voor 15% van de msb's. Het mandaat van het msb-bestuur is volgens de meeste ziekenhuizen geen aandachtspunt. Wel valt op dat er een spanningsveld lijkt te bestaan tussen enerzijds de behoefte van het msb om voor voorgenomen bestuurlijke beslissingen eerst draagvlak onder haar vakgroepen te verwerven en anderzijds de behoefte van het ziekenhuis aan efficiënte besluitvorming. Daarnaast zijn de meeste ziekenhuizen en msb's positief over elkaars bestuurlijke kwaliteiten. Wel zien ziekenhuizen en msb's vaak nog verbeterruimte bij elkaar op het gebied van leiderschap en bestuurlijke sensitiviteit.

Verbeterpunt 8: zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen
Conclusie: de meeste ziekenhuizen en msb's ervaren gelijkgerichtheid tussen de financiële belangen.
Verbeterpunt 8 geldt nu nog voor 12% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 37% van de msb's. De overgrote meerderheid van de ziekenhuizen en vrijwel alle msb's vinden de financiële belangen tussen de ziekenhuizen en msb's in grote mate gelijkgericht. Deze hoge mate van gelijkgerichtheid valt moeilijk te rijmen met de conclusies over de financiële transparantie van msb's (verbeterpunt 4) en over de gelijkgerichtheid met betrekking tot de interne verdeelsystematieken (verbeterpunt 7).

B. Verbeterpunten die nog steeds als verbeterpunt gelden

Voor de vier resterende verbeterpunten 4, 5, 6 en 7 zien we dat de voortgang achterblijft. Bij geen van deze verbeterpunten is het percentage msb's gedaald naar 20% of lager. Bij deze verbeterpunten zien we weliswaar verbetering, maar toch blijven ze van toepassing op 27% tot 40% van de msb's. Tegen de achtergrond van de veranderopgave waar ziekenhuizen en msb's op grond van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) voor staan, is het zorgelijk dat deze vier verbeterpunten nog steeds serieuze aandachtspunten zijn voor een relatief groot aantal msb's.

B. Verbeterpunten die nog steeds als verbeterpunt gelden
Verbeterpunten 4 en 7 gelden uitsluitend voor de msb's. Verbeterpunten 5 en 6 gelden voor zowel de msb's als ziekenhuizen. De percentages hieronder zijn gebaseerd op de antwoorden van de ziekenhuizen.

Verbeterpunt 4: verbeter als msb de eigen financiële transparantie
Conclusie: hoewel ten opzichte van het eerste deelonderzoek sprake is van substantiële verbetering, schiet de financiële transparantie van een relatief grote groep msb's nog steeds tekort.
Verbeterpunt 4 geldt nog voor 27% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 48% van de msb's. De msb's zijn zelf een stuk positiever over de mate waarin zij financieel transparant zijn in de richting van het ziekenhuis. Er zit dus een duidelijk verschil tussen hoe de ziekenhuizen de financiële transparantie van de msb's ervaren en wat de msb's zelf vinden van de mate waarin zij de ziekenhuizen financiële transparantie bieden. Dat dit verbeterpunt nog steeds actueel is, blijkt uit de volgende zes onderwerpen. De mate waarin msb's op deze zes onderwerpen financiële transparantie bieden aan ziekenhuizen schiet - op het eerste onderwerp (a) na - nog steeds tekort:

a overeenkomsten over medische hulpmiddelen en geneesmiddelen: 2% van de msb's heeft geen toestemmings- of meldplicht aan het ziekenhuis;
b jaarrekeningen: 37% van de ziekenhuizen heeft nog steeds deels of helemaal geen inzicht in de jaarrekeningen van msb's;
c periodieke productiecijfers: 50% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen of slechts gedeeltelijk inzicht in de periodieke productiecijfers van de msb's;
d capaciteitsbegroting: 37% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen of slechts gedeeltelijk inzicht in de capaciteitsbegroting van de msb's;
e interne verdeelsystematiek: 25% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen inzicht in de werking van de interne verdeelsystematiek van het msb;
f bedragen die vakgroepen ontvangen: 73% van de ziekenhuizen weet nog steeds niet welke bedragen vakgroepen ontvangen op basis van de interne verdeelsystematiek van de msb's.

De percentages die bij de bovenstaande financiële deelonderwerpen horen, met uitzondering van onderwerpen (a) en (e), zijn aanzienlijk hoger dan het percentage (27%) waarop dit verbeterpunt betrekking heeft. We hebben niet onderzocht waardoor deze verschillen kunnen worden verklaard. We hebben ook niet onderzocht waarom volgens meer dan een kwart van de ziekenhuizen de financiële transparantie van msb's nog steeds tekortschiet. Hoewel de achterliggende oorzaak onbekend is, blijft het een uitkomst die zorgelijk is. Met name omdat het hier gaat om een relatief eenvoudig te realiseren verbeteractie.

Verbeterpunt 5: beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten
Conclusie: Bij 40% van de msb's en ziekenhuizen heeft het ziekenhuis te weinig invloed op het aannameproces van vrijgevestigde medisch specialisten.
Voor verbeterpunt 5 geldt dat we nog voor 40% van de msb's en ziekenhuizen mogelijkheden zien om de invloed van het ziekenhuis op het aannamebeleid van vrijgevestigde medisch specialisten te vergroten. Hiermee doelen we specifiek op de invloed van het ziekenhuisbestuur op het aantal formatieplaatsen (fte's) binnen de vakgroepen, en dus niet op de keuze voor de persoon die een vacature zal gaan vervullen. In de gezamenlijke handreiking van de Federatie Medische Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) 'Handreiking Gelijkgerichtheid' staat dat de Raad van Bestuur adviesrecht zou moeten hebben bij het aanstellen van nieuwe leden van het msb. Maar uit de omschrijving van dit verbeterpunt volgt dat de rol van de Raad van Bestuur in het aannameproces verder zou moeten reiken dan enkel een adviesstem. Het maken van gezamenlijke keuzes omtrent groei, krimp of behoud van het bestaande aantal fte's medisch specialisten binnen vakgroepen is een belangrijk proces met mogelijk verstrekkende gevolgen voor de gehele ziekenhuisorganisatie. Zeker in het licht van de concentratie- en spreidingsdiscussie rondom een aantal medisch-specialistische aandoeningen. Het aannameproces zouden msb's en ziekenhuizen daarom gezamenlijk moeten doorlopen, waarbij ieders invloed op de uiteindelijke uitkomst gelijk zou moeten zijn. Dat is nu voor een groot aantal ziekenhuizen nog niet, of in onvoldoende mate, het geval.

Verbeterpunt 6: verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb
Conclusie: een kwart van de ziekenhuizen werkt nog steeds met meerdere msb's.
Verbeterpunt 6 geldt nu nog voor 27% van de msb's en ziekenhuizen. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 29% van de msb's en ziekenhuizen. We realiseren ons dat het soms jaren kan duren om dit soort ingrijpende organisatorische veranderingen doorgevoerd te krijgen. Desalniettemin heeft het overgrote deel van de msb's en ziekenhuizen waar dit verbeterpunt betrekking op heeft, tot op heden geen acties ondernomen om het aantal msb's terug te brengen tot maximaal één. Deze msb's en

ziekenhuizen geven aan dat zij tevreden zijn met de huidige organisatiestructuur. Wij vinden deze uitkomst om twee redenen opmerkelijk. Ten eerste omdat een grote meerderheid (82%) van de ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden, bij het eerste deelonderzoek nog aangaf dat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis niet gediend is met de aanwezigheid van meerdere msb's. En in de tweede plaats omdat in de 'Handreiking Gelijkgerichtheid' van de FMS en de NVZ wordt aanbevolen om te streven naar maximaal één msb per ziekenhuis.

Verbeterpunt 7: maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken
Conclusie: nog steeds zijn er te veel financiële afspraken binnen het msb die sterkere productieprikkels bevatten dan de financiële afspraken die het msb maakt met het ziekenhuis.
Verbeterpunt 7 heeft met name betrekking op de mate waarin 1) de interne verdeelsystematiek van msb's en 2) de financiële afspraken tussen msb's en ziekenhuizen gelijkgericht zijn. Er is sprake van een verbeterpunt als de interne verdeelsystematiek van het msb de (zorg)productie sterker stimuleert dan het geval is op het niveau van de financiële afspraken tussen het msb en ziekenhuis. Momenteel geldt het verbeterpunt nog steeds voor 18% van de vergoedingen die door het msb op basis van de interne verdeelsystematiek aan de afzonderlijke vakgroepen wordt uitgekeerd. Daarbij gaat het om 36% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 20% van deze vergoedingen en voor 48% van de msb's.

Ondanks de acties die msb's en ziekenhuizen noemen om de financiële gelijkgerichtheid te vergroten, blijft dit verbeterpunt gelden voor ruim een derde (36%) van de msb's. Het ontbreken van gelijke prikkels, of beter: de aanwezigheid van een hogere productieprikkel bij de vakgroepen binnen het msb, verhoogt het risico op spanningen in de samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen, maar ook tussen de vakgroepen onderling. Dat kan leiden tot weerstand onder vrijgevestigde vakgroepen bij het nemen of uitvoeren van strategische beslissingen.

Conclusies bij de aanvullende thema's

Algemene samenwerking

Net zoals in het eerste deelonderzoek, is ook nu gebleken dat ziekenhuizen en msb's over het algemeen een goede samenwerking ervaren. Verder blijkt dat een toegenomen aantal ziekenhuizen (67%) lage tot zeer lage risico's ziet voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis als gevolg van de aanwezigheid van het msb. Toch duidt nog steeds bijna 25% van de ziekenhuizen dat risico als gemiddeld en 8% als hoog. De aanwezigheid van het msb in relatie tot de bestuurbaarheid van het ziekenhuis blijft dus een aandachtspunt, ook al ervaren de msb's en ziekenhuizen de onderlinge samenwerking beide als goed.

Samenwerking in relatie tot realisatie IZA-doelstellingen

Op meerdere aspecten binnen de samenwerking in relatie tot de realisatie van de IZA-doelstellingen is een positieve ontwikkeling zichtbaar. Toch geldt nog steeds voor een aantal ziekenhuizen (17%) dat dit specifieke onderdeel van de samenwerking een aandachtspunt is. Deze groep ziekenhuizen geeft aan vaak niet te kunnen beoordelen of de samenwerking met msb's een vruchtbare basis vormt voor het gezamenlijk oplossen van moeilijke kwesties in het kader van de beweging naar passende zorg. Daarmee blijft dit een aandachtspunt.

Slotopmerkingen

1 In ons eerste deelonderzoek benadrukten we het belang van de onderlinge verhoudingen tussen msb- en ziekenhuisbestuurders. We gaven aan hoe belangrijk goede onderlinge verhoudingen zijn voor een vruchtbare samenwerking. Maar ook gaven we aan dat als de relatie slecht is of onder druk staat, deze de samenwerking, financiële gelijkgerichtheid en bestuurbaarheid van het ziekenhuis kan aantasten. En hiermee zelfs de continuïteit van de zorgverlening. Recente incidenten waarbij ziekenhuizen en msb's zich genoodzaakt zagen hun onderlinge conflicten door een gerechtelijke instantie te laten beslissen, maken duidelijk hoe groot de impact van een ernstig verstoorde relatie kan zijn op de ziekenhuisorganisatie en de continuïteit van de zorgverlening.

2 De komende jaren zullen ziekenhuizen en msb's voor de transitie naar passende zorg keuzes moeten maken op het gebied van hun zorgportfolio en regionale samenwerking. Deze keuzes, die o.a. voortvloeien uit het IZA en het AZWA, zijn noodzakelijk om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg ook in de toekomst te kunnen waarborgen. Deze keuzes kunnen leiden tot financiële verschuivingen binnen zowel het ziekenhuis als het msb. Het risico op onderlinge spanningen tussen ziekenhuis, msb en/of vakgroepen kan hierdoor toenemen. Daarom blijft het voor ziekenhuizen en msb's van belang om - waar van toepassing - prioriteit te geven aan het opvolgen van de acht verbeterpunten.

Disclaimer

We zijn genoodzaakt een voorbehoud te plaatsen bij de onderzoeksuitkomsten en de daarop gebaseerde conclusies. Dit voorbehoud heeft met name betrekking op de onderzoeksuitkomsten van het kwalitatieve deel van ons onderzoek. De voortgang op de onderzoeksthema's is gebaseerd op de input van de ziekenhuizen en msb's. Enerzijds zijn zij als direct betrokkenen het beste in staat om de voortgang op de onderzoeksthema's te beoordelen. Anderzijds schuilt daarin ook een risico: er is geen sprake van (volledige) onafhankelijkheid ten aanzien van de uitkomsten van dit onderzoek. Met name de msb's, maar tot op zekere hoogte ook de ziekenhuizen, hebben belang bij die uitkomsten. Dat kan resulteren in sociaal wenselijke en/of strategische antwoorden. Hierdoor is mogelijk sprake van een vertekening van de onderzoeksresultaten. Het hierboven genoemde belang van de msb's, vloeit vooral voort uit het gegeven dat de uitkomsten van deze monitor door de minister van VWS mogelijk zullen worden betrokken bij de politieke besluitvorming over het al dan niet treffen van maatregelen om vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst van de ziekenhuizen te brengen. Om het risico op de hierboven geschetste sociaal wenselijke en/of strategische antwoorden te beperken, hebben we er bewust voor gekozen om het ziekenhuis- en msb-perspectief op de voortgang van de onderzoeksthema's afzonderlijk van elkaar uit te vragen.

Een tweede risico op vertekening van de onderzoeksresultaten houdt verband met een oproep van de FMS aan haar achterban. De FMS heeft de msb's opgeroepen om de enquêtes juist niet afzonderlijk, maar samen met het ziekenhuis in te vullen, "*… zowel ten behoeve van de consistentie van de antwoorden, maar ook als aanleiding om (nogmaals) het gesprek over gelijkgerichtheid te voeren*", aldus de FMS. We hebben niet kunnen vaststellen hoe de groot de impact van de oproep van de FMS op de uiteindelijke onderzoeksresultaten is geweest. Daarnaast weten we niet zeker of msb's en ziekenhuizen de enquêtes ook zonder deze oproep gezamenlijk zouden hebben ingevuld. Hoe dan ook staat het gezamenlijk invullen van de enquêtes haaks op dit onderdeel van de onderzoeksmethodiek. Het gezamenlijk invullen heeft een belemmerend effect op het belangrijkste doel van ons onderzoek, namelijk een zo objectief mogelijk inzicht verkrijgen in de voortgang op de hierboven genoemde onderzoeksthema's.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

De toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg staan onder druk door de toenemende zorgvraag, het knellende zorgaanbod en de krapte op de arbeidsmarkt. Zorg moet ook in de toekomst voor iedereen kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar blijven. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het recent gesloten Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is de noodzaak van een landelijke beweging richting passende zorg breed erkend. Ook binnen de medisch-specialistische zorg (msz) is deze transitie van belang.

Binnen de msz hebben ook ziekenhuizen en medisch-specialistische bedrijven (msb's) een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de beweging naar passende zorg te realiseren. Tegen deze achtergrond heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in januari 2023 van de minister van VWS de opdracht ontvangen om het verbeterpotentieel van msb's te onderzoeken (zie Bijlage 1). De minister heeft specifiek gevraagd om het verbeterpotentieel op twee hoofdthema's te onderzoeken: de bestuurbaarheid van de ziekenhuizen en de financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en msb's. De opdracht heeft geleid tot één monitor die bestaat uit twee deelonderzoeken. In het eerste deelonderzoek van deze monitor, gepubliceerd op 14 maart 2024, hebben we acht verbeterpunten voor msb's benoemd om de bestuurbaarheid van het ziekenhuis en de financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en msb's te verbeteren.

In het nu voorliggende tweede deelonderzoek van deze monitor brengen we de voortgang van de acht verbeterpunten in kaart. Naast de acht verbeterpunten gaat het tweede deelonderzoek ook in op twee aanvullende thema's: 'algemene samenwerking' en 'samenwerking in relatie tot realisatie IZA-doelstellingen'. Deze twee aanvullende thema's houden nauw verband met de acht verbeterpunten. Een goede onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's is een belangrijke randvoorwaarde om de acht verbeterpunten succesvol door te voeren en de beweging naar passende zorg te kunnen realiseren.

De onderzoeksresultaten uit het tweede deelonderzoek zijn gebaseerd op gegevens met peiljaar 2025. Voor het eerste deelonderzoek gold 2023 als peiljaar.

Voor de volledigheid staan hieronder de acht verbeterpunten uit het eerste deelonderzoek op een rij. We merken hierbij op dat de verbeterpunten 1, 5 en 6 niet alleen op de msb's, maar ook op de ziekenhuizen van toepassing zijn. Daar waar we in dit rapport in zijn algemeenheid spreken over de verbeterpunten voor de msb's, doelen we dus ook op de drie hiervoor genoemde verbeterpunten die op msb's en ziekenhuizen gezamenlijk betrekking hebben.

De acht verbeterpunten uit de eerste deelrapportage 'Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven'

Thema 'bestuurbaarheid van ziekenhuizen':
- Verbeterpunt 1: stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast.
- Verbeterpunt 2: maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang.
- Verbeterpunt 3: versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden.
- Verbeterpunt 4: verbeter als msb de eigen financiële transparantie.
- Verbeterpunt 5: beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten.
- Verbeterpunt 6: verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb.

Thema 'financiële gelijkgerichtheid':
- Verbeterpunt 7: maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken.
- Verbeterpunt 8: zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen.

De acht verbeterpunten worden grotendeels onderschreven door de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). In hun gezamenlijke 'Handreiking Gelijkgerichtheid', opgesteld in oktober 2024, staan aanbevelingen om de gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen te optimaliseren ten behoeve van de transformatie naar passende zorg.

1.2 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit zes hoofdstukken en drie bijlagen. Na dit inleidende hoofdstuk volgt in hoofdstuk 2 de onderzoeksverantwoording. Daarna volgen de hoofdstukken 3 en 4 waarin de resultaten, voorzien van tussenconclusies, met betrekking tot de acht verbeterpunten worden uitgewerkt. In hoofdstuk 3 werken we de voortgang op de verbeterpunten met betrekking tot het hoofdthema 'bestuurbaarheid van het ziekenhuis' uit. In hoofdstuk 4 wordt de voortgang op de verbeterpunten met betrekking tot het hoofdthema 'financiële gelijkgerichtheid' uitgewerkt. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 5 de resultaten met betrekking tot twee aanvullende thema's. Het rapport sluit met hoofdstuk 6 waarin we onze conclusies en enkele slotopmerkingen weergeven. In Bijlage 1 staat de opdrachtbrief van VWS. Bijlagen 2 en 3 bevatten nadere uitwerking van de gehanteerde onderzoeksmethodiek.

2 Onderzoeksverantwoording

In de basis is de opzet van het tweede deelonderzoek gelijk aan die van het eerste. Om de voortgang op de acht verbeterpunten en de twee aanvullende thema's in kaart te brengen, hebben we ook dit keer ziekenhuizen en msb's apart gevraagd hun perspectieven op de onderzoeksthema's te geven. Met deze aanpak is het niet alleen mogelijk om beide antwoorden of perspectieven met elkaar te vergelijken, maar vergroten we ook de mogelijkheden om een objectieve duiding te kunnen geven aan de opgehaalde onderzoeksresultaten. Net zoals bij het eerste deelonderzoek hebben we ook bij het tweede deelonderzoek gebruik gemaakt van enquêtes, invulformats en semi-gestructureerde interviews. De invulformats zijn kwantitatief van aard. De interviews zijn kwalitatief van aard. De enquêtes ten slotte zijn zowel kwalitatief als kwantitatief van aard.

De onderzoekspopulatie bestaat uit ziekenhuizen en msb's. Deze ziekenhuizen zijn algemene en categorale ziekenhuizen waaraan een of meerdere msb's zijn verbonden. Bij ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden, maakt uitsluitend het grootste msb deel uit van de onderzoekspopulatie. De onderzoeksgegevens hebben betrekking op het peiljaar 2025.

Toelichting op enquêtes, invulformats en interviews

De enquêtes en invulformats zijn in april 2025 uitgezet onder alle algemene en categorale ziekenhuizen die met een of meerdere msb's samenwerken en het grootste msb bij die ziekenhuizen. In totaal gaat het om 60 ziekenhuizen en 61 msb's. Het invullen van de enquêtes en invulformats hebben we verplicht: alle ziekenhuizen en msb's hebben hieraan deelgenomen. Enkele ziekenhuizen en msb's zijn uitgesloten van de analyses. Een nadere toelichting hierop staat in Bijlage 2.

De enquêtes bevatten vragen over alle verbeterpunten, met uitzondering van verbeterpunt 7 over de gelijkgerichtheid met betrekking tot de financiële afspraken, en vragen over de algemene samenwerking en de samenwerking in relatie tot realisatie IZA-doelstellingen. De invulformats vragen gegevens uit over de financiële afspraken (verbeterpunt 7). Na de enquête- en invulformatronde hebben we 14 ziekenhuizen en msb's geïnterviewd. Met behulp van de semi-gestructureerde interviews hebben we ons kunnen verdiepen in de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en de financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en msb's, in het bijzonder in relatie tot de acht verbeterpunten. De verstrekte toelichtingen op de vragen uit de enquête en de interviews zijn geanalyseerd middels een kwalitatieve thematische analyse.

Toelichting op duiding voortgang per verbeterpunt

Voor het goed kunnen duiden van de voortgang per verbeterpunt, zijn twee punten van belang. Die twee punten lichten we hieronder nader toe.

1 Zoals we eerder opmerkten in het eerste deelonderzoek, gaat deze monitor over het verbeterpotentieel van msb's, niet over dat van ziekenhuizen. Wanneer aan msb's zelf wordt gevraagd om aan te geven wat er bij hen niet goed gaat of voor verbetering vatbaar is, dan is dat in zekere zin vergelijkbaar met een slager die gevraagd wordt zijn eigen vlees te keuren. De neiging om het eigen vlees matig tot slecht te beoordelen, zal van nature gering zijn. Msb's vormen hierop geen uitzondering. Daarom baseren we de conclusies van dit tweede deelonderzoek hoofdzakelijk op de ziekenhuisresultaten, net zoals bij het eerste deelonderzoek. Dit betekent ook dat als we in ons onderzoek een percentage ten aanzien van de voortgang noemen, dit percentage gebaseerd is op

de antwoorden van de ziekenhuizen. Wel worden in de hoofdstukken 3, 4 en 5 ook altijd de percentages ten aanzien van de voortgang op basis van de msb-antwoorden weergegeven.

2 We hebben drie categorieën om de voortgang op de verbeterpunten objectief en consequent te duiden (zie Tabel 1). In de eerste categorie vinden we de voortgang voldoende. In de tweede categorie vinden we de voortgang voldoende noch onvoldoende. In de derde categorie vinden we de voortgang onvoldoende en duiden we deze als achterblijvende voortgang. We realiseren ons dat het gebruik van deze classificering in zekere zin arbitrair is. Dat neemt niet weg, dat wanneer een verbeterpunt nog steeds op meer dan 20% van de msb's van toepassing is, niet de voortgang is gerealiseerd, die - na publicatie van ons eerste deelonderzoek - redelijkerwijs verwacht mocht worden. We maken wel nog een belangrijke kanttekening bij de categorieën 1 en 2. Hoewel we bij deze twee categorieën niet langer spreken van een verbeterpunt, gelden deze verbeterpunten nog steeds voor de kleine groep msb's die achter de percentages bij de categorieën 1 en 2 schuil gaat.

Tabel 1: Classificatie verbeterpunten

Categorie	Percentage msb's waarvoor een verbeterpunt geldt	Duiding voortgang op verbeterpunt
1.*	0% t/m 15%	Geen verbeterpunt meer (voldoende voortgang)
2.*	16% tot 20%	Aandachtspunt, maar geen verbeterpunt meer (voldoende noch onvoldoende voortgang)
3.	20% of meer	Nog steeds een verbeterpunt (onvoldoende / achterblijvende voortgang)
* Deze verbeterpunten gelden wel nog steeds voor de kleine groep msb's die achter de percentages bij de categorieën 1 en 2 schuil gaat.		

We maken nog twee opmerkingen bij de weergave van de onderzoeksresultaten.

Ten eerste beschrijven we de voortgang op de verbeterpunten vaak aan de hand van percentages of procentpunten. De percentages of procentpunten worden afgerond op hele getallen. In onderstaand tekstkader staat een korte uitleg over deze termen.

Ten tweede hebben we in dit rapport de figuren en tabellen vaak voor twee jaartallen weergegeven: 2023 en 2025. De resultaten over 2023 hebben betrekking op het eerste deelonderzoek en de resultaten over 2025 hebben betrekking op het huidige deelonderzoek. Wanneer figuren alleen de resultaten over 2025 laten zien, betekent dit dat het hier gaat om een nieuwe vraag die niet was opgenomen in het eerste deelonderzoek.

Toelichting percentage, procenten en procentpunten
Met een percentage of procent wordt een deel van het geheel beschreven. Een voorbeeld: 6 van de 60 ziekenhuizen is gelijk aan 10 procent. Het percentage is dus 10%.

Met een procentpunt wordt het absolute verschil tussen percentages beschreven. Een voorbeeld: het verschil tussen het percentage 60% en het percentage 40% is 20 procentpunt.

In Bijlage 2 is een nadere toelichting op de onderzoeksmethodiek opgenomen.

Disclaimer

We zijn genoodzaakt een voorbehoud te plaatsen bij de onderzoeksuitkomsten en de daarop gebaseerde conclusies. Dit voorbehoud heeft met name betrekking op de onderzoeksuitkomsten van het kwalitatieve deel van ons onderzoek. De voortgang op de onderzoeksthema's is gebaseerd op de input van de ziekenhuizen en msb's. Enerzijds zijn zij als direct betrokkenen het beste in staat om de voortgang op de onderzoeksthema's te beoordelen. Anderzijds schuilt daarin ook een risico: er is geen sprake van (volledige) onafhankelijkheid ten aanzien van de uitkomsten van dit onderzoek. Met name de msb's, maar tot op zekere hoogte ook de ziekenhuizen, hebben belang bij die uitkomsten. Dat kan resulteren in sociaal wenselijke en/of strategische antwoorden. Hierdoor is mogelijk sprake van een vertekening van de onderzoeksresultaten. Het hierboven genoemde belang van de msb's, vloeit vooral voort uit het gegeven dat de uitkomsten van deze monitor door de minister van VWS mogelijk zullen worden betrokken bij de politieke besluitvorming over het al dan niet treffen van maatregelen om vrijgevestigde medisch specialisten in loondienst van de ziekenhuizen te brengen. Om het risico op de hierboven geschetste sociaal wenselijke en/of strategische antwoorden te beperken, hebben we er bewust voor gekozen om het ziekenhuis- en msb-perspectief op de voortgang van de onderzoeksthema's afzonderlijk van elkaar uit te vragen.

Een tweede risico op vertekening van de onderzoeksresultaten houdt verband met een oproep van de FMS aan haar achterban. De FMS heeft de msb's opgeroepen om de enquêtes juist niet afzonderlijk, maar samen met het ziekenhuis in te vullen, *"… zowel ten behoeve van de consistentie van de antwoorden, maar ook als aanleiding om (nogmaals) het gesprek over gelijkgerichtheid te voeren*", aldus de FMS. We hebben niet kunnen vaststellen hoe de groot de impact van de oproep van de FMS op de uiteindelijke onderzoeksresultaten is geweest. Daarnaast weten we niet zeker of msb's en ziekenhuizen de enquêtes ook zonder deze oproep gezamenlijk zouden hebben ingevuld. Hoe dan ook staat het gezamenlijk invullen van de enquêtes haaks op dit onderdeel van de onderzoeksmethodiek. Het gezamenlijk invullen heeft een belemmerend effect op het belangrijkste doel van ons onderzoek, namelijk een zo objectief mogelijk inzicht verkrijgen in de voortgang op de hierboven genoemde onderzoeksthema's.

3 Resultaten: bestuurbaarheid van ziekenhuizen

3.1 Verbeterpunt 1: stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast

Conclusie verbeterpunt 1: de meeste ziekenhuizen en msb's hebben inmiddels een gezamenlijke (meerjaren)strategie
Verbeterpunt 1 geldt nu nog voor 10% van de msb's en ziekenhuizen. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 30% van de msb's en ziekenhuizen. De resultaten laten zien dat vrijwel alle ziekenhuizen en msb's inmiddels een gezamenlijke (meerjaren)strategie hebben. De msb's zijn vaak direct of indirect ook betrokken bij het opstellen van het zorgportfolio, het jaarplan en de capaciteitsbegroting. De onderzoeksresultaten bieden voldoende vertrouwen om ervan uit te gaan dat ook de laatste msb's en ziekenhuizen waarop dit verbeterpunt betrekking heeft op korte termijn een gezamenlijke (meerjaren)strategie zullen vaststellen.

Inleiding
In deze paragraaf beschrijven we de mate waarin ziekenhuizen en msb's samenwerken bij het opstellen van een (meerjaren)strategie, zorgportfolio, jaarplan en (meerjarige) capaciteitsplanning. We beschrijven ook welke voortgang msb's en ziekenhuizen op dit verbeterpunt hebben geboekt ten opzichte van de uitkomsten van het eerste deelonderzoek.

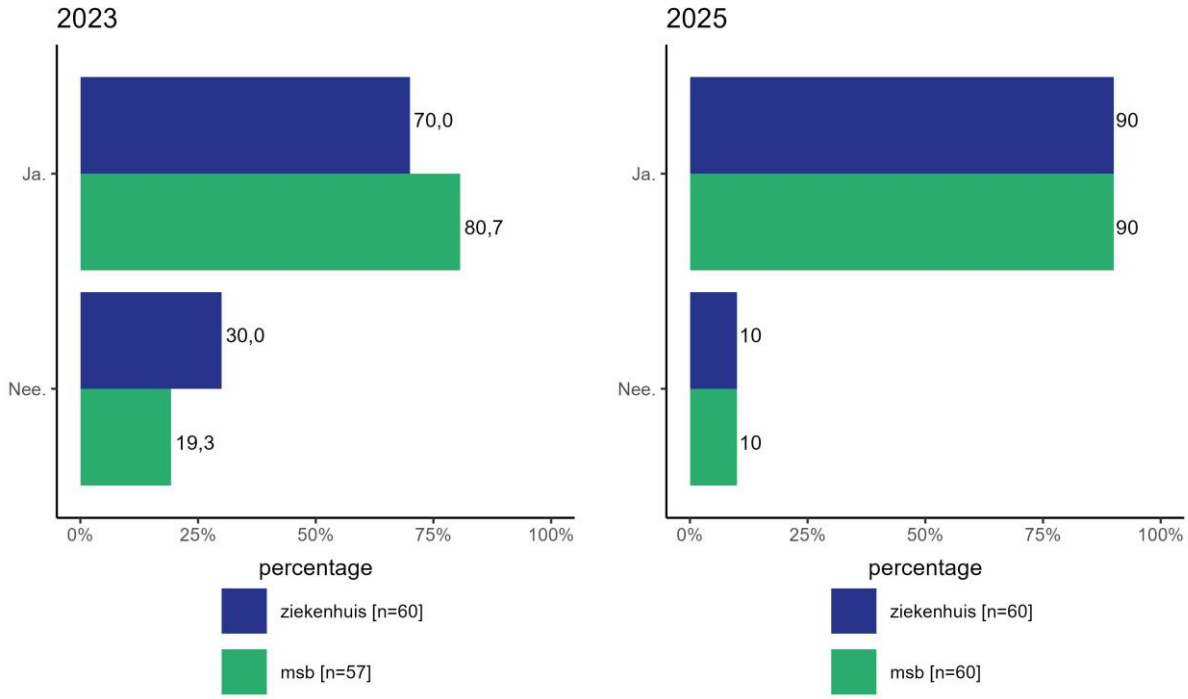
Gezamenlijke (meerjaren)strategie
De enquêteresultaten laten zien dat de overgrote meerderheid (90%) van de ziekenhuizen en msb's een gezamenlijke (meerjaren)strategie hebben (zie Figuur 1). Dat betekent dat het aantal ziekenhuizen en msb's zonder zo'n gezamenlijke strategie op basis van de ziekenhuisresultaten is gedaald van 30% naar 10%, en op basis van de msb-resultaten van 19% naar 10%.

Voor de resterende 10% van de msb's en ziekenhuizen die ook in 2025 (nog) geen gezamenlijke strategie hebben opgesteld, blijkt dat vier van de zes ziekenhuizen en één van de zes msb's bezig zijn met het opstellen van een gezamenlijke strategie. Uit de toelichtingen van de overige twee ziekenhuizen en vier msb's blijkt dat er wel sprake is van onderlinge afstemming of (indirecte) betrokkenheid van het msb bij het opstellen van de ziekenhuisstrategie. Daarbij geven twee ziekenhuizen en twee msb's ook aan dat het msb een eigen strategie opstelt. Eén msb benoemt dat het ziekenhuis het msb niet erkent als gesprekspartner.

Uit de interviews van de ziekenhuizen en msb's blijkt vaak dat de strategie wordt opgesteld met één of meerdere gremia die alle medisch specialisten vertegenwoordigen, zoals het msb samen met de vereniging medische staf (VMS) en/of de vereniging medisch specialisten in dienstverband (VMSD). De samenwerking met een brede vertegenwoordiging van medisch specialisten in een VMS kan een

bewuste keuze vanuit ziekenhuisbesturen zijn om de inhoudelijke vraagstukken te scheiden van de financiële belangen van het msb. Bovendien wordt in enkele interviews onderkend dat de betrokkenheid van medisch specialisten van belang is voor het uitvoeren van de strategie, met name als de strategische keuzes direct het werk van medisch specialisten raken.

Figuur 1: Percentage ziekenhuizen en msb's met en zonder een gezamenlijke (meerjaren)strategie



Bron: Enquête NZa

Gezamenlijk zorgportfolio

Uit de enquête blijkt dat 92% van de ziekenhuizen en msb's in gezamenlijkheid het zorgportfolio van het ziekenhuis heeft vastgesteld. Dit zorgportfolio is vrijwel altijd in de gezamenlijke strategie opgenomen en omvat lange termijn afspraken.

Uit de enquête toelichtingen van de msb's en ziekenhuizen die niet in gezamenlijkheid een zorgportfolio hebben vastgesteld, blijkt vaak dat het msb wel (indirect) betrokken wordt bij het vaststellen van het zorgportfolio. Tot slot geeft één msb aan dat zowel het ziekenhuis als het msb de intentie had om een gezamenlijk zorgportfolio vast te stellen, maar dat zij niet tot overeenstemming konden komen.

Gezamenlijk jaarplan

62% van de ziekenhuizen en 57% van de msb's stellen in de enquête dat het jaarplan gezamenlijk is vastgesteld. De meeste ziekenhuizen en msb's die niet in gezamenlijkheid een jaarplan vaststellen, lichten toe dat het msb zich grotendeels of geheel conformeert aan het jaarplan van het ziekenhuis. Meerdere keren wordt daarbij benoemd dat het msb wel wordt betrokken in het vaststellingsproces van het jaarplan, maar op indirecte wijze door bijvoorbeeld af te stemmen met een overkoepelend gremium. In enkele gevallen wordt toegelicht dat het jaarplan voortvloeit uit de gezamenlijke strategie. Tot slot

antwoorden zeven ziekenhuizen en twee msb's dat een gezamenlijk proces voor een gezamenlijk jaarplan nog in ontwikkeling is.

Gezamenlijke (meerjarige) capaciteitsplanning

Twee derde van de ziekenhuizen (67%) en driekwart van de msb's (75%) antwoorden in de enquête dat ze een gezamenlijke (meerjarige) capaciteitsplanning hebben.

Het merendeel van de ziekenhuizen en msb's die geen gezamenlijke (meerjarige) capaciteitsplanning hebben, benoemt dat de capaciteitsplanning in ontwikkeling is of dat ze van plan zijn dit op termijn te ontwikkelen, met wisselende mate van prioriteit. Daarnaast geeft een aanzienlijk aantal ziekenhuizen en msb's aan wel een gezamenlijke capaciteitsplanning te hebben, maar zonder meerjarenperspectief.

3.2 Verbeterpunt 2: maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang

Conclusie verbeterpunt 2: volgens de ziekenhuizen dient een grote meerderheid van de msb's niet enkel het eigen belang, maar ook het overkoepelende ziekenhuisbelang en maatschappelijk belang

Verbeterpunt 2 geldt nu nog voor 15% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 35% van de msb's. Deze percentages hebben zowel betrekking op het dienen van het overkoepelende ziekenhuisbelang als het dienen van het maatschappelijke belang. Ondanks de hoge mate van gelijkgerichtheid wordt wel enkele keren door ziekenhuizen genoemd dat het ingewikkeld kan worden om strategische beslissingen te nemen of uit te voeren als zo'n beslissing (negatieve) financiële impact heeft op individuele vakgroepen.

Inleiding

In deze paragraaf gaan we dieper in op de belangen van ziekenhuizen en msb's. We kijken in hoeverre de bestuurlijke en beleidsmatige belangen van msb's gelijkgericht zijn aan die van ziekenhuizen. Verder kijken we naar de mate waarin het msb in staat is om het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen. Ook beschrijven we in welke mate de ziekenhuizen en msb's in staat zijn het maatschappelijke belang te dienen. Ten slotte geven we aan in welke mate op dit verbeterpunt voortgang is geboekt ten opzichte van de uitkomsten van het eerste deelonderzoek.

Gelijkgerichtheid tussen msb's en ziekenhuizen m.b.t. bestuurlijke en beleidsmatige belangen

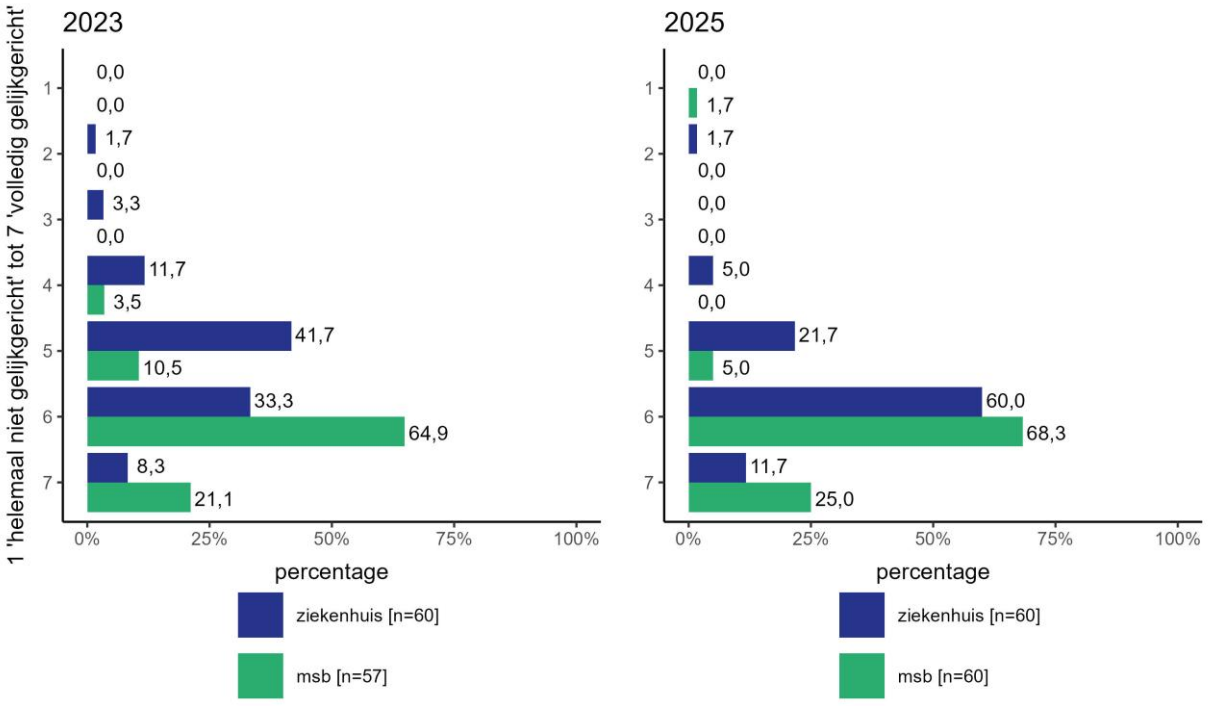
Uit de enquête blijkt dat ziekenhuizen en msb's de mate van gelijkgerichtheid op het gebied van bestuurlijke en beleidsmatige belangen hoog scoren (zie Figuur 2). Veruit de meeste ziekenhuizen (93%) en nagenoeg alle msb's (98%) scoren de gelijkgerichtheid met een 5 of hoger op een 7-puntsantwoordschaal van 'helemaal niet gelijkgericht' tot 'volledig gelijkgericht'. Slechts enkele ziekenhuizen (7%) en één msb (2%) geven de gelijkgerichtheid een 4 of lager.

We zien dat er ten opzichte van het eerste deelonderzoek sprake is van een daling van het aantal scores met een 4 of lager. Het percentage voor de scores 4 of lager is bij de ziekenhuizen gedaald van 17% naar 7%. Alhoewel bij de msb's sprake was van een zeer laag percentage voor de scores 4 of lager, zien we ook daar een daling.

Bovendien laat Figuur 2 zien dat met name de ziekenhuizen de gelijkgerichtheid (nog) hoger scoren in 2025 in vergelijking tot het eerste deelonderzoek. De gemiddelde ziekenhuisscore voor de gelijkgerichtheid is toegenomen van 5,3 naar 5,7. Bij de msb's is de gemiddelde score ongeveer gelijk gebleven. De gemiddelde msb-score was 6,0 en is nu 6,1. Net zoals bij het eerste deelonderzoek, scoren de msb's de gelijkgerichtheid op het gebied van de bestuurlijke en beleidsmatige belangen opnieuw gemiddeld hoger dan de ziekenhuizen.

Toelichting op scores
We hebben de ziekenhuizen en msb's ook gevraagd om hun scores voor de mate van gelijkgerichtheid op het gebied van bestuurlijke en beleidsmatige belangen toe te lichten. Er wordt veelvuldig, vanuit beide perspectieven, in algemene zin gesproken over gedeelde belangen en constructieve samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's. Uit de antwoorden komt naar voren dat de samenwerking op bestuurlijk niveau vaak structureel is ingebed in de governance, bijvoorbeeld via een co-bestuur of bestuursraad. Uit enkele toelichtingen blijkt dat er ook sprake is van gelijkgerichtheid bij het nemen van financiële besluiten. Overigens wordt wederzijdse openheid vanuit beide perspectieven meerdere keren genoemd.

Figuur 2: Mate van gelijkgerichtheid m.b.t. bestuurlijke en beleidsmatige belangen tussen ziekenhuizen en msb's



Bron: Enquête NZa

Verder rapporteren ziekenhuizen mogelijkheden om de gelijkgerichtheid te vergroten. Verbeterpunten omvatten het gelijkstellen van de financiële belangen, voornamelijk gerelateerd aan het honorarium en de verdeelsystematieken. Tegelijkertijd wordt in diverse toelichtingen de kanttekening geplaatst dat er nooit sprake zal zijn van volledige gelijkgerichtheid, vanwege het feit dat het ziekenhuis en het msb twee afzonderlijke entiteiten zijn.

Samenwerken vanuit overkoepelend ziekenhuisbelang

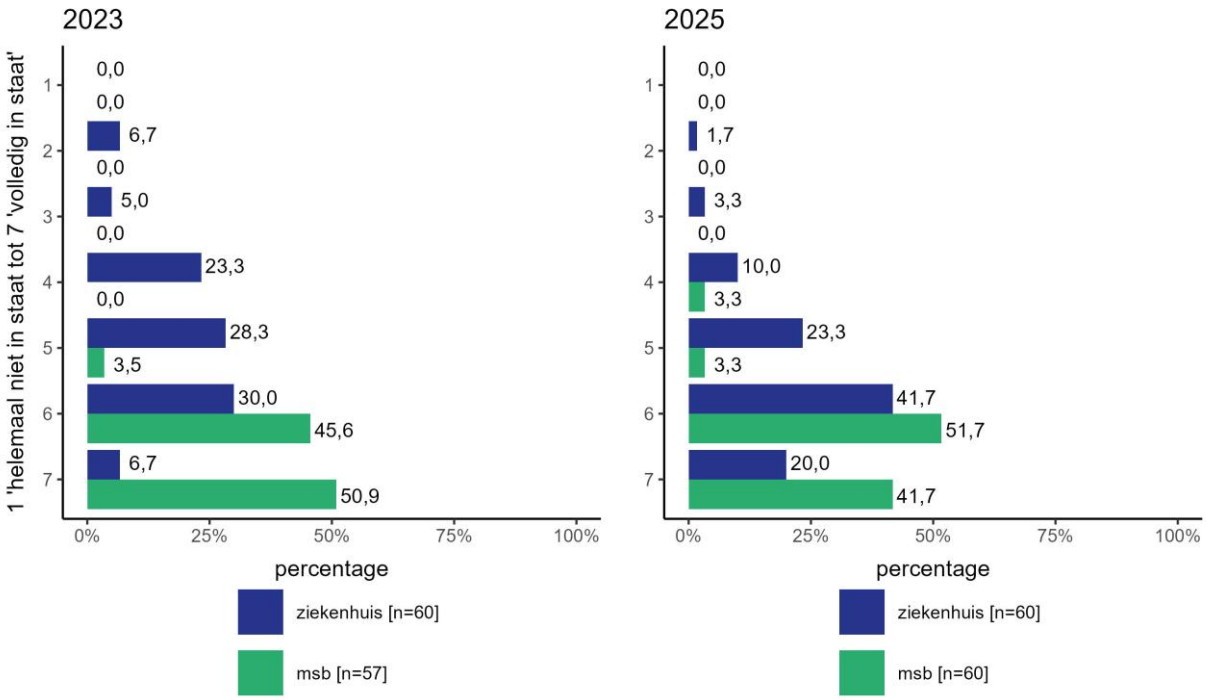
Ook hier zien we dat zowel ziekenhuizen als msb's gemiddeld een hoge score geven aan de mate waarin het msb in staat is het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen. De gemiddelde ziekenhuisscore is 5,6 en de gemiddelde msb-score is 6,3, op een 7-puntsantwoordschaal van 'helemaal niet in staat' tot 'volledig in staat'. De msb's geven het eigen vermogen om het ziekenhuisbelang te dienen een hogere score dan de ziekenhuizen (zie ook Figuur 3). Voor een deel van de ziekenhuizen (15%) geldt dat zij het handelen van de msb's vanuit het overkoepelende ziekenhuisbelang met een 4 of lager beoordelen; de score 4 komt bij deze ziekenhuizen het meest voor.

Zowel in het eerste deelonderzoek als in het huidige deelonderzoek geven msb's zichzelf een hoge score als het gaat om het vermogen om het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen. Wel zien we een lichte verschuiving van de groep msb's met een score 7 naar een score 6. Bij de ziekenhuizen worden er echter grotere verschuivingen waargenomen. Ziekenhuizen geven ditmaal hogere scores aan de mate waarin het msb in staat is om het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen. Het percentage ziekenhuizen met een 4 of lager is van 35% naar 15% gedaald ten opzichte van de resultaten uit het eerste deelonderzoek. Ook in de stijging van de gemiddelde score van 4,9 naar 5,6 is terug te zien dat ziekenhuizen de mate waarin het msb in staat is het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen hoger scoren.

Toelichting op scores

Ziekenhuizen en msb's hebben hun scores voor de mate waarin het msb in staat is het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen ook toegelicht. Ziekenhuizen noemen vaak dat de msb's handelen in het belang van het ziekenhuis. Msb's noemen vaak dat het belang van het ziekenhuis leidend is of dat er sprake is van een gedeeld belang. Zij wijzen op een algemeen gedeeld belang ten aanzien van de continuïteit, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook wijzen zij op het 'mee-ademeffect': "gaat het goed met het ziekenhuis, dan gaat het ook goed met msb". Het msb ademt dus als het ware mee met het ziekenhuis. Dit beeld wordt bevestigd in de interviews met de msb's. De geïnterviewde msb's refereren aan het directe (financiële) belang bij een goed functionerend ziekenhuis, bij de realisatie van de strategie of doelstellingen van het ziekenhuis of refereren aan het gedeelde belang om de zorg te verbeteren.

Figuur 3: Het vermogen van msb's om overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen



Bron: Enquête NZa

Verder blijkt uit de enquêtetoelichtingen van de ziekenhuizen dat msb's bijdragen aan ziekenhuisbrede thema's. De msb's maken deze bijdrage concreet in hun toelichtingen en noemen verschillende voorbeelden. Voorbeelden zijn de betrokkenheid van het msb bij het ontwikkelen van de strategie, bij capaciteitsvraagstukken, bij het opstellen van de ziekenhuisbegroting, of de bijdrage van het msb aan het realiseren van passende zorg of projecten gericht op zorgtransformatie. Enkele msb's refereren aan de samenwerking op het financiële vlak.

In aanvulling op deze resultaten noemen enkele ziekenhuizen die we hebben geïnterviewd dat er sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen het ziekenhuis en msb. Deze gedeelde verantwoordelijkheid zorgt er volgens de ziekenhuizen voor dat de msb's handelen in overeenstemming met het ziekenhuisbelang. Enkele keren wordt in de interviews genoemd dat specifieke financiële afspraken of KPI's helpen om de belangen, bijvoorbeeld ten aanzien van transformatie, op elkaar af te stemmen.

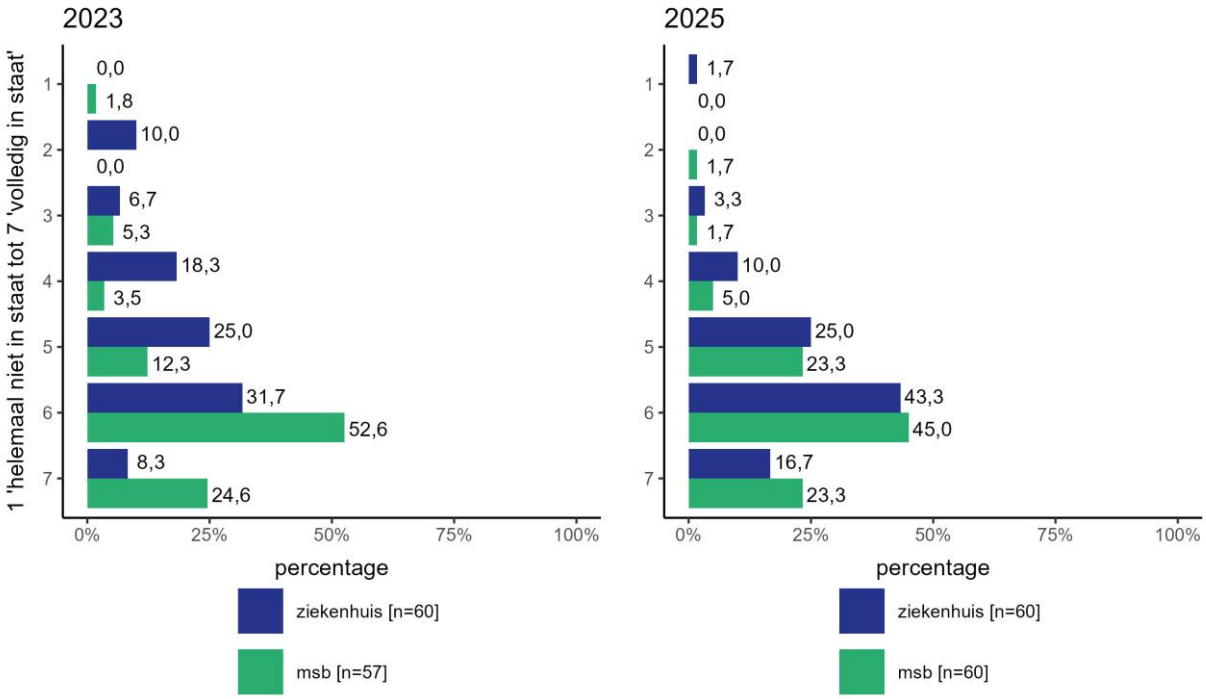
Tegelijkertijd bevatten de enquêtetoelichtingen ook aandachtspunten. Zo spreken enkele msb's over onoverbrugbare visies of het prefereren van het vakgroepbelang boven het ziekenhuisbelang. De focus op het eigen belang, hetzij het belang van een vakgroep of het belang van het msb, is in enkele ziekenhuisinterviews ook genoemd als complicerende factor in (strategische) vraagstukken die financieel impact hebben op het msb of individuele vakgroepen. Voorbeelden zijn vraagstukken rondom regionale herverdeling, verschuiving van zorg tussen specialismen of krimp van vakgroepen. Maar ondanks de (financiële) spanningen, benadrukken de geïnterviewde ziekenhuizen en msb's vooral de goede onderlinge afstemming en gezamenlijkheid.

Samenwerken vanuit maatschappelijk belang

Ziekenhuizen en msb's hebben - net als in het eerste deelonderzoek - opnieuw de vraag voorgelegd gekregen in welke mate zij de ander in staat achten om het maatschappelijke belang te dienen (zie Figuur 4). Gemiddeld geven zowel de ziekenhuizen als de msb's hoge scores op deze vraag, op een 7-puntsantwoordschaal van 'helemaal niet in staat' tot 'volledig in staat': de gemiddelde score die de ziekenhuizen aan de msb's geven is 5,5 en de gemiddelde score die de msb's aan ziekenhuizen geven is 5,8. Wanneer we kijken naar de lage scores, zien we dat 15% van de ziekenhuizen een 4 of lager geeft. Bij de msb's is dit percentage lager, namelijk 8%.

Ten opzichte van het eerste deelonderzoek geven ziekenhuizen nu hogere scores aan de msb's. Het aantal ziekenhuisscores met een 4 of lager is meer dan gehalveerd, van 35% tot 15%. We zien dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden naar de scores 6 en 7. De gemiddelde score is daarmee ook toegenomen van 4,9 naar 5,5. Bij de msb's is het beeld van de resultaten, op de verschuiving van de score 6 naar de score 5 na, ongeveer gelijk gebleven. Dit geldt ook voor de gemiddelde score (score 5,8).

Figuur 4: Het vermogen van msb's om maatschappelijke belang te dienen volgens ziekenhuizen en het vermogen van ziekenhuizen om maatschappelijk belang te dienen volgens msb's



Bron: Enquête NZa

Toelichting op scores

In de toelichtingen refereren zowel ziekenhuizen als msb's aan de onderlinge samenwerking om het maatschappelijke belang te dienen. Dit plaatsen ze vaak in de context van passende zorg en de regionale samenwerkingen. Daarnaast benadrukken ziekenhuizen en msb's de actieve bijdrage van msb's aan (maatschappelijke) vraagstukken. In sommige gevallen wordt benoemd dat het ziekenhuis sturend is ten aanzien van het maatschappelijke belang en dat het msb inhoudelijk bijdraagt.

Tot slot komen vanuit beide partijen ook enkele knelpunten naar voren gerelateerd aan het dienen van het maatschappelijke belang. Voorbeelden zijn de huidige financieringsstructuur, de eigen financiële belangen van zowel ziekenhuizen als msb's of ontoereikende financiële middelen of capaciteit.

3.3 Verbeterpunt 3: versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden

Conclusie verbeterpunt 3: een grote meerderheid van de msb's heeft een professioneel bestuur en beschikt over voldoende mandaat
Verbeterpunt 3 geldt voor 15% van de msb's. Het mandaat van het msb-bestuur is volgens de meeste ziekenhuizen geen aandachtspunt. Wel valt op dat er een spanningsveld lijkt te bestaan tussen enerzijds de behoefte van het msb om voor voorgenomen bestuurlijke beslissingen eerst draagvlak onder haar vakgroepen te verwerven en anderzijds de behoefte van het ziekenhuis aan efficiënte besluitvorming. Daarnaast zijn de meeste ziekenhuizen en msb's positief over elkaars bestuurlijke kwaliteiten. Wel zien ziekenhuizen en msb's vaak nog verbeterruimte bij elkaar op het gebied van leiderschap en bestuurlijke sensitiviteit.

Inleiding

In deze paragraaf beschrijven we de resultaten met betrekking tot de professionaliteit van het msb-bestuur in relatie tot de bestuurlijke besluitvorming binnen de ziekenhuizen. Eerst worden de resultaten over het mandaat beschreven. Daarna volgen de resultaten over de bestuurlijke kwaliteiten van zowel het msb-bestuur als ziekenhuisbestuur. Ten slotte geven we aan in welke mate op dit verbeterpunt voortgang is geboekt ten opzichte van de uitkomsten van het eerste deelonderzoek.

Mandaat msb-bestuur

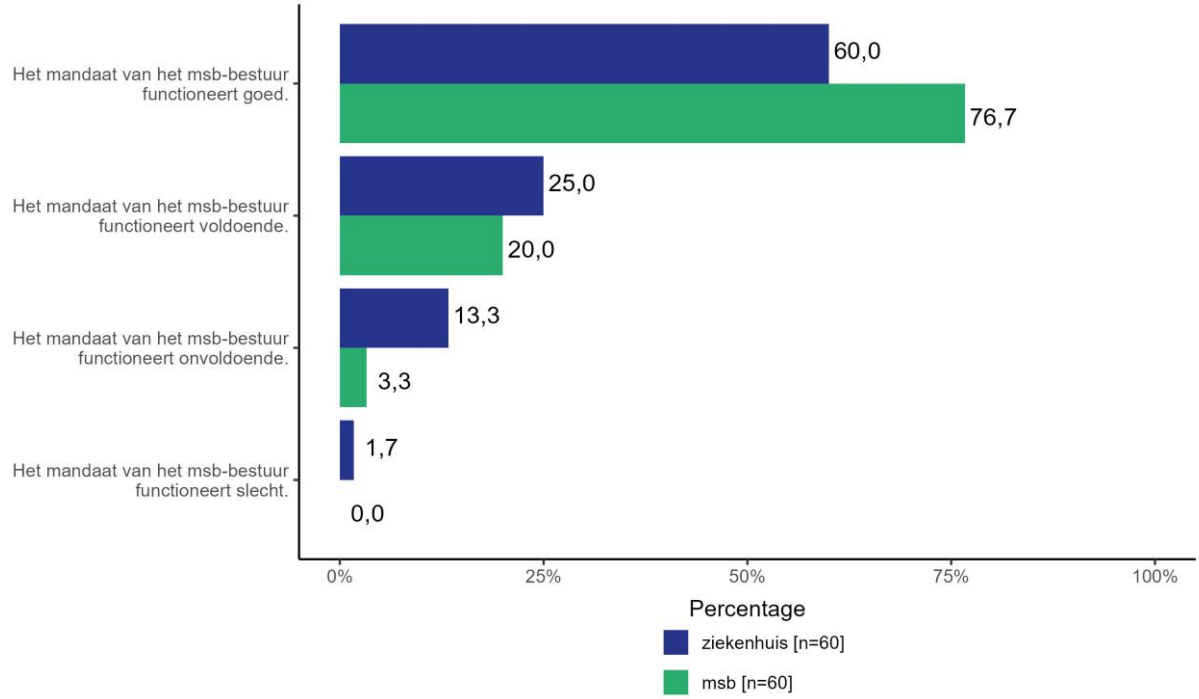
Vrijwel alle msb's (97%) en de overgrote meerderheid van de ziekenhuizen (85%) beoordelen het (eigen) mandaat van het msb-bestuur om bindende afspraken met het ziekenhuisbestuur te maken als voldoende of goed (zie Figuur 5). Meer ziekenhuizen (15%) dan msb's (3%) duiden het mandaat van het msb-bestuur als onvoldoende of slecht. Omdat de bijbehorende vraag bij dit onderwerp geen onderdeel was van het eerste deelonderzoek, is een vergelijking over de jaren niet mogelijk.

Toelichtingen op verdere versteviging mandaat msb-bestuur
Uit de toelichtingen van een groot aantal ziekenhuizen en msb's blijkt dat een verdere versteviging van het mandaat van het msb-bestuur niet nodig is. In de overige toelichtingen worden echter meerdere verbeterpunten genoemd.

Een van de verbeterpunten heeft betrekking op de interne afstemming binnen het msb. Ziekenhuizen merken meerdere malen op dat het raadplegen van de achterban voorafgaand aan besluiten kan leiden tot vertraging en een beroep doet op het leiderschap van het msb-bestuur. De msb's zijn het eens dat de afstemming met de achterban veel communicatie vergt, maar ervaren dit niet als belemmering. Zij noemen wel in algemene zin dat er verbetering kan plaatsvinden in de onderlinge afstemming en communicatie tussen het msb-bestuur en de leden. Er zijn ook verbeterpunten genoemd die betrekking hebben op het mandaat van het msb-bestuur. In enkele gevallen hebben deze verbeterpunten specifiek betrekking op het vastleggen en beschrijven van het mandaat of het verstevigen van het mandaat.

Alhoewel het laatstgenoemde ook voorkomt in de antwoorden van de msb's, geven enkele msb's aan dat extra versteviging van het mandaat ten koste gaat van de inbreng en betrokkenheid van de leden. Die betrokkenheid vinden de msb's van groot belang om tot besluitvorming te komen. Dit wordt ook bevestigd in de interviews.

Figuur 5: Functioneren mandaat van het msb-bestuur



Bron: Enquête NZa

Voorbeelden van andere verbeterpunten die een of meerdere keren voorkomen, zijn: de onderlinge afstemming tussen het ziekenhuisbestuur en msb-bestuur, de vertaling van de besluiten naar de feitelijke uitvoering daarvan, de vertaling van het verdienmodel naar de verdeelsystematiek in het kader van de afspraken over passende zorg, of de professionaliteit van het msb-bestuur. Met betrekking tot de professionaliteit van het msb-bestuur gaat het onder andere om de (ongewenste) verdeeldheid en persoonlijke belangen binnen het msb-bestuur of de rol van het msb-bestuur (als belangenbehartiger of medebestuurder van het ziekenhuis).

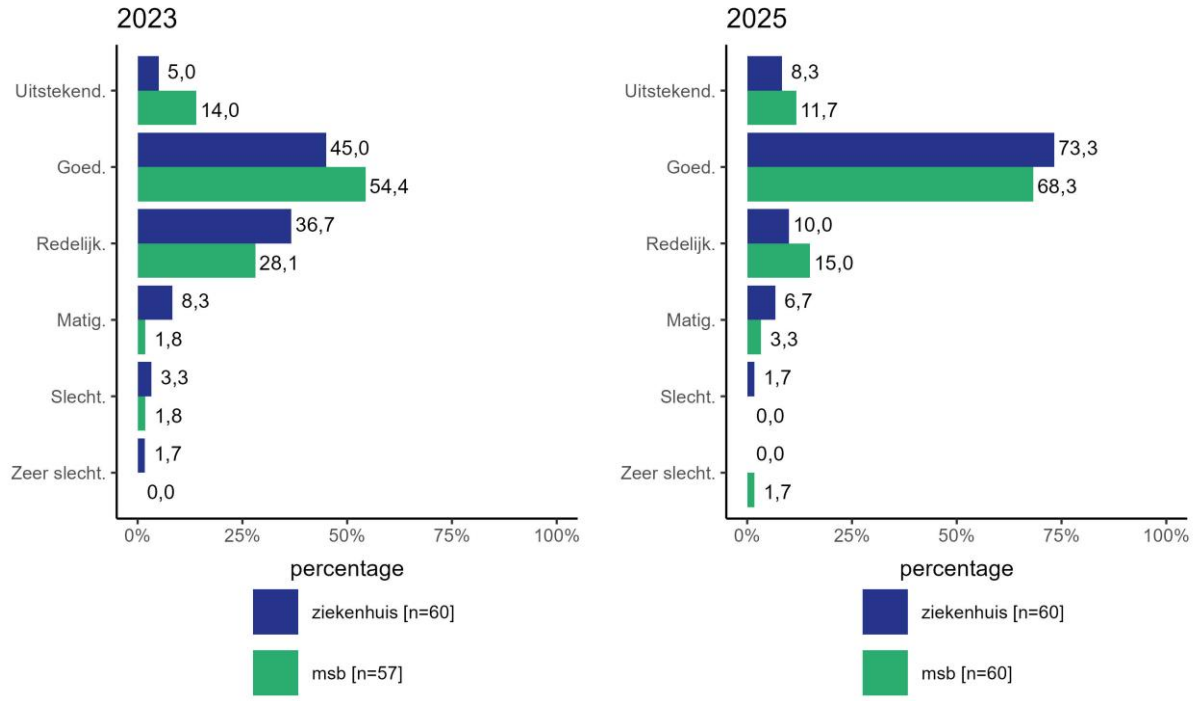
Professionaliteit msb-bestuur

Bestuurlijke kwaliteiten msb-bestuur en ziekenhuisbestuur
De overgrote meerderheid van de ziekenhuizen (82%) vindt de bestuurlijke kwaliteiten van het msb-bestuur goed of uitstekend (zie Figuur 6). Een klein deel van de ziekenhuizen (10%) vindt de bestuurlijke kwaliteiten van de msb's redelijk en een klein deel van de ziekenhuizen (8%) vindt deze matig of slecht.

Bij de msb's zien we een ongeveer gelijk beeld. De overgrote meerderheid van de msb's (80%) beoordeelt de bestuurlijke kwaliteiten van het ziekenhuisbestuur als goed of uitstekend. Een grotere groep msb's (15%), dan bij de ziekenhuizen, vindt de bestuurlijke kwaliteiten redelijk. Enkele msb's (5%) vinden de bestuurlijke kwaliteiten van ziekenhuisbesturen matig of zeer slecht.

Ten opzichte van het eerste deelonderzoek zien we met name een verschuiving van de ‘redelijke’ beoordelingen naar de ‘goede’ beoordelingen. Vooral bij de ziekenhuizen is sprake van een forse verschuiving. Daar is het ziekenhuispercentage ‘goede’ beoordelingen gestegen van 45% naar 73%.

Figuur 6: Bestuurlijke kwaliteiten ziekenhuizen volgens msb’s en bestuurlijke kwaliteiten msb’s volgens ziekenhuizen



Bron: Enquête NZa

De ziekenhuizen en msb’s hebben in de enquête ook aangegeven op welke punten het msb-bestuur en het ziekenhuisbestuur hun bestuurlijke kwaliteiten kunnen verbeteren. De genoemde verbeterpunten zijn divers van aard. Vaak genoemde verbeterpunten door zowel de ziekenhuizen als msb’s omvatten de leiderschapskwaliteiten of bestuurlijke kwaliteiten en de onderlinge samenwerking tussen het ziekenhuis- en msb-bestuur. De verbeterpunten met betrekking tot leiderschap hebben onder andere betrekking op de besluitvaardigheid, de rol als (co-)bestuurder, het afwegen van verschillende perspectieven of het creëren van draagvlak voor het overkoepelende belang (in plaats van de focus op het eigen vakgroepbelang of msb-belang). Verder noemen vooral de msb’s dat de onderlinge afstemming met het ziekenhuisbestuur beter kan.

Investeringen professionaliteit msb-bestuur

De msb’s hebben in de enquête aangegeven of er geïnvesteerd wordt in de professionaliteit van haar bestuursleden. Met uitzondering van twee msb’s, investeren alle msb’s (97%) in de professionaliteit van het msb-bestuur. Meest genoemd zijn de investeringen in de kennis en vaardigheden van (nieuwe) bestuurders, bijvoorbeeld gericht op leiderschapscompetenties. Tot slot komt uit enkele interviews naar voren dat bestuursleden van het msb de tijd krijgen om hun bestuursfunctie uit te oefenen, waarbij ze dit eerder tussen reguliere werkzaamheden moesten uitvoeren.

3.4 Verbeterpunt 4: verbeter als msb de eigen financiële transparantie

Conclusie verbeterpunt 4: hoewel ten opzichte van het eerste deelonderzoek sprake is van substantiële verbetering, schiet de financiële transparantie van een relatief grote groep msb's nog steeds tekort

Verbeterpunt 4 geldt nog voor 27% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 48% van de msb's. De msb's zijn zelf een stuk positiever over de mate waarin zij financieel transparant zijn in de richting van het ziekenhuis. Er zit dus een duidelijk verschil tussen hoe de ziekenhuizen de financiële transparantie van de msb's ervaren en wat de msb's zelf vinden van de mate waarin zij de ziekenhuizen financiële transparantie bieden. Dat dit verbeterpunt nog steeds actueel is, blijkt uit de volgende zes onderwerpen. De mate waarin msb's op deze zes onderwerpen financiële transparantie bieden aan ziekenhuizen schiet - op het eerste onderwerp (a) na - nog steeds tekort:

a overeenkomsten over medische hulpmiddelen en geneesmiddelen: 2% van de msb's heeft geen toestemmings- of meldplicht aan het ziekenhuis;
b jaarrekeningen: 37% van de ziekenhuizen heeft nog steeds deels of helemaal geen inzicht in de jaarrekeningen van msb's;
c periodieke productiecijfers: 50% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen of slechts gedeeltelijk inzicht in de periodieke productiecijfers van de msb's;
d capaciteitsbegroting: 37% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen of slechts gedeeltelijk inzicht in de capaciteitsbegroting van de msb's;
e interne verdeelsystematiek: 25% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen inzicht in de werking van de interne verdeelsystematiek van het msb;
f bedragen die vakgroepen ontvangen: 73% van de ziekenhuizen weet nog steeds niet welke bedragen vakgroepen ontvangen op basis van de interne verdeelsystematiek van de msb's.

De percentages die bij de bovenstaande financiële deelonderwerpen horen, met uitzondering van onderwerpen (a) en (e), zijn aanzienlijk hoger dan het percentage (27%) waarop dit verbeterpunt betrekking heeft. We hebben niet onderzocht waardoor deze verschillen kunnen worden verklaard. We hebben ook niet onderzocht waarom volgens meer dan een kwart van de ziekenhuizen de financiële transparantie van msb's nog steeds tekortschiet. Hoewel de achterliggende oorzaak onbekend is, blijft het een uitkomst die zorgelijk is. Met name omdat het hier gaat om een relatief eenvoudig te realiseren verbeteractie.

Inleiding

In deze paragraaf gaan we in op de financiële transparantie die msb's bieden aan de ziekenhuizen. Dat doen we aan de hand van de volgende onderdelen: de overeenkomsten over medische hulpmiddelen en geneesmiddelen, de jaarrekening, de periodieke financiële rapportages, de capaciteitsbegroting, de interne verdeelsystematiek en de financiële transparantie in het algemeen. We beschrijven ook in welke mate msb's voortgang hebben geboekt op dit verbeterpunt ten opzichte van de uitkomsten van het eerste deelonderzoek.

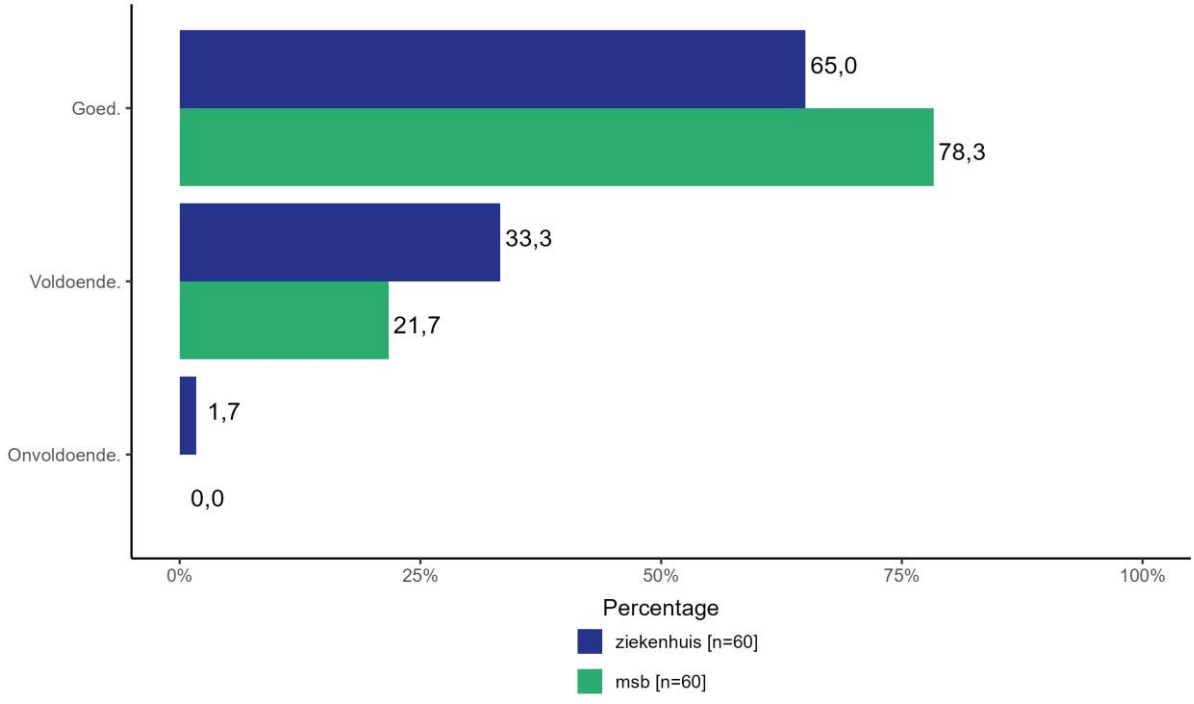
Overeenkomsten over medische hulpmiddelen en geneesmiddelen

Toestemmings- en meldplicht vrijgevestigde medisch specialisten
De ziekenhuizen en msb's hebben in de enquête aangegeven of de vrijgevestigde medisch specialisten een toestemmingsplicht dan wel een meldplicht hebben bij het aangaan van overeenkomsten met de leveranciers van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen. Het gaat in dit verband om overeenkomsten die tot gevolg hebben dat betalingen plaatsvinden aan vrijgevestigde medisch specialisten of aan rechtspersonen waarin deze medisch specialisten een belang hebben.

Volgens bijna alle ziekenhuizen (97%) en msb's (98%) hebben vrijgevestigde medisch specialisten een toestemmingsplicht. Eén ziekenhuis en één msb hebben geen toestemmingsplicht afgesproken, maar wel een meldplicht. Slechts één ziekenhuis heeft zowel geen toestemmingsplicht als meldplicht vastgelegd. Verder zijn de toestemmingsplicht en meldplicht vaak vastgelegd in de samenwerkings- en/of de ledenovereenkomsten. Omdat dit onderdeel geen deel uitmaakte van het eerste deelonderzoek, is een vergelijking over de jaren niet mogelijk.

Mate van inzicht in overeenkomsten
Met uitzondering van één ziekenhuis, beoordelen alle ziekenhuizen en msb's het inzicht van het ziekenhuis in de overeenkomsten tussen vrijgevestigde medisch specialisten en leveranciers van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen als voldoende of goed (zie Figuur 7). De msb's geven hogere beoordelingen dan de ziekenhuizen.

Figuur 7: Inzicht van ziekenhuizen in overeenkomsten die vrijgevestigde medische specialisten sluiten met leveranciers van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen



Bron: Enquête NZa

Uit de toelichtingen op de beoordelingen 'voldoende' of 'goed' inzicht in de overeenkomsten tussen vrijgevestigde medisch specialisten en leveranciers van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen blijkt vaak dat (jaarlijks) monitoring plaatsvindt om inzicht te krijgen in die overeenkomsten. Een aantal

msb's noemt dat de monitoring betrekking heeft op alle nevenactiviteiten, inclusief gunstbetoon. Ziekenhuizen en msb's verwijzen overigens veelvuldig naar de meldplicht, toestemmingsplicht of andere protocollen, regelingen of overeenkomsten waarin mogelijk afspraken staan over het delen van informatie. Incidenteel wordt aangegeven dat indien gewenst informatie op afroep opgevraagd kan worden.

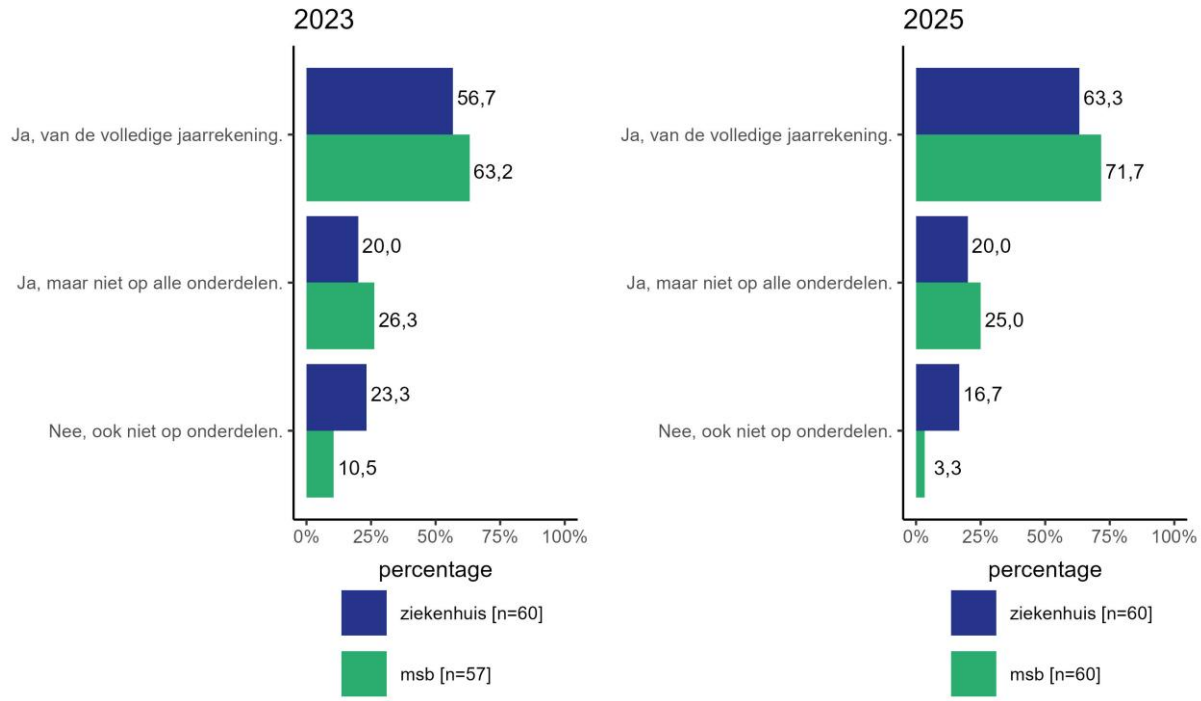
In enkele gevallen geeft een ziekenhuis aan beperkt inzicht te hebben in individuele initiatieven of dat niet volledig bekend is welke activiteiten buiten het directe zicht van het ziekenhuis plaatsvinden. Eén ziekenhuis en enkele msb's noemen dat er geen afspraken zijn gemaakt met betrekking tot transparantie. Omdat dit onderdeel geen deel uitmaakte van het eerste deelonderzoek, is een vergelijking over de jaren niet mogelijk.

Jaarrekening

De meerderheid van de ziekenhuizen (63%) en msb's (72%) geeft aan dat het ziekenhuis volledig kennis kan nemen van de jaarrekening van het msb (zie Figuur 8). Volgens een vijfde van de ziekenhuizen (20%) en een kwart van de msb's (25%) kan het ziekenhuis deels kennis nemen van de jaarrekening van het msb. Er is een verschil in antwoorden tussen de ziekenhuizen en msb's die aangeven dat het ziekenhuis geen inzicht heeft in de jaarrekening van het msb. Bij de ziekenhuizen is dit percentage 17% en bij de msb's 3%.

In vergelijking met het eerste deelonderzoek zien we zowel bij de ziekenhuizen als msb's een (kleine) verschuiving van de groep ziekenhuizen zonder inzicht in de jaarrekening naar de groep ziekenhuizen met volledig inzicht in de jaarrekening. Op deze verschuiving na, is het beeld van de resultaten ongeveer gelijk gebleven.

Figuur 8: Inzicht van ziekenhuizen in jaarrekening van msb's



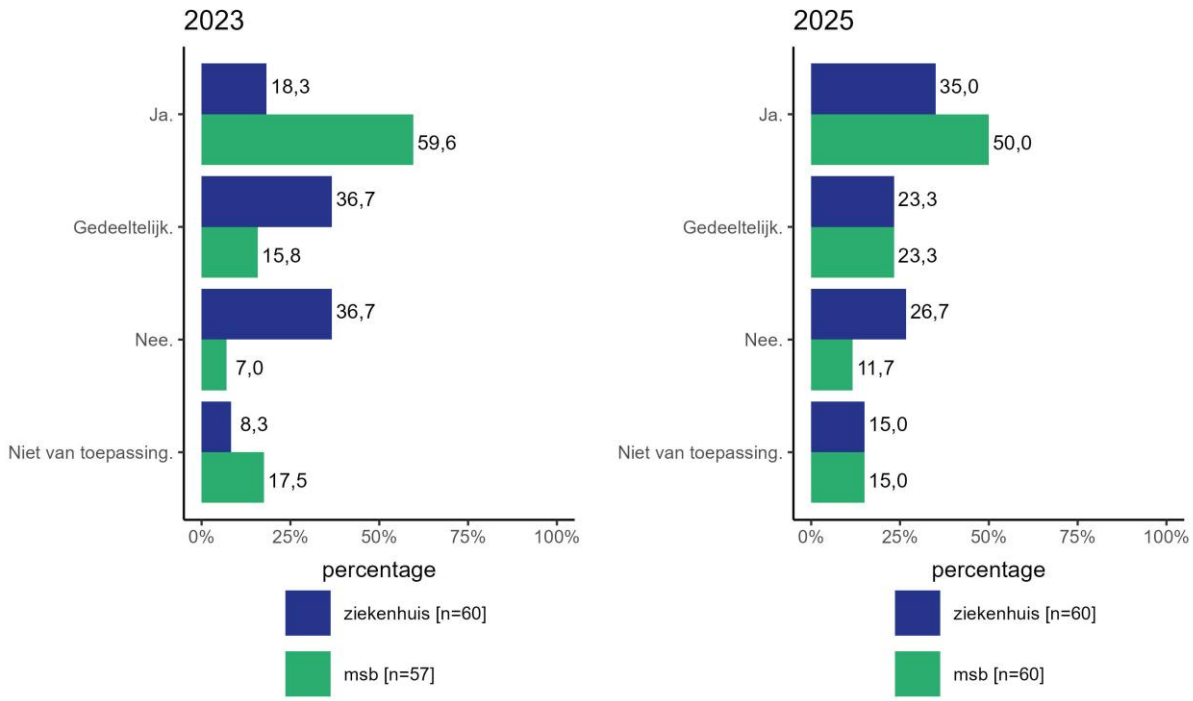
Bron: Enquête NZa

Periodieke financiële rapportages

Figuur 9 laat zien dat ruim een derde van de ziekenhuizen (35%) inzage heeft in de periodieke financiële rapportages van het msb, terwijl dit bij de msb's de helft is (50%). Ongeveer een kwart van de ziekenhuizen (23%) en msb's (23%) geeft aan dat het ziekenhuis deels inzage heeft in de periodieke financiële rapportages. Verder antwoordt ruim een kwart van de ziekenhuizen (27%) geen inzage te hebben in deze rapportages. Bij de msb's gaat het om een kleiner deel, namelijk 12%. Overigens heeft een aantal ziekenhuizen en msb's gekozen voor de antwoordoptie 'niet van toepassing'.

Ten opzichte van het eerste deelonderzoek zien we met name een toename van het aantal ziekenhuizen dat volledige inzage heeft in de financiële rapportages van het msb en een daling van het aantal ziekenhuizen met deels of geen inzicht. In tegenstelling tot de ziekenhuizen, zien we een daling van het aantal msb's dat aangeeft dat het ziekenhuis volledig inzage heeft in de financiële rapportages en zien we vooral een stijging van het aantal msb's dat aangeeft dat het ziekenhuis deels inzage heeft in de financiële rapportages. In het algemeen hebben meer ziekenhuizen op basis van de enquêteresultaten inzage in de periodieke financiële rapportages van de msb's. Maar tegelijkertijd blijft er een grote groep ziekenhuizen over die deels inzage of geen inzage heeft in de periodieke financiële rapportages van msb's.

Figuur 9: Inzicht van ziekenhuizen in periodieke financiële rapportages van msb's



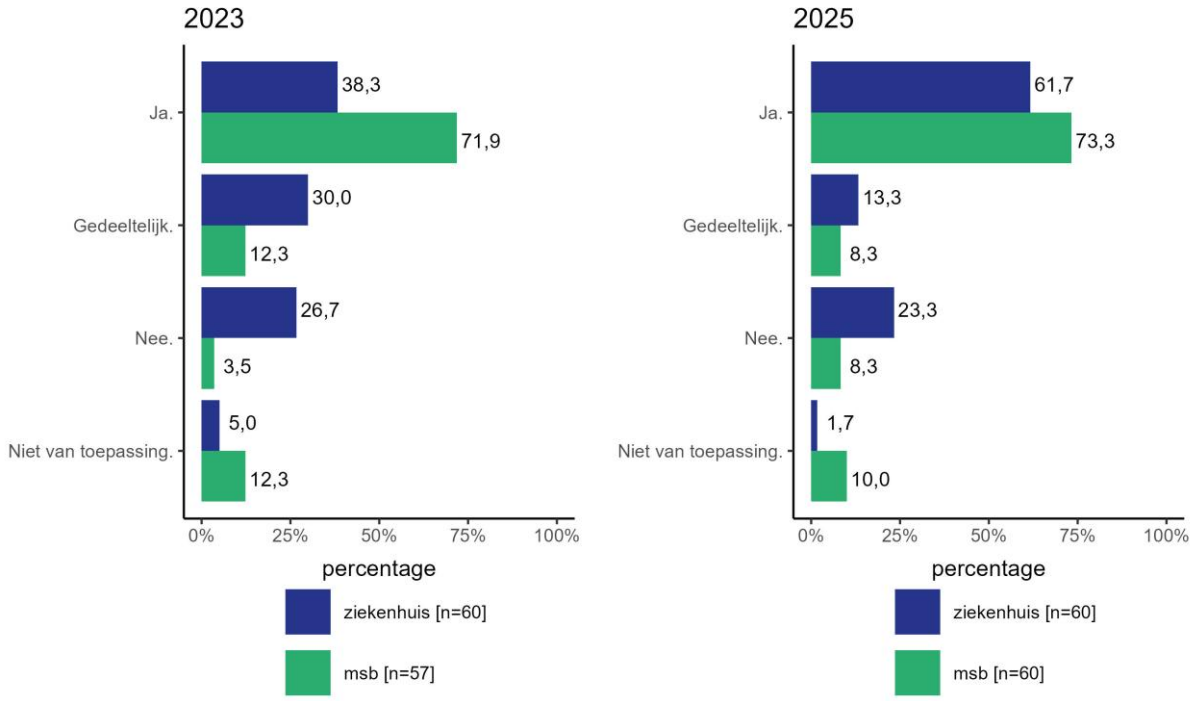
Bron: Enquête NZa

Capaciteitsbegroting

De enquêteresultaten laten zien dat de meerderheid van de ziekenhuizen (62%) inzicht heeft in de capaciteitsbegroting van de msb's (zie Figuur 10). Volgens de msb's is dit aantal hoger en gelijk aan bijna driekwart van de ziekenhuizen (73%). Een aantal ziekenhuizen (13%) en msb's (8%) geeft aan dat het ziekenhuis deels inzicht heeft in de capaciteitsbegroting van het msb. Ook blijkt uit de antwoorden dat bijna een kwart van de ziekenhuizen (23%) geen inzicht heeft in de capaciteitsbegroting van de msb's. Bij de msb's is dit lager en gelijk aan 8%.

Ten opzichte van het eerste deelonderzoek zien we bij de ziekenhuizen een grote verschuiving van de groep ziekenhuizen die deels inzicht hebben in de capaciteitsbegroting naar de groep ziekenhuizen die volledig inzicht hebben in de capaciteitsbegroting. Bij de msb's is het beeld van de resultaten ongeveer gelijk gebleven.

Figuur 10: Inzicht van ziekenhuizen in de capaciteitsbegroting van msb's



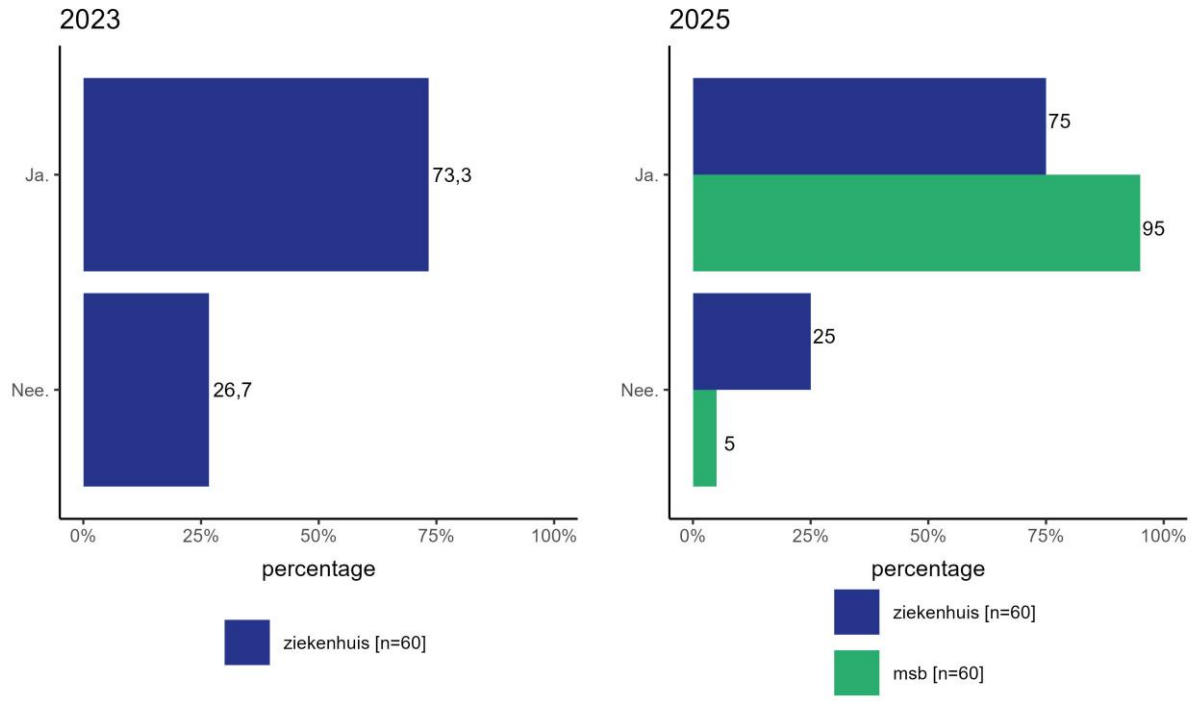
Bron: Enquête NZa

Interne verdeelsystematiek

Ziekenhuizen en msb's hebben ook beantwoord of de ziekenhuizen in de gelegenheid worden gesteld om kennis te nemen van de interne verdeelsystematiek van de msb's. Driekwart van de ziekenhuizen (75%) geeft aan dat dat mogelijk is (zie Figuur 11). Alhoewel het ziekenhuispercentage hoog is, is dit percentage lager dan het percentage bij de msb's. Vrijwel alle msb's (95%) antwoorden namelijk dat de ziekenhuizen kennis kunnen nemen van de werking van de interne verdeelsystematiek. Daarnaast hebben we gevraagd of de ziekenhuizen op de hoogte zijn van de bedragen die op basis van de interne verdeelsystematiek aan de afzonderlijke vakgroepen worden toegekend. Ongeveer driekwart van de ziekenhuizen (73%) en msb's (78%) geeft aan dat de ziekenhuizen hiervan niet op de hoogte zijn.

Ten opzichte van het eerste deelonderzoek is het beeld van de ziekenhuisresultaten met betrekking tot de interne verdeelsystematiek weinig veranderd. Omdat we deze vragen in het eerste deelonderzoek niet aan de msb's hadden voorgelegd, is een vergelijking over de jaren niet mogelijk.

Figuur 11: Inzicht van ziekenhuizen in de interne verdeelsystematiek van msb's



Bron: Enquête NZa

Algemeen beeld: financiële transparantie

In de interviews is meerdere keren het belang van (wederzijdse) financiële transparantie benadrukt. Daar komt onder meer uit dat financiële transparantie essentieel is voor het maken van strategische afwegingen, monitoring en/of inzichtelijk maken van knelpunten. Verder wijzen de geïnterviewde msb's vaak op de positieve samenhang tussen financiële transparantie, vertrouwen en/of samenwerking. Er wordt bijvoorbeeld toegelicht dat transparantie het wederzijdse vertrouwen versterkt of andersom dat vertrouwen en openheid zorgen voor meer transparantie.

In de enquête hebben we ziekenhuizen en msb's gevraagd om de algemene financiële transparantie vanuit de msb's te beoordelen. Bijna driekwart van de ziekenhuizen (73%) beoordeelt de financiële transparantie als voldoende of goed (zie Figuur 12). Een opvallende constatering is dat de msb's een aanzienlijk positiever beeld hebben van de mate waarin zij financiële transparantie bieden aan het ziekenhuis. Vrijwel alle msb's (97%) antwoorden dat die financiële transparantie voldoende of goed is.

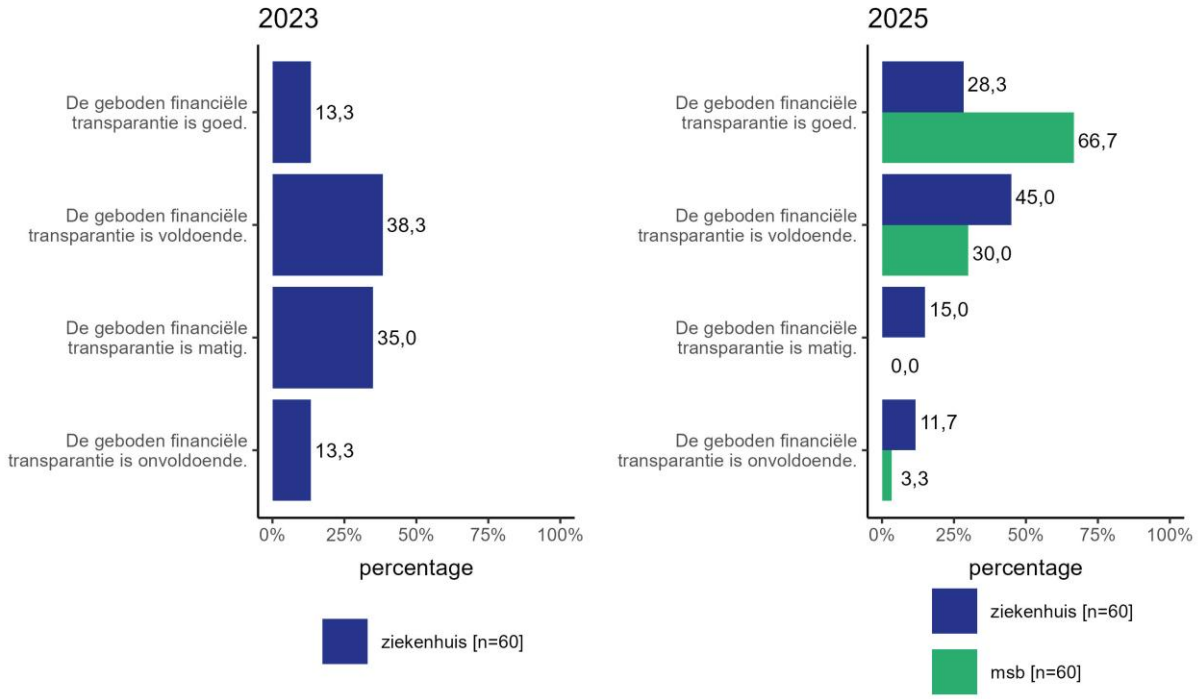
Ruim een kwart van de ziekenhuizen (27%) beoordeelt de financiële transparantie als matig of onvoldoende. Ook hier geldt dat de msb's dit anders beoordelen: slechts een beperkt aantal msb's (3%) geeft aan dat de financiële transparantie onvoldoende is. Deze ziekenhuizen en msb's lichten toe dat de ziekenhuizen behoefte (zouden) hebben aan meerdere financiële gegevens: kennis over de interne verdeelsystematiek en bijbehorende vergoedingen aan vakgroepen, de capaciteitsbegroting, de jaarrekening, de neveninkomsten van medisch specialisten en/of de financiële rapportages van msb's.

Wanneer we een vergelijking maken met het eerste deelonderzoek, zien we dat het aantal ziekenhuizen dat de financiële transparantie als goed of voldoende ervaart, is toegenomen. Dat neemt niet weg dat bij ruim een kwart van de ziekenhuizen dit (nog) niet het geval is. We hebben niet onderzocht waarom volgens meer dan een kwart van de ziekenhuizen de financiële transparantie van msb's nog steeds

tekortschiet. Deze constatering is met name opvallend, omdat het bieden van financiële transparantie een relatief eenvoudig te realiseren verbeterpunt betreft.

Omdat we deze vraag in het eerste deelonderzoek niet aan de msb's hadden voorgelegd, is een vergelijking over de jaren niet mogelijk.

Figuur 12: Algemeen beeld van de financiële transparantie geboden door de msb's



Bron: Enquête NZa

Verbeteracties m.b.t. financiële transparantie

Minder dan de helft van de ziekenhuizen (43%) geeft aan dat het msb na de publicatie van het eerste deelonderzoek acties heeft ondernomen die de financiële transparantie vergroten richting het ziekenhuis. Bij de msb's is dit percentage gelijk aan 52% en daarmee hoger dan het ziekenhuispercentage. Deze ziekenhuizen en msb's noemen diverse stappen. Veelvuldig wordt door de msb's genoemd dat zij de jaarrekening delen. Voorbeelden van andere acties zijn: verschaffen van informatie over de interne verdeelsystematiek, de norm-fte productie of nevenactiviteiten, of acties gericht op het aanscherpen van onderlinge afspraken of beleid met betrekking tot de financiële transparantie.

De ziekenhuizen (57%) en msb's (48%) die geen acties hebben ondernomen, lichten bijna uitsluitend toe dat ze hier geen aanleiding toe hebben, omdat er sprake was van voldoende transparantie. Tegelijkertijd benadrukken enkele ziekenhuizen, die de financiële transparantie ook als ondermaats duiden, dat dit onderwerp van gesprek is of dat er geen ontwikkelingen zichtbaar zijn op het gebied van de financiële transparantie.

3.5 Verbeterpunt 5: beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten

Conclusie verbeterpunt 5: Bij 40% van de msb's en ziekenhuizen heeft het ziekenhuis te weinig invloed op het aannameproces van vrijgevestigde medisch specialisten
Voor verbeterpunt 5 geldt dat we nog voor 40% van de msb's en ziekenhuizen mogelijkheden zien om de invloed van het ziekenhuis op het aannamebeleid van vrijgevestigde medisch specialisten te vergroten. Hiermee doelen we specifiek op de invloed van het ziekenhuisbestuur op het aantal formatieplaatsen (fte's) binnen de vakgroepen, en dus niet op de keuze voor de persoon die een vacature zal gaan vervullen. In de gezamenlijke handreiking van de Federatie Medische Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) 'Handreiking Gelijkgerichtheid' staat dat de Raad van Bestuur adviesrecht zou moeten hebben bij het aanstellen van nieuwe leden van het msb. Maar uit de omschrijving van dit verbeterpunt volgt dat de rol van de Raad van Bestuur in het aannameproces verder zou moeten reiken dan enkel een adviesstem. Het maken van gezamenlijke keuzes omtrent groei, krimp of behoud van het bestaande aantal fte's medisch specialisten binnen vakgroepen is een belangrijk proces met mogelijk verstrekkende gevolgen voor de gehele ziekenhuisorganisatie. Zeker in het licht van de concentratie- en spreidingsdiscussie rondom een aantal medisch-specialistische aandoeningen. Het aannameproces zouden msb's en ziekenhuizen daarom gezamenlijk moeten doorlopen, waarbij ieders invloed op de uiteindelijke uitkomst gelijk zou moeten zijn. Dat is nu voor een groot aantal ziekenhuizen nog niet, of in onvoldoende mate, het geval.

Inleiding
In deze paragraaf beschrijven we welke rol ziekenhuizen hebben bij de aanname van nieuwe vrijgevestigde specialisten en welke verbeteracties ziekenhuizen en msb's eventueel hebben ondernomen. Hiermee doelen we specifiek op de invloed van het ziekenhuisbestuur op het aantal formatieplaatsen (fte's) binnen de vakgroepen, en dus niet op de keuze voor de persoon die een vacature zal gaan vervullen. Voor dit verbeterpunt zijn de resultaten uit het eerste deelonderzoek en de resultaten uit het huidige deelonderzoek niet met elkaar te vergelijken, omdat we de enquêtevragen over dit verbeterpunt anders hebben geformuleerd dan de enquêtevragen die we bij het eerste deelonderzoek over dit onderwerp stelden.

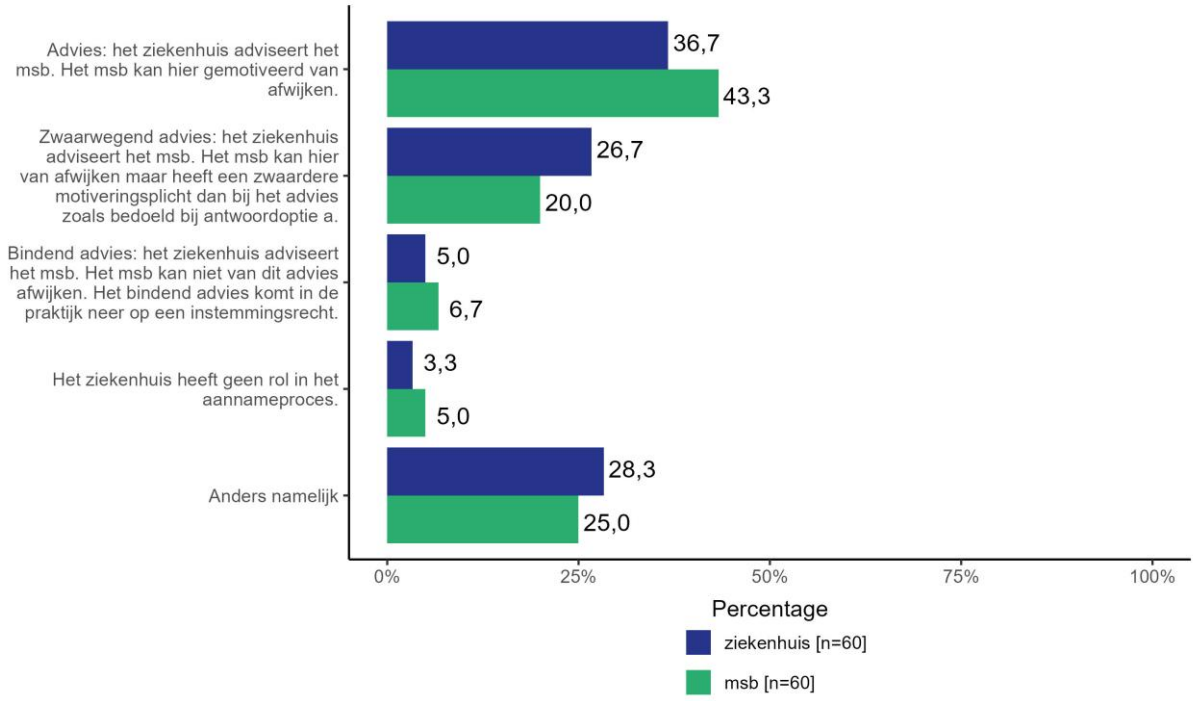
De rol van het ziekenhuis bij aanname nieuwe vrijgevestigde medisch specialisten
De enquêteresultaten laten zien dat bij 37% van de ziekenhuizen en 43% van de msb's het ziekenhuis een adviesstem heeft waar het msb gemotiveerd van af kan wijken (zie Figuur 13). Ruim een kwart van de ziekenhuizen (27%) en een vijfde van de msb's (20%) geven aan dat het ziekenhuis een zwaarwegende adviesstem heeft. Daarbij heeft het msb een zwaardere motiveringsplicht om van het ziekenhuisadvies af te wijken dan bij een adviesstem. Een klein deel van de ziekenhuizen (5%) en msb's (7%) geeft aan dat het ziekenhuis een bindend advies geeft. Dit betekent dat het msb niet van dit advies kan afwijken. Het bindend advies komt in de praktijk neer op een instemmingsrecht.

Meer dan een kwart van de ziekenhuizen (28%) en een kwart van de msb's (25%) geven aan op een andere manier betrokken te zijn bij het aannameproces. Uit deze toelichtingen blijkt dat ziekenhuizen en msb's de rol van het ziekenhuis bij de aanstelling van nieuwe vrijgevestigde medisch specialisten (capaciteitsuitbreiding binnen een vakgroep) veelal als een gezamenlijk proces zien. Meerdere keren wordt toegelicht dat er sprake is van een gezamenlijk besluit, dat bijvoorbeeld is genomen in een

gezamenlijk bestuurlijk overleg. In enkele gevallen wordt benoemd dat het ziekenhuis enkel een adviserende stem heeft. Ook wordt er een aantal keer genoemd, door zowel ziekenhuizen als msb's, dat het besluit onderbouwd wordt door een businesscase. Tot slot antwoorden enkele ziekenhuizen (3%) en msb's (5%) dat het ziekenhuis geen rol heeft in het aannameproces van vrijgevestigde medisch specialisten.

Een andere overweging vanuit msb's met betrekking tot het aannamebeleid, komt voort uit enquêtevraag over fiscaliteit: "*Speelt het risico dat msb's mogelijk hun status als zelfstandige fiscale entiteit verliezen een rol bij het wel of niet volledig doorvoeren van de acht verbeterpunten uit de 'Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven', gepubliceerd op 14 maart 2024?*". Uit de toelichtingen van deze vraag blijkt dat enkele msb's hebben aangegeven dat de fiscale status van het msb wel een rol speelt bij het doorvoeren van dit verbeterpunt over het gezamenlijke aannamebeleid. Er wordt toegelicht dat deze beslissing bij het msb hoort; het msb is een zelfstandige onderneming en heeft haar eigen beslissingsbevoegdheid over het aannameproces.

Figuur 13: Rol ziekenhuis bij aanname van nieuwe vrijgevestigde medisch specialisten



Bron: Enquête NZa

Verbeteracties m.b.t. rol ziekenhuis in aannameproces

Bijna een kwart van de ziekenhuizen (23%) en msb's (23%) geeft aan acties te hebben ondernomen na de publicatie van het eerste deelonderzoek. Een aantal ziekenhuizen licht toe dat de procedure en de rol van het ziekenhuis rondom het aannamebeleid is aangepast of aangescherpt. Daarbij wordt een aantal keer toegelicht dat de procedure is vastgelegd. Tevens is meerdere malen genoemd dat het ziekenhuis standaard participeert in de benoemingsadviescommissie en/of een vaste adviesrol vervult. Andere ondernomen acties hebben betrekking op de aannameprocedure. De ziekenhuizen (77%) en msb's (77%) die geen acties hebben ondernomen, lichten grotendeels toe dat het aannameproces geen aanpassing behoeft. Zij lichten toe dat de rol van het ziekenhuis in het aannameproces reeds goed is vastgelegd. In enkele gevallen wordt vermeld dat, naast het verduidelijken van rollen en verantwoordelijkheden, het beleid verder ongewijzigd is gebleven.

3.6 Verbeterpunt 6: verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb

Conclusie verbeterpunt 6: een kwart van de ziekenhuizen werkt nog steeds met meerdere msb's
Verbeterpunt 6 geldt nu nog voor 27% van de msb's en ziekenhuizen. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 29% van de msb's en ziekenhuizen. We realiseren ons dat het soms jaren kan duren om dit soort ingrijpende organisatorische veranderingen doorgevoerd te krijgen. Desalniettemin heeft het overgrote deel van de msb's en ziekenhuizen waar dit verbeterpunt betrekking op heeft, tot op heden geen acties ondernomen om het aantal msb's terug te brengen tot maximaal één. Deze msb's en ziekenhuizen geven aan dat zij tevreden zijn met de huidige organisatiestructuur. Wij vinden deze uitkomst om twee redenen opmerkelijk. Ten eerste omdat een grote meerderheid (82%) van de ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden, bij het eerste deelonderzoek nog aangaf dat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis niet gediend is met de aanwezigheid van meerdere msb's. En in de tweede plaats omdat in de 'Handreiking Gelijkgerichtheid' van de FMS en de NVZ wordt aanbevolen om te streven naar maximaal één msb per ziekenhuis.

Inleiding

In deze paragraaf werken we de resultaten uit over verbeterpunt 6: 'Verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb'. We beschrijven ook hoe deze resultaten zich verhouden tot de uitkomsten die we bij het eerste deelonderzoek over dit onderwerp hebben opgehaald en in welke mate sprake is van verbetering.

Aantal msb's per ziekenhuis

Uit de enquêteresultaten blijkt dat ruim een kwart van de ziekenhuizen (27%) met meerdere msb's samenwerkt. Deze ziekenhuizen werken vaak met twee of drie msb's. Maar er zijn ook enkele ziekenhuizen die samenwerken met 4, 9 of zelfs 14 msb's. Ten opzichte van het eerste deelonderzoek is het aantal ziekenhuizen dat met meerdere msb's samenwerkt, vrijwel gelijk gebleven.

Uit de resultaten van de msb's blijkt dat 38% van de msb's in een ziekenhuis werkt waaraan meerdere msb's zijn verbonden. Een mogelijke verklaring voor het verschil met de ziekenhuizen is dat de msb's de kaakchirurgen die vaak afzonderlijk zijn georganiseerd, ook hebben geteld als een msb.

Bestuurlijke vertegenwoordiging van de verschillende msb's

Veel msb's en ziekenhuizen die met meerdere msb's samenwerken, antwoorden in de enquête dat er één bestuurlijk gremium is waarin alle msb's zijn vertegenwoordigd, inclusief de medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis zoals een VMS. Het gaat daarbij om 12 van de 23 msb's en 10 van de 16 ziekenhuizen. Volgens twee msb's en drie ziekenhuizen worden de msb's elk afzonderlijk vertegenwoordigd in de bestuurlijke overleggen met de Raad van Bestuur van het ziekenhuis.

De overige drie ziekenhuizen en negen msb's noemen diverse overlegstructuren. Voorbeelden zijn een bestuurlijk gremium dat alle specialisten vertegenwoordigt, overleg met individuele msb's en/of een overkoepelend gremium zoals de VMS. In een enkel geval vindt er geen overleg tussen msb en ziekenhuisbestuur plaats.

Ondernemen de msb's acties om zich te verenigen in één geïntegreerd msb?

5 van de 16 ziekenhuizen met meerdere msb's geven aan dat de msb's stappen zetten om zich te verenigen in één msb. Bij de msb's gaat het om het dubbele aantal: 9 van 23 msb's geven aan hiermee bezig te zijn. Bij een ruime meerderheid van de ziekenhuizen worden er dus geen acties ondernomen om één msb te vormen.

Uit toelichtingen blijkt dat de fase van het integratieproces per msb verschilt: in de verkennende fase, bij de start van het proces of midden in het proces. Overigens noemt één msb dat er reeds sprake is van een geïntegreerd msb met uitzondering van de kaakchirurgie. Uit de ziekenhuistoelichtingen blijkt dat alle ziekenhuizen, met uitzondering van één ziekenhuis, midden in het integratieproces zitten. Enkele keren wordt aangegeven dat er een of meerdere knelpunten zijn.

Alhoewel één ziekenhuis en enkele msb's in de enquête antwoorden niet (actief) bezig te zijn om één msb te vormen, geven ze wel aan hiervoor open te staan of dit streven te hebben. Een enkele keer antwoordt een msb dat het ziekenhuis geen nieuwe msb's toestaat.

In aanvulling op de enquêteresultaten, blijkt uit enkele interviews dat een samenwerking met meerdere msb's de bestuurbaarheid van het ziekenhuis bemoeilijkt, leidt tot afzonderlijke besluitvormingstrajecten met de losse msb's, of kan leiden tot verdeeldheid of onevenwichtige machtsverhoudingen. Verder komt uit de interviews naar voren dat een fusie tussen ziekenhuizen de integratie van meerdere msb's kan bevorderen. Dat is bij twee ziekenhuizen directe aanleiding geweest voor het anders organiseren van de samenwerking met de msb's.

Redenen om de verschillende msb's niet te integreren in één msb

Zoals in de vorige paragraaf beschreven geeft een meerderheid van de ziekenhuizen en msb's aan dat er geen acties worden ondernomen om de verschillende msb's te integreren in één msb. Uit de toelichtingen blijkt vaak dat daar geen behoefte aan is of dat de huidige constructie naar tevredenheid functioneert. Enkele keren wordt in de toelichtingen aangegeven dat er sprake is van een (combi-)coöperatie. De (combi-)coöperatie is over het algemeen een (integrale) organisatie waarvan de leden niet alleen bestaan uit vrijgevestigde medisch specialisten, die via een personal holding (eigen BV) lid zijn van de coöperatie, maar ook uit medisch specialisten die in loondienst zijn van het ziekenhuis of van de coöperatie zelf. Verder is ook in de interviews meerdere keren genoemd dat men tevreden is met de samenwerking of de urgentie mist om één msb te vormen. Daar bleek vaak ook sprake te zijn van één gezamenlijk aanspreekpunt of één onderhandelingspartner voor het ziekenhuis.

In tegenstelling tot deze uitkomsten, antwoordde in het eerste deelonderzoek nog een grote meerderheid (82%) van de ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden, dat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis niet gediend is met de aanwezigheid van meer dan één msb.

In enkele toelichtingen die door de respondenten in het kader van het tweede deelonderzoek bij deze enquêtevraag zijn gegeven, worden meerdere factoren genoemd die de totstandkoming van één msb belemmeren: de financiële afspraken met de msb's liggen te ver uit elkaar of msb's werken met meerdere ziekenhuizen samen. In de interviews zijn ook enkele belemmerende factoren genoemd, zoals: behoud van eigen autonomie, verschil in verdienpotentieel en wantrouwen of onzekerheid bij verandering.

4 Resultaten: financiële gelijkgerichtheid

4.1 Verbeterpunt 7: maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken

Conclusie verbeterpunt 7: nog steeds zijn er te veel financiële afspraken binnen het msb die sterkere productieprikkels bevatten dan de financiële afspraken die het msb maakt met het ziekenhuis
Verbeterpunt 7 heeft met name betrekking op de mate waarin 1) de interne verdeelsystematiek van msb's en 2) de financiële afspraken tussen msb's en ziekenhuizen gelijkgericht zijn. Er is sprake van een verbeterpunt als de interne verdeelsystematiek van het msb de (zorg)productie sterker stimuleert dan het geval is op het niveau van de financiële afspraken tussen het msb en ziekenhuis. Momenteel geldt het verbeterpunt nog steeds voor 18% van de vergoedingen die door het msb op basis van de interne verdeelsystematiek aan de afzonderlijke vakgroepen wordt uitgekeerd. Daarbij gaat het om 36% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 20% van deze vergoedingen en voor 48% van de msb's.

Ondanks de acties die msb's en ziekenhuizen noemen om de financiële gelijkgerichtheid te vergroten, blijft dit verbeterpunt gelden voor ruim een derde (36%) van de msb's. Het ontbreken van gelijke prikkels, of beter: de aanwezigheid van een hogere productieprikkel bij de vakgroepen binnen het msb, verhoogt het risico op spanningen in de samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen, maar ook tussen de vakgroepen onderling. Dat kan leiden tot weerstand onder vrijgevestigde vakgroepen bij het nemen of uitvoeren van strategische beslissingen.

Inleiding

In deze paragraaf bespreken we de mate van financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuizen en msb's. Dit hebben we onderzocht aan de hand van kwantitatieve gegevens over de financiële afspraken op drie verschillende niveaus, namelijk:

1 zorgverzekeraars - ziekenhuis
2 ziekenhuis - msb
3 msb - vakgroepen (interne verdeelsystematiek)

Voor msb's is sprake van verbeterpotentieel als de financiële afspraken:
- op niveau 2 sterkere productieprikkels bevatten dan die op niveau 1;
- op niveau 3 sterkere productieprikkels bevatten dan die op niveau 2.

In beide situaties wordt de financiële gelijkgerichtheid belemmerd. Het verbeterpunt met betrekking tot de financiële afspraken op het niveau 'ziekenhuis - msb' vraagt om een gezamenlijke inspanning van msb's en ziekenhuizen. Maar het verbeterpunt met betrekking tot de financiële afspraken op het niveau 'msb - vakgroepen' (interne verdeelsystematiek) is een verbeterpunt voor alleen de msb's.

Leeswijzer
In paragraaf 4.1.1 beschrijven we de financiële afspraken op het niveau ‘zorgverzekeraars - ziekenhuis’. In paragraaf 4.1.2 volgen de financiële afspraken op het niveau ‘ziekenhuis - msb’. In paragraaf 4.1.3 beschrijven we de financiële afspraken op het niveau ‘msb - vakgroepen’ (interne verdeelsystematiek). Vervolgens gaan we in op de mate van gelijkgerichtheid tussen de financiële afspraken op niveau 1 ‘zorgverzekeraars - ziekenhuis’ en niveau 2 ‘ziekenhuis - msb’s’ (paragraaf 4.1.4) en de mate van gelijkgerichtheid tussen de financiële afspraken op niveau 2 ‘ziekenhuis - msb’s’ en niveau 3 ‘msb - vakgroepen’ (paragraaf 4.1.5).

De verschillende typen financiële afspraken, die ook in onderstaande tabellen worden genoemd, zijn in Tabel 7 van Bijlage 2 van een nadere uitleg voorzien.

4.1.1 Welke financiële afspraken maken ziekenhuizen en zorgverzekeraars?

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen spreken in hoofdlijnen een aanneemsom, een omzetplafond en/of een volumevrije afspraak met elkaar af over de vergoeding van zorg. Deze afspraken kunnen aangevuld worden met bijvoorbeeld staffel- of shared savings afspraken. Tabel 2 geeft een overzicht van de financiële afspraken voor boekjaren 2023 en 2025. In Bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de verschillende antwoordmogelijkheden in financiële afspraken (incl. bijbehorende definities) die gebruikt kunnen worden tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

We zien dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen over boekjaar 2025 voor het grootste deel van de totale contractwaarde van ziekenhuiszorg (69%) een plafondafspraak hebben afgesproken, vaak in combinatie met een staffel (zie Tabel 2). Met contractwaarde wordt in deze context de hoogte bedoeld van een financiële afspraak of de som van verschillende typen financiële afspraken (in euro). Voor 7% van de totale contractwaarde van ziekenhuiszorg geldt een volumevrije afspraak. Dat betekent dat de financiering van ruim driekwart van de ziekenhuiszorg (76%) is geënt op productie.

Ongeveer 17% van de totale contractwaarde van ziekenhuiszorg wordt gefinancierd met behulp van een aanneemsom. Bij een aantal ziekenhuizen is de aanneemsom gecombineerd met een staffelafspraak en/of shared savings. Ongeveer 8% van de totale contractwaarde van ziekenhuiszorg wordt op een andere manier dan bovengenoemde afspraken gefinancierd. Dit gaat om acht ziekenhuizen (13%) van het totaal aantal ziekenhuizen. Bij vier ziekenhuizen is de overige afspraak in de basis gelijk aan een plafondafspraak en zijn er voornamelijk staffelafspraken overeengekomen. Voor één ziekenhuis geldt een aanneemsom en plafondafspraak, met aanvullende staffel- en KPI-afspraken. Bij de overige drie ziekenhuizen is de omvang van de overige afspraak beperkt tot 1%.

Tabel 2: Landelijke contractwaarde per type financiële afspraak zorgverzekeraar - ziekenhuis

Type financiële afspraak		Aandeel landelijke contractwaarde (%) 2023	Aandeel landelijke contractwaarde (%) 2025	Verschil (procentpunt) 2023 - 2025
Plafondafspraak	Met vaste bovengrens	12,8	10,0	-2,7
	Met staffel	47,4	53,0	5,6
	Met staffel én shared savings afspraak	5,1	5,4	0,3
	Met shared savings afspraak	1,8	0,0	-1,8
Aanneemsom	Met vaste vergoeding	16,7	6,7	-10,0
	Met staffel	6,6	5,1	-1,6
	Met staffel én shared savings afspraak	0,5	2,7	2,1
	Met shared savings afspraak	0,6	2,3	1,7
P*Q (volumevrij)		5,3	7,0	1,7
Overig		3,2	7,8	4,6
Totaal		**100**	**100**	

* De contractwaarde is de hoogte van een financiële afspraak dan wel de som van verschillende typen financiële afspraken (in €). Het landelijke aandeel in de totale contractwaarde is gewogen naar de totaal gecontracteerde msz omzet van de ziekenhuizen over alle zorgverzekeraars heen (als indicator voor de grootte van ziekenhuizen). De totale msz contractwaarde van alle ziekenhuizen in het onderzoek over boekjaar 2025 is ongeveer 17,4 miljard euro.

Bron: Invulformat NZa

Vergelijking tussen 2023 en 2025

Voor zowel 2023 als 2025 geldt dat voor ruim twee derde van de contractwaarde een omzetplafond is afgesproken. In beide jaren wordt dit gevolgd door een aanneemsom. De andere typen financiële afspraken komen in beperkte mate voor. Er is een verschuiving zichtbaar van aanneemsommen (uitgedrukt in contractwaarde) naar de overige afspraken en in mindere mate naar plafondafspraken en volumevrije afspraken. Verder komen binnen de plafondafspraken meer staffelafspraken voor en binnen de aanneemsommen meer shared savings.

4.1.2 Welke financiële afspraken maken ziekenhuizen en msb's?

Naast zorgverzekeraars en ziekenhuizen, maken ziekenhuizen en msb's ook financiële afspraken over de vergoeding van zorg die msb's leveren (zie Tabel 3). In Bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de verschillende antwoordmogelijkheden in financiële afspraken die gebruikt kunnen worden tussen ziekenhuizen en msb's en de bijbehorende definities.

We hebben aan zowel de ziekenhuizen als de msb's gevraagd wat voor financiële afspraken zij met elkaar gemaakt hebben. Binnen dezelfde ziekenhuis-msb relatie hebben de ziekenhuizen en de msb's niet altijd dezelfde gegevens ingevuld. In totaal hebben 26 ziekenhuizen en msb's andere gegevens ingevuld. Deze verschillen zorgen echter niet voor een significant verschil tussen de landelijke gemiddelde resultaten op basis van de ziekenhuis- en msb-gegevens. Daarom beschrijven we hieronder alleen de ziekenhuisresultaten. In Bijlage 2 lichten we dit nader toe.

Voor het grootste deel van de totale contractwaarde van de zorg die msb's leveren (58%) is over 2025 een vast percentage van de schadelast / omzet van het ziekenhuis afgesproken (zie Tabel 3). Deze financiële afspraak komt bij ongeveer twee derde van de ziekenhuizen en msb's voor. Bij dit soort afspraken ervaren ziekenhuizen en msb's min of meer dezelfde financiële prikkels, omdat de hoogte van

de inkomsten van het msb direct afhankelijk is van de hoogte van de inkomsten van het ziekenhuis. Met andere woorden: hoe hoger de inkomsten voor het ziekenhuis, hoe hoger de inkomsten voor het msb. We relateren de afspraken over een vast percentage van de schadelast / omzet daarom aan de financiële afspraken die de ziekenhuizen maken met de zorgverzekeraars. De bovenliggende financiële afspraken tussen de ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn: een aanneemsom (10 procentpunt), omzetplafond (40 procentpunt), volumevrije afspraak (4 procentpunt) en overige afspraak (3 procentpunt). Figuur 14 geeft ook een overzicht van de bovenliggende financiële afspraken bij een vast percentage van schadelast / omzet.

Tabel 3: Percentage gebruik en aandeel landelijke contractwaarde in financiële afspraken ziekenhuis - msb

Financiële afspraken	Bij hoeveel ziekenhuizen komt de afspraak voor (%) 2025	Verschil tussen 2023 en 2025 procentpunt	Contract-waarde (%) 2025	Verschil tussen 2023 en 2025 procentpunt
Vast percentage van schadelast / omzet	64,3	1,3	57,7	2,5
Aanneemsom: vaste vergoeding	23,2	-6,4	20,3	0,7
Plafond: vaste bovengrens	12,5	-9,7	6,3	-7,2
Open PxQ afspraak (volumevrij)	28,6	4,5	3,4	0,1
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit	14,3	3,2	0,8	0,3
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg)	5,4	-5,8	0,6	-0,2
Doelmatigheidsafspraken (bijvoorbeeld shared savings)	0,0	-5,6	0,0	-1,9
Overig	26,8	4,6	10,9	5,8

Bron: Invulformat NZa

Ongeveer een vijfde van de vergoeding aan de msb's (o.b.v. contractwaarde) loopt direct via een aanneemsom (20%). Zoals eerder genoemd, loopt een deel van de afspraken over het percentage van de schadelast / omzet ook via een aanneemsom (10 procentpunt van de 58%). Dit betekent dat ongeveer een derde van de contractwaarde (31%) (indirect) via een aanneemsom loopt.

Minder dan 10% van de vergoeding aan msb's loopt direct via een volumevrije afspraak (3%) of plafondafspraak (6%). Hier geldt eveneens dat een deel van de afspraken over het percentage van de schadelast / omzet via een volumevrije afspraak (4 procentpunt) of plafondafspraak (40 procentpunt) loopt. In totaal is dus 54% van de contractwaarde op het niveau 'ziekenhuis - msb' gebaseerd op productie.

Een beperkt deel van de waarde van de financiële afspraken (1%) is gebaseerd op een prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit of JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven.

Tot slot, voor 11% van de financiering aan de msb's geldt een andere afspraak dan bovengenoemde afspraken. Het gaat om 15 ziekenhuizen (27% van het totaal aantal ziekenhuizen). Bij 10 ziekenhuizen beslaat het overige deel 15% of minder dan 15% van de contractwaarde. Deze ziekenhuizen noemen diverse aanvullende vergoedingen, bijvoorbeeld een opleidingsvergoeding of KPI-afspraken. Bij de overige vijf ziekenhuizen beslaat het overige deel meer dan 90% van de contractwaarde. Vaak is sprake van een financiële afspraak die gebaseerd is op productie. 16 msb's (29% van het totaal aantal msb's) hebben ook gekozen voor een overige afspraak. Hier komt een soortgelijk beeld naar voren.

Vergelijking tussen 2023 en 2025
In beide jaren is voor ruim de helft van de totale contractwaarde afgesproken dat msb's een percentage van de schadelast vergoed krijgen (zie Tabel 3). Deze financiële afspraak wordt zowel in 2023 als in 2025 gevolgd door een aanneemsom. Ten opzichte van 2023 zien we een aantal verschuivingen in de contractwaarden en/of aantallen financiële afspraken. Deze verschuivingen beslaan vaak 5 tot 7 procentpunt. Er is een verschuiving van de contractwaarde van plafondafspraken naar overige afspraken, terwijl de contractwaarden van aanneemsommen en andere typen financiële afspraken ongeveer gelijk zijn gebleven. Een soortgelijke trend nemen we waar bij het aantal overige afspraken en plafondafspraken. Voor de aanneemsommen en andere typen financiële afspraken geldt dat echter niet. Deze financiële afspraken komen minder vaak voor in vergelijking met 2023.

4.1.3 Welke financiële afspraken maken msb's met hun vakgroepen?

Interne verdeelsystematiek: parameters

Msb's gebruiken een interne verdeelsystematiek om de inkomsten te verdelen onder de individuele vakgroepen binnen het msb. De interne verdeling van inkomsten verschilt vaak per msb en wordt vaak gebaseerd op meerdere parameters. In Bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de verschillende antwoordmogelijkheden in parameters die gebruikt kunnen worden in de interne verdeelsystematiek en de bijbehorende definities.

Uit de invulformats blijkt dat op landelijk niveau de twee productiegerichte parameters van de interne verdeelsystematieken het meest bepalend zijn voor de hoogte van de vergoeding aan de individuele vakgroepen (zie Tabel 4). Het betreft de productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg (38%) en de productiegerichte parameters op basis van realisatie ten opzichte van begroting te leveren zorg (31%). Ongeveer de helft van de msb's werkt met deze parameters. Daarna volgen de parameters 'vaste vergoeding o.b.v. fte's (11%) en 'doelmatigheid / efficiency' (9%).

De prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), Zorgevaluatie en Gepast Gebruikt (ZE&GG) en/of IZA-initiatieven en de prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit beslaan samen 3% van de financiering. Verder is 6% van de financiering binnen het msb gebaseerd op overige afspraken en 2% is afhankelijk van dienstbelasting.

Bij de overige afspraken gaat het om 20 msb's (36% van het totaal aantal msb's). Bij drie msb's beslaat de overige afspraak 100% van de verdeling. Bij de andere msb's beslaat de overige afspraak vaak minder dan 10% van de verdeling. Voorbeelden van overige afspraken zijn: een vergoeding op basis van gewerkte dagdelen, een vaste vergoeding per begrote norm fte of een vergoeding voor de aanwezigheid op de spoedeisende hulp (seh). Er lijken geen of nauwelijks productieprikkels vanuit deze overige parameters uit te gaan.

Tabel 4: Percentage gebruik en aandeel landelijke contractwaarde parameters interne verdeelsystematiek

Parameters interne verdeelsystematiek	Bij hoeveel ziekenhuizen komt de afspraak voor (%) 2025	Aandeel landelijke contract-waarde (%) 2025	Verschil gebruik (procent-punt) 2023 - 2025	Verschil contract-waarde (procent-punt) 2023 - 2025
Doelmatigheid / Efficiency parameters	55,4	9,3	-2,1	-0,4
Productiegerichte parameter o.b.v. realisatie ten opzichte van begroting te leveren zorg (denk aan zorgactiviteiten, dbc's en norm fte's)	51,8	31,3	5,5	1,7
Productiegerichte parameter o.b.v. realisatie geleverde zorg (denk aan zorgactiviteiten, dbc's en norm fte's)	50,0	38,4	-7,4	-4,2
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit	21,4	1,6	1,1	-0,3
Vaste vergoeding o.b.v. fte's (huidig of historisch)	21,4	11,1	-0,8	0,8
Vergoeding afhankelijk van dienstbelasting	19,6	1,5	-0,7	0,0
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg)	12,5	1,0	-0,5	0,0
Overig	35,7	5,6	4,2	2,6
Totaal	-	**100**	-	-

Bron: Invulformat NZa

Interne verdeelsystematiek: begrenzing van vergoeding vakgroep

Ruim twee derde van de msb's (68%) heeft de totale vergoeding aan de individuele vakgroepen begrensd met behulp van een hard plafond (16%) of een bandbreedte (52%). De msb's geven de bandbreedte op een verschillende wijze vorm en hanteren een bovengrens en/of een ondergrens. De bandbreedte wordt bijvoorbeeld gerelateerd aan de (capaciteits)begroting, het gemiddelde honorarium per fte, 'input-fte' of de verhouding tussen norm fte en aanwezige fte of het landelijke gemiddelde.

Een kwart van de msb's heeft gekozen voor de optie 'anders'. Vaak blijkt uit toelichting dat er een vorm van begrenzing volgt vanuit de (capaciteits)begroting. Verder verwijzen enkele msb's onder andere naar de afspraken met de zorgverzekeraars of de afspraken met de ziekenhuizen. Bij een klein aantal msb's (7%) is er geen sprake van een begrenzing van de vergoeding aan vakgroepen.

Vergelijking tussen 2023 en 2025

In beide jaren zijn de productiegerichte parameter o.b.v. realisatie geleverde zorg en de productiegerichte parameter o.b.v. realisatie ten opzichte van begroting te leveren zorg het meest bepalend voor de verdeling van de inkomsten onder de vakgroepen (zie Tabel 4). Met uitzondering van de twee productiegerichte parameters, is zowel het aantal afspraken over als de weging van de verschillende parameters binnen de interne verdeelsystematieken in beperkte mate gewijzigd. Ten opzichte van 2023 zien we met name een verschuiving van ongeveer 6 à 7 procentpunt van het aantal afspraken over de productiegerichte parameter o.b.v. realisatie geleverde zorg naar de productiegerichte parameter o.b.v. realisatie ten opzichte van begroting te leveren zorg. Verder betreft

de grootste verandering in de contractwaarde 4 procentpunt. Het gaat hier om een daling van de contractwaarde op basis van de productiegerichte parameter o.b.v. realisatie geleverde zorg. Dit wordt gevolgd door de overige parameters (3 procentpunt) en productiegerichte parameter o.b.v. realisatie ten opzichte van begroting te leveren zorg (2 procentpunt).

4.1.4 Gelijkgerichtheid in afspraken van ziekenhuizen met zorgverzekeraars en msb's

De hierboven beschreven financiële afspraken op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis' (par. 4.1.1) en het niveau 'ziekenhuis - msb' (par. 4.1.2) hebben we beoordeeld op de mate van financiële gelijkgerichtheid. In deze analyses hebben we de financiële afspraken uitgedrukt in contractwaarde. Onze analyses kunnen resulteren in de volgende beoordelingen:

- gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkel bij msb's is gelijk aan die bij ziekenhuizen
- niet-gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkel bij msb's is lager dan bij ziekenhuizen
- niet-gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkel bij msb's is hoger dan bij ziekenhuizen
- mate van gelijkgerichtheid tussen financiële afspraken is onduidelijk

Hieronder presenteren we de resultaten van onze analyses van de mate van gelijkgerichtheid tussen de financiële afspraken op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis' en het niveau 'ziekenhuis - msb'. In de resultaten vermelden we naast de contractwaarde ook om hoeveel msb's het gaat. In tegenstelling tot de contractwaarde tellen deze percentages niet op tot 100%. Financiële overeenkomsten kunnen namelijk bestaan uit meerdere typen financiële afspraken en we hebben per combinatie van financiële afspraken geanalyseerd of sprake is van gelijkgerichtheid.

Gelijkgerichte financiële afspraken

Uit onze analyse volgt dat 69% van de contractwaarde van de ziekenhuis-msb overeenkomsten lopen via gelijkgerichte afspraken (zie Tabel 5). Dit speelt bij 86% van het totaal aantal msb's. In dat geval is vaak een percentage van de schadelast / omzet van het ziekenhuis afgesproken (58 procentpunt). Voor het overige deel komen op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis' en het niveau 'ziekenhuis - msb' dezelfde typen financiële afspraken voor. Het gaat om een aanneemsom (6 procentpunt), omzetplafond (6 procentpunt) en volumevrije afspraken (0,2 procentpunt).

Niet-gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkel bij msb's is lager dan bij ziekenhuizen

Voor 15% van de contractwaarde is er geen sprake van gelijkgerichtheid tussen het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis' en het niveau 'ziekenhuis - msb' (zie Tabel 5). Bij een deel hiervan (12 procentpunt) hebben msb's een lagere productieprikkel dan de ziekenhuizen. Dit speelt bij 25% van het totaal aantal msb's. Vaak spreken de ziekenhuizen een omzetplafond af met de zorgverzekeraars, terwijl de ziekenhuizen een aanneemsom afspreken met de msb's (11 procentpunt). In de overige gevallen is sprake van een volumevrije afspraak op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis', terwijl met het msb respectievelijk een aanneemsom of omzetplafond is afgesproken.

Niet-gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkel bij msb's is hoger dan bij ziekenhuizen

Voor 4 procentpunt van de contractwaarde via de 'niet-gelijkgerichte financiële afspraken' (de hierboven genoemde 15%) hebben de financiële afspraken op het niveau 'ziekenhuis - msb' een hogere productieprikkel dan de financiële afspraken op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis'. Dit speelt bij 29% van het totaal aantal msb's. In die gevallen spreken de ziekenhuizen een omzetplafond of aanneemsom af met de zorgverzekeraars, terwijl met de msb's een volumevrije afspraak of omzetplafond wordt afgesproken.

Mate van gelijkgerichtheid tussen financiële afspraken is onduidelijk
Voor 16% van de totale contractwaarde is onduidelijk of sprake is van financiële gelijkgerichtheid tussen het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis' en het niveau 'ziekenhuis - msb'. In dit soort gevallen hebben ziekenhuizen en/of msb's gekozen voor een overige afspraak. Dit speelt bij 39% van het totaal aantal msb's. Voor het grootste deel van de contractwaarde geldt dat er sprake is van een productiegerichte afspraak tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Voor de overige afspraken tussen ziekenhuizen en msb's is sprake van zowel niet-productiegerichte afspraken als productiegerichte afspraken. In het laatste geval worden specifiek bij de volumevrije afspraken kanttekeningen gemaakt die lijken te wijzen op een vorm van begrenzing op de vergoeding van zorg. Op basis van de toelichtingen op de overige afspraken schatten wij in dat het grootste deel van de overige afspraken op het niveau 'ziekenhuis - msb' geen hogere productieprikkel bevat dan de overige afspraken op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis'.

Vergelijking tussen 2023 en 2025
In beide jaren is het overgrote deel van de contractwaarde gebaseerd op gelijkgerichte financiële afspraken (zie Tabel 5). Echter, dit aandeel is wel met 7 procentpunt gedaald naar 69%. Er is een verschuiving zichtbaar naar afspraken waarvan onduidelijk is of deze gelijkgericht zijn. De overige verschuivingen beperken zich toch minder dan 3 procentpunt. Tot slot is het percentage msb's (29%) met een hogere productieprikkel dan de ziekenhuizen nauwelijks veranderd ten opzichte van 2023 (30%).

Tabel 5: Gelijkgerichtheid tussen financiële afspraken 'zorgverzekeraars - ziekenhuizen' en 'ziekenhuizen - msb's'

	2023 (%)	2025 (%)	Verschil (procentpunt) tussen 2023 en 2025
Aandeel contractwaarde o.b.v. gelijkgerichte financiële afspraken (%)	76,5	69,4	-7,1
Aandeel contractwaarde o.b.v. niet-gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkels voor msb's zijn lager dan die voor ziekenhuizen (%)	9,2	11,5	2,3
Aandeel contractwaarde o.b.v. niet-gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkels voor msb's zijn hoger dan die voor ziekenhuizen (%)	5,8	3,5	-2,4
Aandeel contractwaarde waarvan onduidelijk is of sprake is van financiële gelijkgerichte afspraken (%)	8,5	15,7	7,1
Totaal	**100**	**100**	**-**

Bron: Invulformat NZa

Acties ten aanzien van het vergroten van financiële gelijkgerichtheid
Het overgrote deel van de ziekenhuizen (72%) en msb's (65%) geeft aan dat zij geen acties op dit gebied hebben ondernomen. Deze ziekenhuizen en msb's lichten vaak toe dat er reeds sprake is van gelijkgerichtheid in de financiële afspraken of (productie)prikkels. Verder noemen enkele ziekenhuizen dat gelijkgerichtheid of de verbeterpunten uit de 'Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven' onderwerp van gesprek is. Enkele ziekenhuizen en msb's benadrukken de gelijkgerichtheid op strategisch niveau of de onderlinge samenwerking op het gebied van de transformatie van de zorg.

Een aantal ziekenhuizen (28%) en een aantal msb's (33%) geven aan dat zij na de publicatie van de 'Monitor verbeterpotentieel medisch-specialistische bedrijven' wel acties hebben ondernomen om de financiële gelijkgerichtheid te vergroten. Deze ziekenhuizen en msb's verwijzen onder meer naar de (gewijzigde) financiële afspraken tussen de ziekenhuizen en msb's en de aanpassingen in de interne verdeelsystematieken van msb's. In de toelichtingen staat dat deze financiële afspraken (meer) in lijn

zijn gebracht met de financiële afspraken met de zorgverzekeraars en/of minder sturen op productie, bijvoorbeeld door een aanneemsom af te spreken in plaats van een (open) P*Q-afspraak of door KPI-afspraken te maken over kwaliteit of passende zorg. Enkele ziekenhuizen en msb's trekken samen op bij het opstellen van de productiebegroting van het ziekenhuis en/of de capaciteitsbegroting van het msb.

Tot slot blijkt uit de interviews dat meerdere ziekenhuizen en msb's via een 'mee-ademeffect' de belangen op elkaar afstemmen: het msb beweegt financieel mee met het financiële resultaat van het ziekenhuis. Zo'n mee-ademeffect ontstaat bijvoorbeeld bij het afspreken van een percentage van de schadelast van het ziekenhuis.

4.1.5 Gelijkgerichtheid tussen afspraken 'ziekenhuizen - msb's' en 'msb's - vakgroepen'

In lijn met paragraaf 4.1.4 behandelen we hieronder de mate van gelijkgerichtheid tussen de financiële afspraken op het niveau 'ziekenhuis - msb' (par. 4.1.2) en het niveau 'msb - vakgroepen' (par. 4.1.3).

Gelijkgerichte financiële afspraken
Uit onze analyse blijkt dat 48% van de totale verdeling van inkomsten onder de vakgroepen binnen een msb plaatsvindt op basis van gelijkgerichte financiële afspraken (zie Tabel 6). Dit speelt bij 86% van het totaal aantal msb's. Bij een groot deel van de gelijkgerichte afspraken (36 procentpunt) hebben de ziekenhuizen en msb's een percentage van de schadelast / omzet van het ziekenhuis afgesproken. Binnen de interne verdeelsystematiek wordt er vervolgens voornamelijk gewerkt met een productiegerichte parameter o.b.v. realisatie geleverde zorg (19 procentpunt) en/of een productiegerichte parameter o.b.v. realisatie ten opzichte van begroting te leveren zorg (14 procentpunt).

Niet-gelijkgerichte financiële afspraken: interne verdeelsystematiek bevat een lagere productieprikkel dan de afspraken 'ziekenhuis - msb'
Bij bijna een derde van de totale verdeling van de inkomsten binnen msb's (32%) is er geen sprake van gelijkgerichtheid tussen de financiële afspraken. Bij een deel hiervan (14 procentpunt) is er sprake van een lagere productieprikkel op het niveau van de interne verdeelsystematieken. Dit speelt bij 57% van het totaal aantal msb's. In dit soort gevallen loopt de verdeling via niet-productiegerichte parameters, zoals doelmatigheid / efficiency parameters of een parameter prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven.

Niet-gelijkgerichte financiële afspraken: interne verdeelsystematiek bevat een hogere productieprikkel dan de afspraken 'ziekenhuis-msb'
Bij ongeveer een vijfde van de totale verdeling van de inkomsten binnen msb's die plaatsvindt op basis van niet-gelijkgerichte financiële afspraken (18 procentpunt van de hierboven genoemde 32%), is er op het niveau van de interne verdeelsystematieken sprake van een hogere productieprikkel dan op het niveau 'ziekenhuis - msb'. Dit speelt bij 36% van het totaal aantal msb's. In dat geval hebben de ziekenhuizen en msb's een aanneemsom of een percentage van de schadelast / omzet van het ziekenhuis afgesproken. In het laatste geval is op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis' sprake van een aanneemsom. Maar de interne verdeelsystematieken bestaan ten minste uit de volgende parameters: een productiegerichte parameter o.b.v. realisatie geleverde zorg en/of een productiegerichte parameter o.b.v. realisatie ten opzichte van begroting te leveren zorg.

Mate van gelijkgerichtheid tussen financiële afspraken is onduidelijk
Voor bijna een vijfde van de totale verdeling van de inkomsten (20%) is onduidelijk of de financiële afspraken die de ziekenhuizen en msb's met elkaar maken en de interne verdeelsystematieken van de msb's gelijkgericht zijn. Hier gaat het om 59% van het totaal aantal msb's. Bij deze msb's is sprake van een overige afspraak. Wel zien we dat 2 procentpunt gebaseerd is op niet-productiegerichte parameters. Dat betekent dat dit deel van de verdeling geen hogere productieprikkels bevat op het niveau van de interne verdeelsystematieken. Verder verwachten we op basis van de toelichtingen op de overige afspraken dat het aandeel niet-gelijkgerichte afspraken met een hogere productieprikkel op het niveau van de interne verdeelsystematieken beperkt is.

Vergelijking tussen 2023 en 2025
Ten opzichte van 2023 is de mate van gelijkgerichtheid tussen de financiële afspraken op het niveau 'ziekenhuis - msb' en het niveau 'msb - vakgroepen' in beperkte mate veranderd (zie Tabel 6). Zowel het aantal gelijkgerichte financiële afspraken als het aantal niet-gelijkgerichte financiële afspraken is met 3 procentpunt afgenomen. In het bijzonder is het aandeel niet-gelijkgerichte financiële afspraken waarbij de productieprikkel op het niveau van de interne verdeelsystematieken groter is, ook afgenomen. Het gaat hierbij om 36% van het totaal aantal msb's ten opzichte van 48% van de msb's in het eerste deelonderzoek. Tot slot is de groep onduidelijk in beide jaren relatief groot. Deze groep is gestegen tot 20%. We merken echter nogmaals op dat we op basis van de toelichtingen op de overige afspraken verwachten dat het aandeel niet-gelijkgerichte afspraken hierin beperkt is.

Tabel 6: Gelijkgerichtheid tussen financiële afspraken 'ziekenhuizen - msb's' en 'msb's - vakgroepen' (interne verdeelsystematiek)

	2023 (%)	2025 (%)	Verschil tussen 2023 en 2025
Aandeel verdeling van inkomsten o.b.v. gelijkgerichte financiële afspraken (%)	50,5	47,6	-2,9
Aandeel verdeling van inkomsten o.b.v. niet-gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkels op het niveau van vakgroepen zijn lager dan die op het niveau van msb's (%)	15,1	13,7	-1,4
Aandeel verdeling van inkomsten o.b.v. niet-gelijkgerichte financiële afspraken: productieprikkels op het niveau van vakgroepen zijn hoger dan die op het niveau van msb's (%)	20,3	18,3	-2,0
Aandeel verdeling van inkomsten waarvan onduidelijk is of sprake is van financiële gelijkgerichte afspraken (%)	14,2	20,4	6,3
Totaal	**100**	**100**	-

Bron: Invulformat NZa

Acties ten aanzien van het vergroten van financiële gelijkgerichtheid
Meer dan de helft van de msb's (60%) heeft geen acties ondernomen op dit gebied. De meeste msb's noemen dat er al sprake was van gelijkgerichtheid in de financiële afspraken of productieprikkels tussen het ziekenhuis en het msb. Enkele msb's geven specifiek aan dat de productieprikkels binnen de interne verdeelsystematiek beperkt zijn.

Uit de antwoorden van de msb's blijkt dat 40% van de msb's wel acties heeft ondernomen om de financiële gelijkgerichtheid te vergroten. Deze msb's geven onder andere aan dat ze samen met het ziekenhuis de productiebegroting van het ziekenhuis opstellen. Een aantal msb's noemt specifiek dat hun capaciteitsbegroting hierop aansluit. Ook blijkt vaak uit de toelichting dat er wijzigingen zijn ingevoerd of zullen worden ingevoerd in de interne verdeelsystematiek. Voorbeelden van wijzigingen zijn de invoering van een capaciteitsbegrotingsmodel, het toevoegen van een vaste vergoeding component om de productieprikkel te verlagen of een vergoeding op basis van de ingezette capaciteit.

Enkele msb's verwijzen onder andere naar de doorvertaling van de afspraken met de zorgverzekeraars naar de interne verdeelsystematiek.

Verder wordt in de interviews enkele keren genoemd dat er in de interne verdeelsystematiek sprake is van harmonisatie , d.w.z. dat er in de basis sprake is van een gelijke beloning per (norm-)fte. Zo'n model leidt volgens enkelen tot minder onderlinge spanningen en een betere samenwerking.

Tot slot is één ziekenhuis kritisch op het capaciteitsmodel van Logex. Dit model is volgens het ziekenhuis productiegedreven en sluit onvoldoende aan bij de veranderende zorgvraag en de realisatie van passende zorg.

4.1.6 Van zorgverzekeraars naar vakgroepen

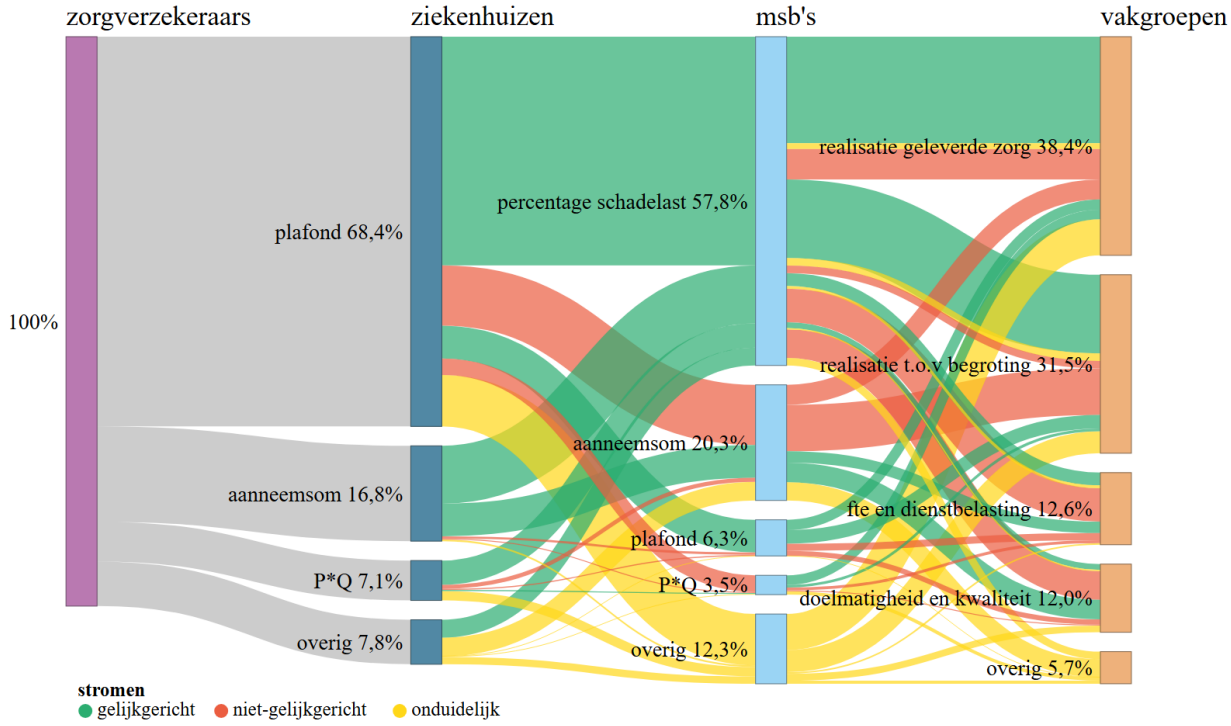
We hebben de resultaten uit de invulformats aan elkaar gekoppeld. We kunnen voor elke ziekenhuis - msb combinatie volgen onder welke financiële afspraken de gecontracteerde zorg uiteindelijk wordt geleverd door de vakgroepen. Deze gegevens hebben we vervolgens gecombineerd voor een beeld op macroniveau. Hieronder geven we een totaaloverzicht van de mate van gelijkgerichtheid tussen de verschillende niveaus van financiële afspraken, van zorgverzekeraars naar vakgroepen. Deze totaaloverzichten worden weergegeven in Figuur 14 en Figuur 15. Figuur 14 geeft de verdeling van financiële afspraken en de mate van gelijkgerichtheid op een gedetailleerd niveau weer en Figuur 15 geeft een algemeen beeld van de mate van gelijkgerichtheid

De volledige geldstromen zijn weergegeven in Figuur 14. Figuur 14 laat op drie niveaus de gewogen gemiddelde verdeling van de verschillende soorten financiële afspraken zien (de verticale balken):

1 op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis' (zie ook Tabel 2 hierboven);
2 op het niveau 'ziekenhuis - msb' (zie ook Tabel 3 hierboven);
3 op het niveau 'msb - vakgroepen' (zie ook Tabel 4 hierboven).

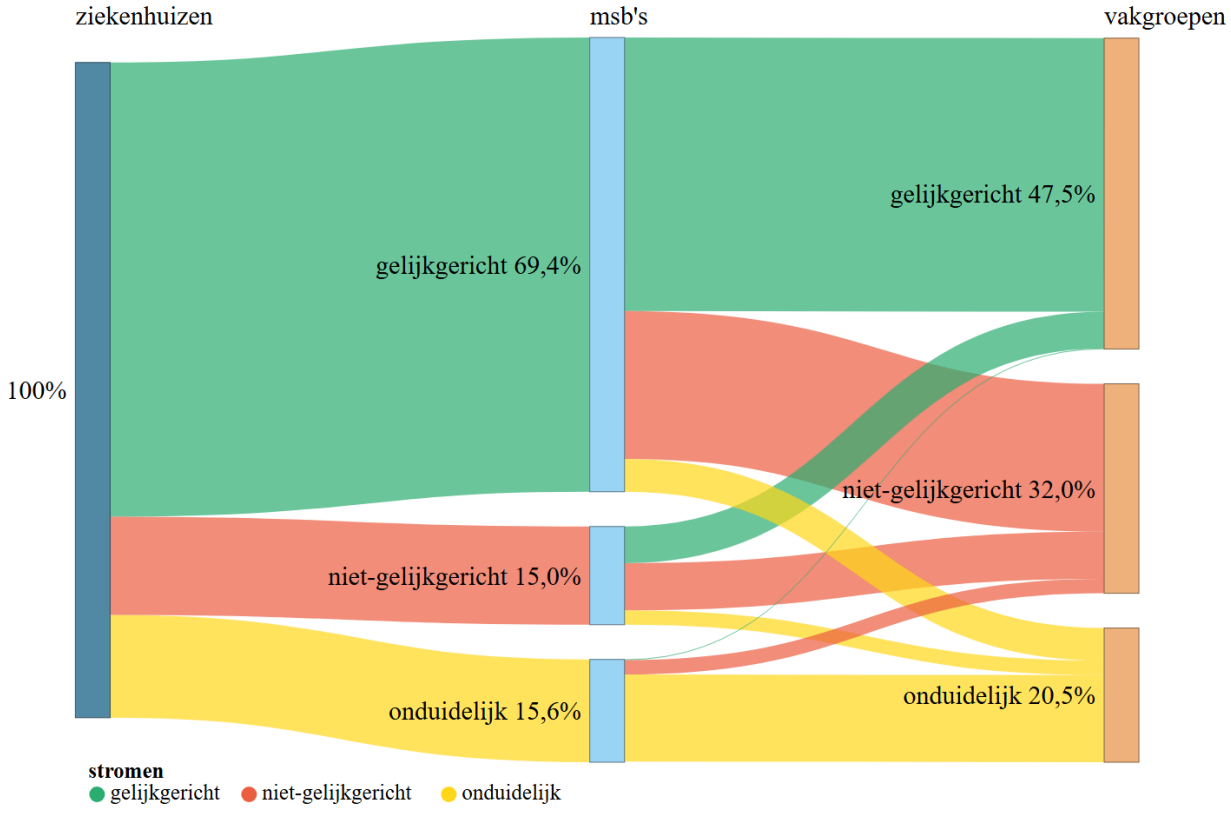
De stromen laten zien hoe de balken zijn opgebouwd. Met de kleur geven we aan of de productieprikkel die uitgaat van de financiële afspraak gelijkgericht is met de afspraak die er boven ligt. In Figuur 15 worden alle stromen die te zien zijn in Figuur 14, bij elkaar opgeteld op basis van de mate van gelijkgerichtheid in de financiële afspraken. Figuur 15 laat zien dat de afspraken die gemaakt worden tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen voor bijna 70% gelijkgericht zijn met de afspraken die gemaakt worden tussen ziekenhuizen en msb's. Daarvan is echter maar een kleine 42 procentpunt weer gelijkgericht met afspraken die het msb vervolgens maakt met de vakgroepen (de grote bovenste stroom die van gelijkgericht msb naar gelijkgericht vakgroep loopt). In 2023 waren deze cijfers nog respectievelijk 76% en 44%. Wat er in totaal als niet-gelijkgericht tussen de msb's en de vakgroepen wordt afgesproken is gedaald van 36% in 2023 naar 32% in 2025 (zie Bijlage 2). De afspraken tussen msb's en vakgroepen waarvan de mate van gelijkgerichtheid onduidelijk is, zijn gestegen van 14% naar 21%. Dit wordt met name veroorzaakt door een toename van lokale (maatwerken) afspraken die door ons niet goed te beoordelen zijn op mate van gelijkgerichtheid. In het kader hieronder en in Bijlage 2 hebben geven we meer uitleg over de figuren.

Figuur 14: Van zorgverzekeraars naar vakgroepen (2025): de verdeling van de financiële afspraken en de mate van gelijkgerichtheid



Bron: Invulformat NZa

Figuur 15: Van ziekenhuizen naar vakgroepen (2025): de mate van gelijkgerichtheid



Bron: Invulformat NZa

Toelichting bij figuren 14 en 15
Beide figuren moeten van links naar rechts worden gelezen. Het vertrekpunt in Figuur 14 is de paarse balk. Deze laat zien dat 100% van de gecontracteerde zorg bij de zorgverzekeraars vandaan komt. De grijze stromen van de zorgverzekeraars naar de ziekenhuizen laten zien hoe deze 100% verdeeld wordt over de verschillende soorten financiële afspraken die zorgverzekeraars met ziekenhuizen maken (dit zijn de donkerblauwe, verticale balken). Deze waarden corresponderen met de waarden die terug te vinden zijn in Tabel 2. Hoe dikker de stroom, hoe groter het aandeel in het totaalbedrag dat door zorgverzekeraars voor de gecontracteerde ziekenhuiszorg beschikbaar is. Vervolgens laten de stromingen vanaf de ziekenhuizen naar de msb's zien hoe de verdeling van de verschillende soorten financiële afspraken die ziekenhuizen maken met hun msb's (dit zijn de lichtblauwe, verticale balken), zijn opgebouwd. De stromen tellen weer samen op tot het aandeel wat die afspraak heeft in het totaal aan afspraken tussen de ziekenhuizen en de msb's en laten zien wat de bovenliggende zorgverzekeraar - ziekenhuisafspraak is. Bijvoorbeeld percentage schadelast (57,8%) is opgebouwd uit afspraken waar bovenliggend het ziekenhuis een plafondafspraak heeft (40,2%), een aanneemsom (10,2%), een P*Q afspraak (4,3%) of een overige afspraak (3,1%). De lichtblauwe balken van de msb's tellen ook weer op tot 100%. Deze waarden corresponderen met de waarden die terug te vinden zijn in Tabel 3. Ten slotte laten de stromingen vanaf de msb's zien hoe de verdeling van de verschillende soorten financiële afspraken die msb's maken met hun vakgroepen, is opgebouwd (dit zijn de oranje, verticale balken). Deze waarden corresponderen met de waarden die terug te vinden zijn in Tabel 3. Met de kleur van de stroom geven we aan of de productieprikkel die uitgaat van de financiële afspraak gelijkgericht is met de afspraak die er boven ligt.

In Figuur 15 worden alle stromen die te zien zijn in Figuur 14, bij elkaar opgeteld op basis van de mate van gelijkgerichtheid in de financiële afspraken (gelijkgericht, niet-gelijkgericht en onduidelijk). Samen vormen de stromen in Figuur 14 dus de basis voor de lichtblauwe en oranje balken in Figuur 15. Deze laten de gewogen gemiddelde verdeling van de mate van gelijkgerichtheid zien in de financiële afspraken tussen de verschillende partijen. In de tekst spreken we van het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis', 'ziekenhuis - msb' en 'msb - vakgroepen', in Figuur 15 hebben we dat samengevat tot respectievelijk 'ziekenhuis', 'msb' en 'vakgroepen'. In Bijlage 2 wordt verder uiteengezet hoe de figuren tot stand zijn gekomen en zijn de corresponderende figuren over 2023 te vinden.

4.2 Verbeterpunt 8: zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen

Conclusie verbeterpunt 8: de meeste ziekenhuizen en msb's ervaren gelijkgerichtheid tussen de financiële belangen
Verbeterpunt 8 geldt nu nog voor 12% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 37% van de msb's. De overgrote meerderheid van de ziekenhuizen en vrijwel alle msb's vinden de financiële belangen tussen de ziekenhuizen en msb's in grote mate gelijkgericht. Deze hoge mate van gelijkgerichtheid valt moeilijk te rijmen met de conclusies over de financiële transparantie van msb's (verbeterpunt 4) en over de gelijkgerichtheid met betrekking tot de interne verdeelsystematieken (verbeterpunt 7).

Inleiding

Naast de gelijkgerichtheid tussen de financiële afspraken hebben we ook onderzocht hoe ziekenhuizen en msb's de gelijkgerichtheid tussen de financiële belangen ervaren. Hieronder beschrijven we eerst de perspectieven van de ziekenhuizen en msb's van de mate van gelijkgerichtheid tussen de financiële belangen. Daarna gaan we in op de stappen die ziekenhuizen en msb's eventueel hebben gezet om de financiële belangen meer op elkaar aan te sluiten, dus in welke mate op dit verbeterpunt voortgang is geboekt ten opzichte van de uitkomsten van het eerste deelonderzoek.

Gelijkgerichtheid tussen financiële belangen

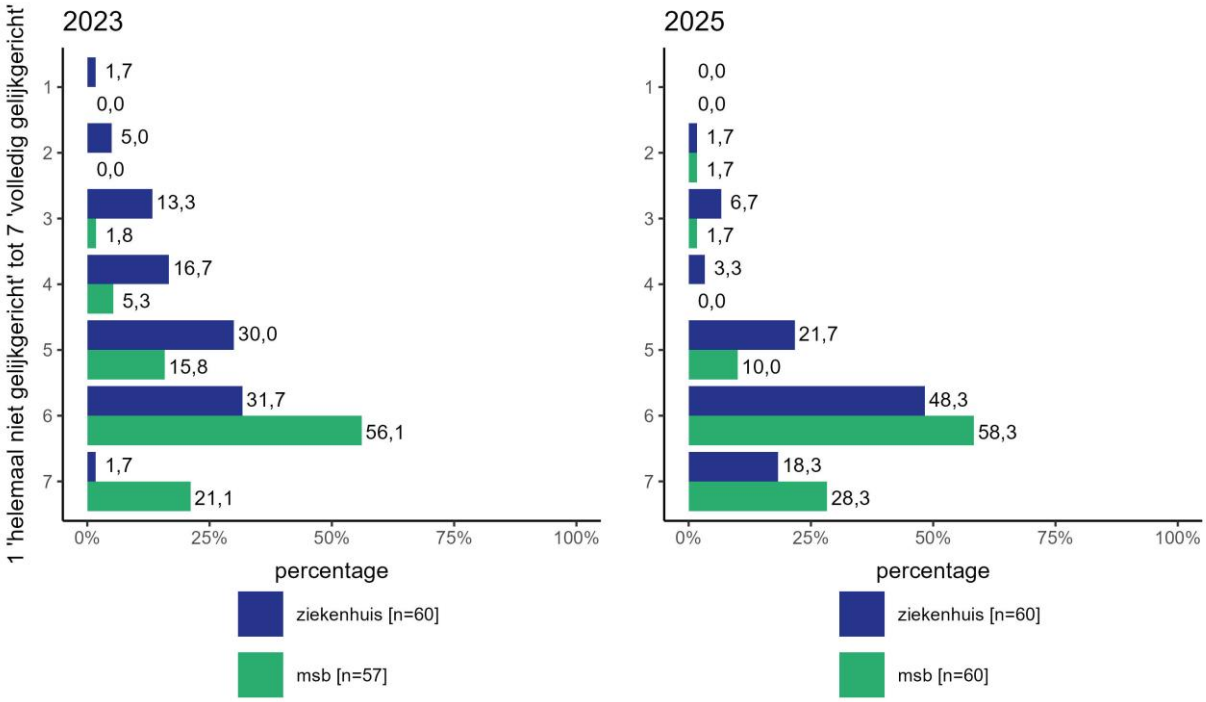
De overgrote meerderheid van de ziekenhuizen (88%) en vrijwel alle msb's (97%) beoordelen de gelijkgerichtheid tussen de financiële belangen hoog (zie Figuur 16). Deze ziekenhuizen en msb's geven de gelijkgerichtheid een 5 of hoger, op een 7-puntsantwoordschaal van 'helemaal niet gelijkgericht' tot 'volledig gelijkgericht'. Daarbij merken we op dat de msb's vaker de gelijkgerichtheid met een 6 of 7 scoren in vergelijking met de ziekenhuizen. Een minderheid van de ziekenhuizen (12%) scoort de gelijkgerichtheid van de financiële belangen met een 4 of lager. Bij de msb's is dit percentage zeer laag (3%).

Ten opzichte van het eerste deelonderzoek is met name bij de ziekenhuizen een grote verschuiving te zien van de lage scores naar de hoge scores. Het aantal ziekenhuisscores met een 4 of lager is fors afgenomen, namelijk van 37% naar 12%. Bij de msb's waren de scores al hoog, maar zien we hier ook een (lichte) verschuiving naar de hogere scores. De stijgende lijn is ook terug te zien in de gemiddelde scores: de gemiddelde ziekenhuisscore is gestegen van 4,7 naar 5,6 en de gemiddelde msb-score is gestegen van 5,9 naar 6,1. Figuur 16 laat daarnaast zien dat de verschillen in antwoorden tussen de msb's en ziekenhuizen minder uiteenlopen in vergelijking met het eerste deelonderzoek.

Toelichting op scores

Ziekenhuizen en msb's lichten in de enquête de mate van gelijkgerichtheid van de financiële belangen tussen het ziekenhuis en het msb aan de hand van verschillende aspecten toe. De meest voorkomende reden bij de ziekenhuizen (25%) en msb's (33%) is dat de financiële afspraken die het ziekenhuis maakt met het msb in lijn zijn met of een doorvertaling zijn van de afspraken met de zorgverzekeraars. Die reden wordt door ongeveer een derde van de ziekenhuizen en twee vijfde van de msb's genoemd. Verder geven met name msb's aan dat de ziekenhuizen en msb's gezamenlijk een productiebegroting opstellen. Enkele msb's specificeren dat de productiebegroting de basis vormt voor de eigen capaciteitsbegroting. Daarnaast geeft een aantal ziekenhuizen en msb's aan dat er sprake is van onderlinge transparantie over bijvoorbeeld de productie of de verdeelsystematiek, een gedeeld belang bij een goed functionerend ziekenhuis en/of gelijkgerichtheid ten aanzien van de strategie en/of kwaliteit van zorg. In een interview wordt bijvoorbeeld toegelicht dat het msb direct belang heeft bij het realiseren van de afgesproken strategie vanwege de impact op het honorarium.

Figuur 16: Mate van gelijkgerichtheid van financiële belangen tussen ziekenhuizen en msb's



Bron: Enquête NZa

Aan de andere kant wijst een aantal ziekenhuizen (20%) en msb's (12%) op de verschillende of tegengestelde belangen tussen msb's en ziekenhuizen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het (financiële) eigen belang van het msb ten opzichte van het belang van het ziekenhuis en/of de potentieel tegengestelde belangen op het gebied van de kostenverdeling, zoals bij de doorbelasting van ondersteunend zorgpersoneel. In aanvulling hierop wordt in een interview gewezen op de verschillende belangen binnen het msb, omdat vakgroepen vanuit hun eigen (financieel) belang redeneren. Dit compliceert volgens een ziekenhuis investerings- of personeelsvraagstukken. Daarnaast blijkt uit enkele toelichtingen in de enquête dat de gelijkgerichtheid onder spanning kan staan bij vraagstukken rondom portfoliokeuzes, zorgtransformatie of krimpvraagstukken.

Verder geven enkele ziekenhuizen aan dat de verdeelsystematiek onvoldoende transparant is of niet voldoende in lijn is met de ziekenhuisstrategie. In het laatste geval wordt gezocht naar een alternatief model. Tot slot lichten enkele ziekenhuizen en msb's toe dat ze werken aan de onderlinge gelijkgerichtheid door bijvoorbeeld de financiële afspraken en begrotingen meer op elkaar aan te laten sluiten.

Verbeteracties t.a.v. gelijkgerichtheid tussen financiële belangen

We hebben ziekenhuizen en msb's gevraagd of zij na de publicatie van het eerste deelonderzoek acties hebben ondernomen om de financiële belangen van het msb meer aan te laten sluiten bij de financiële belangen van het ziekenhuis. De grote meerderheid van de ziekenhuizen (65%) en msb's (73%) heeft geen acties op dit gebied ondernomen. In de enquêtetoelichtingen lichten deze ziekenhuizen en msb's het volgende toe: ziekenhuizen en msb's zijn tevreden over de mate van gelijkgerichtheid, de financiële belangen zijn al gelijkgericht, of er is geen aanleiding of noodzaak om veranderingen door te voeren.

Ruim een derde van de ziekenhuizen (35%) geeft aan dat zij acties hebben ondernomen om de financiële belangen van het msb meer aan te laten sluiten bij de financiële belangen van het ziekenhuis. Bij de msb's is dit percentage (27%) wat lager dan bij de ziekenhuizen. Een aanzienlijk deel van zowel de ziekenhuizen als msb's geeft aan dat zij door middel van diverse acties de financiële belangen meer in lijn met elkaar brengen of hebben gebracht. Er zijn bijvoorbeeld afspraken gemaakt over het productiebegrotingsmodel, er is sprake van een (hogere) betrokkenheid van het msb in het productiebegrotingsproces, of msb's dragen financieel bij aan de financiële gezondheid van het ziekenhuis. Een klein deel van de ziekenhuizen en msb's benoemt specifiek dat de msb's aanpassingen hebben doorgevoerd in de interne verdeelsystematiek.

Verder blijkt uit de toelichtingen van een aantal ziekenhuizen en msb's dat de financiële belangen meer in lijn worden of zijn gebracht door: de hogere betrokkenheid van msb's (omtrent passende zorg), aanvullende afspraken te maken over passende zorg of gezamenlijke doelen, meer onderlinge transparantie of aanvullende afspraken op het gebied van doelmatige bedrijfsvoering. In enkele gevallen wordt aangegeven dat het ziekenhuis en het msb bezig zijn om de financiële belangen (meer) op elkaar aan te laten sluiten.

5 Resultaten: aanvullende thema's

5.1 Algemene samenwerking

Conclusie: onderlinge samenwerking is goed, maar een derde (33%) van de ziekenhuizen ziet in de aanwezigheid van het msb een gemiddeld tot hoog risico voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis; daarmee blijft dit een aandachtspunt
Net zoals in het eerste deelonderzoek, is ook nu gebleken dat ziekenhuizen en msb's over het algemeen een goede samenwerking ervaren. Verder blijkt dat een toegenomen aantal ziekenhuizen (67%) lage tot zeer lage risico's ziet voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis als gevolg van de aanwezigheid van het msb. Toch duidt nog steeds bijna 25% van de ziekenhuizen dat risico als gemiddeld en 8% als hoog. De aanwezigheid van het msb in relatie tot de bestuurbaarheid van het ziekenhuis blijft dus een aandachtspunt, ook al ervaren de msb's en ziekenhuizen de onderlinge samenwerking beide als goed.

Inleiding

In deze paragraaf beschrijven we hoe ziekenhuizen en msb's de onderlinge samenwerking beoordelen. Ook beschrijven we in hoeverre msb's een risico vormen voor de bestuurbaarheid van ziekenhuizen.

Onderlinge samenwerking

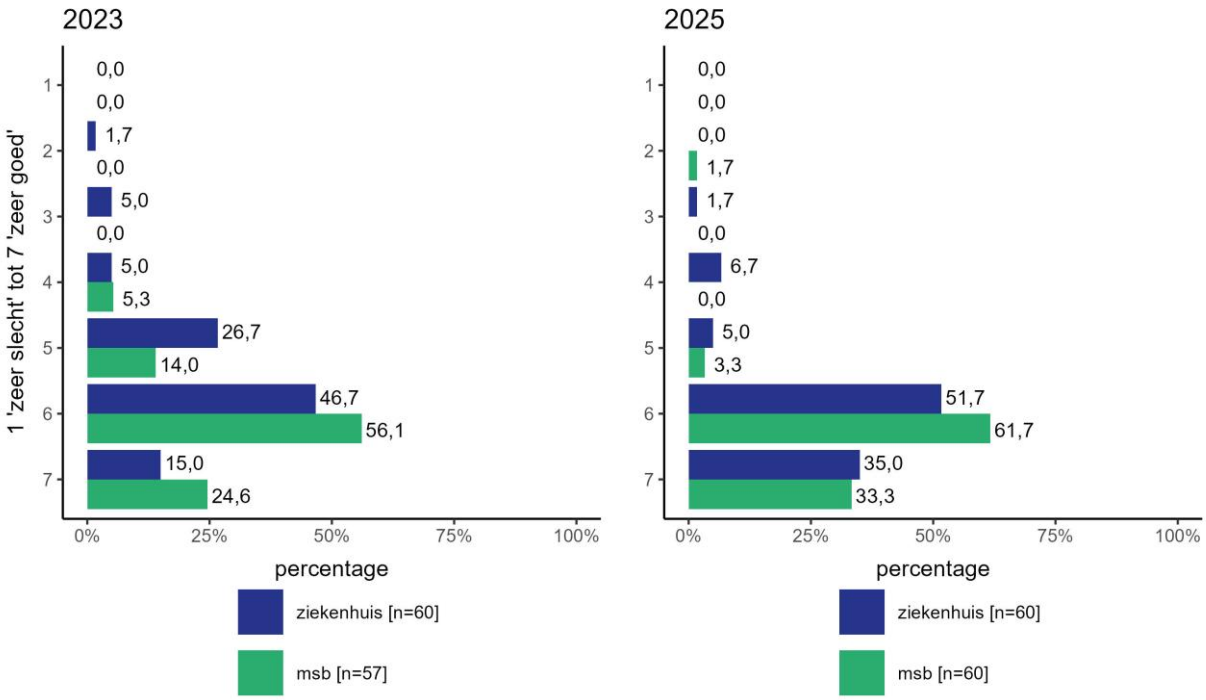
Het vertrouwen dat ziekenhuizen en msb's hebben in de onderlinge samenwerking is groot. Op een 7-puntsschaal, waarbij 1 staat voor 'totaal geen vertrouwen' en 7 voor 'het volste vertrouwen', geeft 93% van de ziekenhuizen een score van 5 of hoger. In het eerste deelonderzoek was dat nog 85%. De msb's zijn ook hier (nog) positiever dan de ziekenhuizen: 97% van de msb's scoort het vertrouwen in de samenwerking met het ziekenhuis met een 5 of hoger. In het eerste deelonderzoek lag dat percentage ook al hoog, namelijk op 93%.

Als we een vergelijking maken tussen het eerste deelonderzoek en het huidige deelonderzoek voor de gemiddelde scores voor het vertrouwen in de onderlinge samenwerking op deze 7-puntsschaal, zien we dat de gemiddelde scores zijn gestegen. De gemiddelde ziekenhuisscore is gestegen van 5,5 naar 6,1. De gemiddelde msb-score is gestegen van 6,0 naar 6,2.

Net als bij het eerste deelonderzoek legden we de ziekenhuizen en msb's opnieuw de vraag voor hoe zij de onderlinge samenwerking in zijn algemeenheid waarderen. Ook hier diende men te antwoorden op een 7-puntsschaal, waarbij 1 staat voor 'zeer slecht' en 7 voor 'zeer goed' (zie Figuur 17). We zien hetzelfde beeld als bij de vraag hierboven over het vertrouwen in de onderlinge samenwerking.

Ziekenhuizen geven een gemiddelde score van 6,1 voor de samenwerking in zijn algemeenheid. Msb's geven de samenwerking in zijn algemeenheid een gemiddelde score van 6,2. Ook hier zien we dat de ziekenhuizen ten opzichte van de resultaten uit het eerste deelonderzoek (destijds een gemiddelde score van 5,6) vrijwel volledig naar de gemiddelde score van de msb's zijn toe gekropen.

Figuur 17: Waardering algemene samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's



Bron: Enquête NZa

We hebben ziekenhuizen en msb's ook de vraag voorgelegd hoe zij in het algemeen de onderlinge persoonlijke verhoudingen waarderen. Ziekenhuizen en msb's konden hun scores kiezen op een 7-puntsschaal, waarbij 1 staat voor 'zeer slecht' en 7 voor 'zeer goed'. Deze vraag is nieuw en maakte dus geen deel uit van het eerste deelonderzoek. Zowel de ziekenhuizen als de msb's geven op deze 7-puntsschaal een 6,4 als gemiddelde score voor de onderlinge persoonlijke verhoudingen.

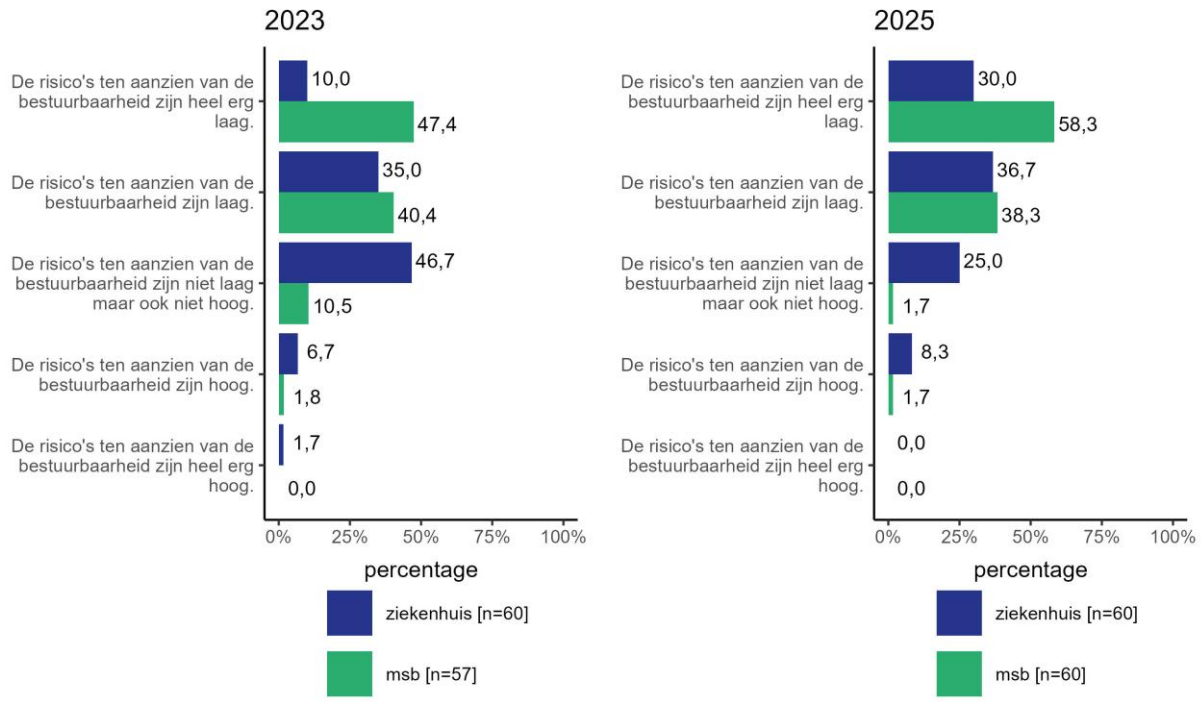
Ook de mate waarin gevoelige onderwerpen met elkaar kunnen worden besproken, laat qua gemiddelde scores hetzelfde beeld zien. Zowel de ziekenhuizen als de msb's zijn hierover uitgesproken positief. Ziekenhuizen en msb's geven hieraan in 2025 op een 7-puntsschaal gemiddelde scores van 6,2 respectievelijk 6,4. Op deze 7-puntsschaal staat een score 1 voor 'totaal onbespreekbaar' en een score 7 voor 'volledig bespreekbaar'. De resultaten uit het eerste deelonderzoek lieten bij deze vraag gemiddelde scores zien van 5,5 bij de ziekenhuizen en 6,0 bij de msb's.

Interviews
De eerdergenoemde bevindingen op het gebied van onderlinge samenwerking worden ondersteund door de interviews. De interviews laten zien dat er over het algemeen sprake is van openheid, regelmatig contact, bespreken van onderliggende belangen, ruimte voor discussie of elkaar actief informeren om verrassingen te voorkomen. Ook kregen we regelmatig terug dat de onderlinge samenwerking sterk is verbeterd. Als redenen werden door de geïnterviewden aangevoerd dat men serieus in de samenwerking heeft geïnvesteerd en verder dat personele wisselingen binnen de msb- en ziekenhuisbesturen eveneens hebben bijgedragen aan een betere onderlinge samenwerking.

Vormen msb's een risico voor bestuurbaarheid ziekenhuizen?

Van de ziekenhuizen is 67% van mening dat de aanwezigheid van msb's een laag (37%) tot zeer laag (30%) risico vormt voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis (zie Figuur 18). Een kwart van de ziekenhuizen (25%) antwoordt dat het risico niet laag, maar ook niet hoog is. Ten slotte is 8% van de ziekenhuizen van mening dat de msb's een hoog risico vormen voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Ten opzichte van het eerste deelonderzoek zien we een duidelijke afname (22 procentpunt) van het aantal antwoorden in de middencategorie ('risico niet laag, maar ook niet hoog') tegenover een ongeveer gelijke stijging (20 procentpunt) van antwoorden in de laagste risicocategorie ('risico is heel erg laag').

Figuur 18: Risico's voor bestuurbaarheid ziekenhuis door aanwezigheid msb



Bron: Enquête NZa

Bij de msb's zien we een uitgesproken beeld: 97% van de msb's beoordeelt haar eigen aanwezigheid als een laag (38%) tot zeer laag (58%) risico voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Slechts twee msb's zien dat anders. Eén msb geeft aan zijn eigen aanwezigheid te zien als een risico dat niet laag, maar ook niet hoog is voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Het andere msb zegt dat zijn eigen aanwezigheid een hoog risico vormt voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis.

Concluderend kunnen we vaststellen dat de ziekenhuizen ten opzichte van het eerste deelonderzoek de aanwezigheid van het msb als risico voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis substantieel lager inschatten. Toch schat nog steeds een kwart (25%) van de ziekenhuizen dat risico noch laag, noch hoog in en 8% van de ziekenhuizen benoemt dat een hoog risico.

Veel msb's geven aan dat wanneer sprake is van goede bestuurlijke samenwerking en van gelijkgerichte belangen, msb's geen risico vormen voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Sommige msb's voegen daar nog aan toe, zonder overigens uit te leggen waarom, dat hun aanwezigheid de bestuurbaarheid van het ziekenhuis juist vergroot. Als randvoorwaarden om de risico's voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis laag te houden, noemen de msb's o.a.:

- de inrichting van een solide vergadercyclus
- het vastleggen van afspraken over honorarium, co-bestuur en strategie
- de aanwezigheid van en het investeren in een gelijkgerichte cultuur en wederzijds vertrouwen
- een transparante financieel verdeelsystematiek
- het niet uit de weg gaan van moeilijke onderwerpen
- een professioneel msb-bestuur met het vermogen om collectief te denken

De meest voorkomende redenen die ziekenhuizen noemen, waarom msb's een (zeer) laag risico vormen voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis, zijn:
- het sterke onderlinge vertrouwen
- de intensieve, op vele fronten doorgevoerde samenwerking
- de gezamenlijke besluitvorming aan dezelfde bestuurlijke overlegtafel

Verder valt op dat vrijwel alle ziekenhuizen die kozen voor antwoordoptie 'het risico is niet laag, maar ook niet hoog', in hun toelichting spreken over omstandigheden die - wanneer deze zich voordoen - msb's wel degelijk een (hoog) risico vormen voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis. Als risico-verhogende omstandigheden worden genoemd:
- conflictsituaties
- afwezigheid van wederzijds vertrouwen
- nieuwe msb-bestuurders ('wisseling van de wacht') waarmee de relatie slecht is
- een onvoldoende professioneel msb-bestuur
- het eenzijdig nastreven van eigen financiële belangen zonder daarover transparant te zijn

5.2 Samenwerking in relatie tot realisatie IZA-doelstellingen

Conclusie: de meerderheid van de ziekenhuizen heeft vertrouwen in de samenwerking met msb's om de doelstellingen uit het IZA te kunnen realiseren; toch heeft 17% van de ziekenhuizen hier nog steeds twijfels over; daarmee blijft dit een aandachtspunt
Op meerdere aspecten binnen de samenwerking in relatie tot de realisatie van de IZA-doelstellingen is een positieve ontwikkeling zichtbaar. Toch geldt nog steeds voor een aantal ziekenhuizen (17%) dat dit specifieke onderdeel van de samenwerking een aandachtspunt is. Deze groep ziekenhuizen geeft aan vaak niet te kunnen beoordelen of de samenwerking met msb's een vruchtbare basis vormt voor het gezamenlijk oplossen van moeilijke kwesties in het kader van de beweging naar passende zorg. Daarmee blijft dit een aandachtspunt.

Inleiding

In deze paragraaf gaan we dieper in op de samenwerking tussen ziekenhuizen en msb's in relatie tot het verwezenlijken van de doelstellingen uit het IZA. In het IZA is op hoofdlijnen vastgelegd wat van ziekenhuizen en msb's wordt verwacht om in de komende jaren de transformatie naar passende zorg succesvol te kunnen realiseren. Met name de thema's 'concentratie en spreiding van zorg' en 'regionale samenwerking spelen daarbij een belangrijke rol. Voor ziekenhuizen en msb's kan de transformatie naar passende zorg ingrijpende gevolgen hebben. Nieuwe kansen en mogelijkheden kunnen zich aandienen. Maar het kan ook betekenen dat bepaalde vormen van zorg moeten worden afgeschaald of zelfs geheel moeten worden afgestoten. Voor vakgroepen in een msb die daarmee te maken krijgen, zullen dit soort keuzes ingrijpende financiële en personele gevolgen hebben.

Gezamenlijke uitvoering actiepunten IZA

Vrijwel alle ziekenhuizen (98%) en msb's (98%) geven aan dat zij gezamenlijk uitvoering geven aan de actiepunten die uit het IZA voortvloeien. Wel geeft 57% van de ziekenhuizen aan dat hun eigen aandeel in het uitvoeren van de IZA-actiepunten groter is dan dat van de msb's. 32% van de msb's is ook van mening dat het ziekenhuisaandeel in het realiseren van de IZA-actiepunten groter is dan dat van de msb's. Wat hierbij verder opvalt is het percentage ziekenhuizen dat van mening is dat msb's en ziekenhuizen in gelijke mate uitvoering geven aan de IZA-actiepunten. Dat percentage is ten opzichte van het eerste deelonderzoek gestegen van 28% naar nu 42%. Een stijging van 19 procentpunt.

Samenwerking in relatie tot realisatie actiepunten IZA

80% van de ziekenhuizen ziet de msb's als een positieve factor in de realisatie van de actiepunten uit het IZA. Bij het eerste deelonderzoek lag dit percentage nog op 57%. Dat is een forse stijging van 23 procentpunt. Maar omgekeerd geldt ook dat vrijwel alle msb's (90%) in de ziekenhuizen een positieve factor zien als het gaat om de realisatie van de IZA-actiepunten. Ook bij de msb's is een aanzienlijke stijging van dit percentage te zien ten opzichte van het eerste deelonderzoek. Toen bedroeg dat percentage 74%. Er is dus sprake van een stijging van 16 procentpunt.

Is de relatie bestand tegen pijnlijke keuzes IZA-doelstellingen?

Maar hebben ziekenhuizen en msb's er ook vertrouwen in dat de IZA-doelstellingen (gezamenlijk) worden gerealiseerd als dat pijnlijke keuzes vergt? Een grote meerderheid van de ziekenhuizen (83%) en vrijwel alle msb's (95%) beantwoorden deze twee vragen bevestigend. De twee meest voorkomende argumenten ter onderbouwing van dit standpunt zijn dat men de onderlinge relatie als goed c.q. sterk beoordeelt en dat er een gezamenlijke bestuurlijke overlegtafel is waarop alle onderwerpen, dus ook die over het IZA, in alle openheid worden besproken. Binnen de relatief kleine groep ziekenhuizen (17%) die het onderlinge vertrouwen om gezamenlijk de transitie naar passende zorg te realiseren vaak niet kan beoordelen, wordt daarvoor het vaakst als oorzaak genoemd dat de msb-belangen niet of onvoldoende stroken met die van het ziekenhuis. Zowel in de verstrekte toelichtingen als in sommige interviews werd als ander knelpunt genoemd dat de huidige inrichting van de bekostiging niet bijdraagt aan het verwezenlijken van de IZA-doelstellingen, omdat deze bekostiging productieprikkels bevat.

Veranderbereidheid in relatie tot transitie naar passende zorg

We hebben ziekenhuizen ook gevraagd naar de veranderbereidheid van msb's om de noodzakelijke maatregelen in verband met de transitie naar passende zorg te kunnen doorvoeren. Aan msb's stelden we de omgekeerde vraag, namelijk hoe zij de veranderbereidheid van ziekenhuizen waardeerden.

Als we de antwoorden van beide groepen met elkaar vergelijken, zien we dat msb's de veranderbereidheid van ziekenhuizen hoger waarderen dan dat ziekenhuizen dit doen voor msb's: 85% van de msb's tegen 72% van de ziekenhuizen. Het gaat om een verschil van 13 procentpunt. Bij het eerste deelonderzoek was dit verschil nog 31 procentpunt. Ook op het punt van de veranderbereidheid zien we dat ziekenhuizen de msb's positiever zijn gaan beoordelen. Uit de toelichtingen van de ziekenhuizen en msb's blijkt dat er over het algemeen sprake is van goede c.q. sterke onderlinge relatie, leidend tot het vertrouwen in het maken van (moeilijke) keuzes om passende zorg te realiseren. Een klein aantal ziekenhuisbestuurders benoemt belangen van vakgroepen als risico bij het maken van moeilijke keuzes. Ook dient opgemerkt te worden dat meerdere msb's en ziekenhuizen rapporteren dat zij nog niet te maken hebben gehad met het maken van 'moeilijke' keuzes in de transitie naar passende zorg.

6 Conclusies

We eindigen ons rapport met een aantal conclusies. We starten met een algemene conclusie bij de acht verbeterpunten. Daarna volgen de conclusies per verbeterpunt en per aanvullend thema. Onze conclusies met bijbehorende verbeterpercentages zijn gebaseerd op de antwoorden van de ziekenhuizen.

Algemene conclusie bij de acht verbeterpunten

We concluderen dat vier verbeterpunten (1, 2, 3 en 8) niet langer als verbeterpunt hoeven te worden beschouwd. De overige vier verbeterpunten (4, 5, 6 en 7) blijven wel als verbeterpunt gelden. Hieronder werken we deze conclusies nader uit.

Verbeterpunten die niet langer als verbeterpunt gelden

In het eerste deelonderzoek gaven msb's vaak hogere of positievere scores dan de ziekenhuizen als het ging om de waardering van de onderlinge relatie op de twee hoofdthema's 'bestuurbaarheid' en 'financiële gelijkgerichtheid'. In het voorliggende, tweede deelonderzoek zien we dit opnieuw, maar de verschillen met de ziekenhuisscores zijn duidelijk kleiner geworden. Dit geldt met name voor de volgende verbeterpunten:

- Verbeterpunt 1: stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast.
- Verbeterpunt 2: maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang.
- Verbeterpunt 3: versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden.
- Verbeterpunt 8: zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen.

De positieve ontwikkeling bij deze vier verbeterpunten is dusdanig sterk dat zij inmiddels nog op hooguit 15% van de msb's van toepassing zijn.

Verbeterpunten die nog steeds als verbeterpunt gelden

Voor de vier resterende verbeterpunten 4, 5, 6 en 7 zien we dat de voortgang achterblijft. Het betreft achtereenvolgens de volgende verbeterpunten:

- Verbeterpunt 4: verbeter als msb de eigen financiële transparantie.
- Verbeterpunt 5: beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten.
- Verbeterpunt 6: verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb.
- Verbeterpunt 7: maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken.

Bij geen van deze verbeterpunten is het percentage msb's gedaald naar 20% of lager. Bij deze verbeterpunten zien we weliswaar verbetering, maar toch blijven ze van toepassing op 27% tot 40% van de msb's. Tegen de achtergrond van de veranderopgave waar ziekenhuizen en msb's op grond van het IZA en AZWA voor staan, is het zorgelijk dat deze vier verbeterpunten nog steeds serieuze aandachtspunten zijn voor een relatief groot aantal msb's.

Conclusies per verbeterpunt

1 **Stel als msb en ziekenhuis een gezamenlijke (meerjaren)strategie op en leg die vast**
Conclusie: de meeste ziekenhuizen en msb's hebben inmiddels een gezamenlijke (meerjaren)strategie.
Verbeterpunt 1 geldt nu nog voor 10% van de msb's en ziekenhuizen. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 30% van de msb's en ziekenhuizen. De onderzoeksresultaten bieden voldoende vertrouwen om ervan uit te gaan dat ook de laatste msb's en ziekenhuizen waarop dit verbeterpunt betrekking heeft op korte termijn een gezamenlijke (meerjaren)strategie zullen vaststellen.

2 **Maak als msb het eigen belang ondergeschikt aan het overkoepelende ziekenhuisbelang en het maatschappelijk belang**
Conclusie: volgens de ziekenhuizen dient een grote meerderheid van de msb's niet enkel het eigen belang, maar ook het overkoepelende ziekenhuisbelang en maatschappelijk belang.
Verbeterpunt 2 geldt nu nog voor 15% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 35% van de msb's. Deze percentages hebben zowel betrekking op het dienen van het overkoepelende ziekenhuisbelang als het dienen van het maatschappelijke belang. Ondanks de hoge mate van gelijkgerichtheid wordt wel enkele keren door ziekenhuizen genoemd dat het ingewikkeld kan worden om strategische beslissingen te nemen of uit te voeren als zo'n beslissing (negatieve) financiële impact heeft op individuele vakgroepen.

3 **Versterk als msb het mandaat van het eigen bestuur en investeer in de professionaliteit van de bestuursleden**
Conclusie: een grote meerderheid van de msb's heeft een professioneel bestuur en beschikt over voldoende mandaat.
Verbeterpunt 3 geldt voor 15% van de msb's. Het mandaat van het msb-bestuur is volgens de meeste ziekenhuizen geen aandachtspunt. Wel valt op dat er een spanningsveld lijkt te bestaan tussen enerzijds de behoefte van het msb om voor voorgenomen bestuurlijke beslissingen eerst draagvlak onder haar vakgroepen te verwerven en anderzijds de behoefte van het ziekenhuis aan efficiënte besluitvorming. Daarnaast zijn de meeste ziekenhuizen en msb's positief over elkaars bestuurlijke kwaliteiten. Wel zien ziekenhuizen en msb's vaak nog verbeterruimte bij elkaar op het gebied van leiderschap en bestuurlijke sensitiviteit.

4 **Verbeter als msb de eigen financiële transparantie**
Conclusie: hoewel ten opzichte van het eerste deelonderzoek sprake is van substantiële verbetering, schiet de financiële transparantie van een relatief grote groep msb's nog steeds tekort.
Verbeterpunt 4 geldt nog voor 27% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 48% van de msb's. De msb's zijn zelf een stuk positiever over de mate waarin zij financieel transparant zijn in de richting van het ziekenhuis. Er zit dus een duidelijk verschil tussen hoe de ziekenhuizen de financiële transparantie van de msb's ervaren en wat de msb's zelf vinden van de mate waarin zij de ziekenhuizen financiële transparantie bieden. Dat dit verbeterpunt nog steeds actueel is, blijkt uit de volgende zes onderwerpen. De mate waarin msb's op deze zes onderwerpen financiële transparantie bieden aan ziekenhuizen schiet - op het eerste onderwerp (a) na - nog steeds tekort:
   a overeenkomsten over medische hulpmiddelen en geneesmiddelen: 2% van de msb's heeft geen toestemmings- of meldplicht aan het ziekenhuis;
   b jaarrekeningen: 37% van de ziekenhuizen heeft nog steeds deels of helemaal geen inzicht in de jaarrekeningen van msb's;

c periodieke productiecijfers: 50% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen of slechts gedeeltelijk inzicht in de periodieke productiecijfers van de msb's;
d capaciteitsbegroting: 37% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen of slechts gedeeltelijk inzicht in de capaciteitsbegroting van de msb's;
e interne verdeelsystematiek: 25% van de ziekenhuizen heeft nog steeds geen inzicht in de werking van de interne verdeelsystematiek van het msb;
f bedragen die vakgroepen ontvangen: 73% van de ziekenhuizen weet nog steeds niet welke bedragen vakgroepen ontvangen op basis van de interne verdeelsystematiek van de msb's.

De percentages die bij de bovenstaande financiële deelonderwerpen horen, met uitzondering van onderwerpen (a) en (e), zijn aanzienlijk hoger dan het percentage (27%) waarop dit verbeterpunt betrekking heeft. We hebben niet onderzocht waardoor deze verschillen kunnen worden verklaard. We hebben ook niet onderzocht waarom volgens meer dan een kwart van de ziekenhuizen de financiële transparantie van msb's nog steeds tekortschiet. Hoewel de achterliggende oorzaak onbekend is, blijft het een uitkomst die zorgelijk is. Met name omdat het hier gaat om een relatief eenvoudig te realiseren verbeteractie.

5 Beslis als msb en ziekenhuis samen over het aannemen van vrijgevestigde medisch specialisten

Conclusie: Bij 40% van de msb's en ziekenhuizen heeft het ziekenhuis te weinig invloed op het aannameproces van vrijgevestigde medisch specialisten.

Voor verbeterpunt 5 geldt dat we nog voor 40% van de msb's en ziekenhuizen mogelijkheden zien om de invloed van het ziekenhuis op het aannamebeleid van vrijgevestigde medisch specialisten te vergroten. Hiermee doelen we specifiek op de invloed van het ziekenhuisbestuur op het aantal formatieplaatsen (fte's) binnen de vakgroepen, en dus niet op de keuze voor de persoon die een vacature zal gaan vervullen. In de gezamenlijke handreiking van de Federatie Medische Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) 'Handreiking Gelijkgerichtheid' staat dat de Raad van Bestuur adviesrecht zou moeten hebben bij het aanstellen van nieuwe leden van het msb. Maar uit de omschrijving van dit verbeterpunt volgt dat de rol van de Raad van Bestuur in het aannameproces verder zou moeten reiken dan enkel een adviesstem. Het maken van gezamenlijke keuzes omtrent groei, krimp of behoud van het bestaande aantal fte's medisch specialisten binnen vakgroepen is een belangrijk proces met mogelijk verstrekkende gevolgen voor de gehele ziekenhuisorganisatie. Zeker in het licht van de concentratie- en spreidingsdiscussie rondom een aantal medisch-specialistische aandoeningen. Het aannameproces zouden msb's en ziekenhuizen daarom gezamenlijk moeten doorlopen, waarbij ieders invloed op de uiteindelijke uitkomst gelijk zou moeten zijn. Dat is nu voor een groot aantal ziekenhuizen nog niet, of in onvoldoende mate, het geval.

6 Verenig losse msb's, die ieder afzonderlijk aan één ziekenhuis zijn verbonden, tot één geïntegreerd msb

Conclusie: een kwart van de ziekenhuizen werkt nog steeds met meerdere msb's.

Verbeterpunt 6 geldt nu nog voor 27% van de msb's en ziekenhuizen. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 29% van de msb's en ziekenhuizen. We realiseren ons dat het soms jaren kan duren om dit soort ingrijpende organisatorische veranderingen doorgevoerd te krijgen. Desalniettemin heeft het overgrote deel van de msb's en ziekenhuizen waar dit verbeterpunt betrekking op heeft, tot op heden geen acties ondernomen om het aantal msb's terug te brengen tot maximaal één. Deze msb's en ziekenhuizen geven aan dat zij tevreden zijn met de huidige organisatiestructuur. Wij vinden deze uitkomst om twee redenen opmerkelijk. Ten eerste omdat een grote meerderheid (82%) van de ziekenhuizen waaraan meerdere msb's zijn verbonden, bij het eerste deelonderzoek nog aangaf dat de bestuurbaarheid van het ziekenhuis niet gediend is met de

aanwezigheid van meerdere msb's. En in de tweede plaats omdat in de 'Handreiking Gelijkgerichtheid' van de FMS en de NVZ wordt aanbevolen om te streven naar maximaal één msb per ziekenhuis.

7 **Maak als msb geen financiële afspraken die sterkere productieprikkels bevatten dan de bovenliggende financiële afspraken**
Conclusie: nog steeds zijn er te veel financiële afspraken binnen het msb die sterkere productieprikkels bevatten dan de financiële afspraken die het msb maakt met het ziekenhuis.
Verbeterpunt 7 heeft met name betrekking op de mate waarin 1) de interne verdeelsystematiek van msb's en 2) de financiële afspraken tussen msb's en ziekenhuizen gelijkgericht zijn. Er is sprake van een verbeterpunt als de interne verdeelsystematiek van het msb de (zorg)productie sterker stimuleert dan het geval is op het niveau van de financiële afspraken tussen het msb en ziekenhuis. Momenteel geldt het verbeterpunt nog steeds voor 18% van de vergoedingen die door het msb op basis van de interne verdeelsystematiek aan de afzonderlijke vakgroepen wordt uitgekeerd. Daarbij gaat het om 36% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 20% van deze vergoedingen en voor 48% van de msb's.

Ondanks de acties die msb's en ziekenhuizen noemen om de financiële gelijkgerichtheid te vergroten, blijft dit verbeterpunt gelden voor ruim een derde (36%) van de msb's. Het ontbreken van gelijke prikkels, of beter: de aanwezigheid van een hogere productieprikkel bij de vakgroepen binnen het msb, verhoogt het risico op spanningen in de samenwerking tussen msb's en ziekenhuizen, maar ook tussen de vakgroepen onderling. Dat kan leiden tot weerstand onder vrijgevestigde vakgroepen bij het nemen of uitvoeren van strategische beslissingen.

8 **Zorg als msb dat de eigen financiële belangen meer aansluiten bij die van ziekenhuizen**
Conclusie: de meeste ziekenhuizen en msb's ervaren gelijkgerichtheid tussen de financiële belangen.
Verbeterpunt 8 geldt nu nog voor 12% van de msb's. In het eerste deelonderzoek gold dit verbeterpunt voor 37% van de msb's. De overgrote meerderheid van de ziekenhuizen en vrijwel alle msb's vinden de financiële belangen tussen de ziekenhuizen en msb's in grote mate gelijkgericht. Deze hoge mate van gelijkgerichtheid valt moeilijk te rijmen met de conclusies over de financiële transparantie van msb's (verbeterpunt 4) en over de gelijkgerichtheid met betrekking tot de interne verdeelsystematieken (verbeterpunt 7).

Conclusies aanvullende thema's

Algemene samenwerking
Net zoals in het eerste deelonderzoek, is ook nu gebleken dat ziekenhuizen en msb's over het algemeen een goede samenwerking ervaren. Verder blijkt dat een toegenomen aantal ziekenhuizen (67%) lage tot zeer lage risico's ziet voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis als gevolg van de aanwezigheid van het msb. Toch duidt nog steeds bijna 25% van de ziekenhuizen dat risico als gemiddeld en 8% als hoog. De aanwezigheid van het msb in relatie tot de bestuurbaarheid van het ziekenhuis blijft dus een aandachtspunt, ook al ervaren de msb's en ziekenhuizen de onderlinge samenwerking beide als goed.

Samenwerking in relatie tot realisatie IZA-doelstellingen
Op meerdere aspecten binnen de samenwerking in relatie tot de realisatie van de IZA-doelstellingen is een positieve ontwikkeling zichtbaar. Toch geldt nog steeds voor een aantal ziekenhuizen (17%) dat dit specifieke onderdeel van de samenwerking een aandachtspunt is. Deze groep ziekenhuizen geeft aan

vaak niet te kunnen beoordelen of de samenwerking met msb's een vruchtbare basis vormt voor het gezamenlijk oplossen van moeilijke kwesties in het kader van de beweging naar passende zorg. Daarmee blijft dit een aandachtspunt.

Slotopmerkingen

1 In ons eerste deelonderzoek benadrukten we het belang van de onderlinge verhoudingen tussen msb- en ziekenhuisbestuurders. We gaven aan hoe belangrijk goede onderlinge verhoudingen zijn voor een vruchtbare samenwerking. Maar ook gaven we aan dat als de relatie slecht is of onder druk staat, deze de samenwerking, financiële gelijkgerichtheid en bestuurbaarheid van het ziekenhuis kan aantasten. En hiermee zelfs de continuïteit van de zorgverlening. Recente incidenten waarbij ziekenhuizen en msb's zich genoodzaakt zagen hun onderlinge conflicten door een gerechtelijke instantie te laten beslissen, maken duidelijk hoe groot de impact van een ernstig verstoorde relatie kan zijn op de ziekenhuisorganisatie en de continuïteit van de zorgverlening.

2 De komende jaren zullen ziekenhuizen en msb's voor de transitie naar passende zorg keuzes moeten maken op het gebied van hun zorgportfolio en regionale samenwerking. Deze keuzes, die o.a. voortvloeien uit het IZA en het AZWA, zijn noodzakelijk om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg ook in de toekomst te kunnen waarborgen. Deze keuzes kunnen leiden tot financiële verschuivingen binnen zowel het ziekenhuis als het msb. Het risico op onderlinge spanningen tussen ziekenhuis, msb en/of vakgroepen kan hierdoor toenemen. Daarom blijft het voor ziekenhuizen en msb's van belang om - waar van toepassing - prioriteit te geven aan het opvolgen van de acht verbeterpunten.

Bijlagen

Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS

De opdrachtbrief van VWS volgt op de volgende drie pagina’s.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

NZa
T.a.v. mevrouw Kaljouw
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team A

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Kenmerk
3488629-1041757-CZ

Kenmerk afzender

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 20 JAN. 2023
Betreft Opdracht monitor NZa transformatie msb's

Geachte mevrouw Kaljouw,

Aanleiding
De transitie naar passende zorg is noodzakelijk in het licht van de maatschappelijke opgave waar we met elkaar voor staan. We moeten ervoor zorgen dat ook in de toekomst goede en toegankelijke zorg verleend kan worden aan iedereen die dat nodig heeft. De transformatie naar passende zorg vraagt om samenwerking. In het coalitieakkoord staat, dat ook de medisch specialistische bedrijven (hierna: msb's) een verantwoordelijkheid hebben voor deze transformatie, de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en het afremmen van perverse prikkels. Als zij onvoldoende verbetering laten zien binnen twee jaar komt er regelgeving zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan.

Met deze brief verzoek ik u om monitoring op te zetten en uit te voeren naar de voortgang van msb's in de transformatie naar passende zorg.

Achtergrond
In het regeerakkoord van het kabinet Rutte IV[1] staat de volgende passage opgenomen: *"Voor transformatie naar passende zorg, de bestuurbaarheid van ziekenhuizen en afremmen van perverse prikkels hebben ook medisch-specialistische bedrijven een verantwoordelijkheid. Indien bij deze medisch-specialistische bedrijven onvoldoende verbetering optreedt binnen twee jaar zal er regelgeving komen zodat alle medisch specialisten in loondienst gaan. Daartoe wordt regelgeving voorbereid."*

Ook in het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt over de transformatie naar passende zorg. Specifieke afspraken uit het IZA vormen daarom eveneens input voor dit monitoringstraject. In het IZA hebben de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) met elkaar afgesproken hoe medisch specialisten en ziekenhuizen met elkaar afspraken maken om samen te werken aan de transformatie naar passende zorg. Deze afspraken zien op transparantie van samenwerken aan het beleid

[1] Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst', 15 december 2021.

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
3488629-1041757-CZ

gericht op de strategische doelen van passende zorg, waardoor een gezamenlijk commitment van raad van bestuur en medisch specialisten ontstaat. Ook hebben zij afgesproken dat de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar worden doorvertaald naar het msb zodat de financiële prikkels in lijn liggen met de gezamenlijke visie.

Het is het belangrijk dat de msb's bijdragen aan de transformatie naar passende zorg. Dit vraagt om een goede bestuurbaarheid van ziekenhuizen en daarmee om gelijkgerichtheid tussen msb's en ziekenhuisbesturen. Ook vraagt het om het minimaliseren van verkeerde financiële prikkels bij msb's. Uit de resultaten van het uit te voeren monitoronderzoek moet blijken of msb's een belemmering vormen om de transitie naar passende zorg succesvol te laten plaatsvinden.

Opdracht

Voor de monitor vraag ik de NZa om de financiële prikkels binnen msb's, alsmede de positie van msb's in relatie tot de bestuurbaarheid van ziekenhuizen (ook in relatie tot de samenwerking in de regio) gedurende een periode van twee jaar te volgen.

- Het deelonderzoek naar de financiële prikkels binnen msb's omvat de financiële afspraken tussen het ziekenhuis en het msb en de interne verdeelsystematiek binnen een msb. Deze financiële afspraken moeten worden gerelateerd aan de financiële contractafspraken tussen het ziekenhuis en de (dominante) zorgverzekeraars.
- Het deelonderzoek naar de bestuurbaarheid van ziekenhuizen in relatie tot de aanwezigheid van msb's omvat onder andere de organisatie van msb's en hun invloed op het beleid, de besluitvorming en de zorgkeuzes van ziekenhuizen. Belangrijke aspecten hierbij zijn transparantie en de mate waarin het msb en het ziekenhuis gelijkgericht opereren en regionaal samenwerken.

De opdracht bestaat uit het opleveren van een monitorrapport, dat uiteenvalt in twee afzonderlijk (in de tijd) op te leveren deelrapportages:

1. De eerste rapportage betreft een nulmeting en moet het verbeterpotentieel in beeld brengen op het gebied van de financiële prikkels binnen msb's en op het gebied van de bestuurbaarheid van ziekenhuizen.
2. De tweede rapportage moet vervolgens inzicht geven in hoeverre het verbeterpotentieel, zoals beschreven in de eerste rapportage, is gerealiseerd.

Ik verwacht dat u bij uw onderzoek ook gebruik maakt van de reeds beschikbare informatie over dit onderwerp (literatuur, onderzoeksrapporten, publicaties en artikelen) en van eerder door uzelf uitgevoerde monitors. Indien nodig verkrijgt de NZa medewerking van relevante externe partijen.

Tijdpad

In het coalitieakkoord is aangegeven dat medisch specialisten de mogelijkheid hebben om verbetering te laten zien gedurende twee jaar. Het eerste volledige jaar dat gemonitord kan worden is 2023. Ik vraag u uiterlijk in het najaar van 2023 de eerste rapportage op te leveren. Vervolgens wordt in 2025 de rapportage met het volledige beeld over de jaren 2023-2024 verwacht. Ik vraag u de laatste monitor uiterlijk voor de zomer 2025 op te leveren.

Afstemming
Ik verzoek u met VWS afspraken te maken over de manier waarop VWS wordt betrokken bij de nadere invulling van de monitor rapportages en de voortgang ervan. Daarnaast verzoek ik u afstemming te zoeken met relevante externe partijen.

Financieel
Ik ga ervan uit dat de kosten kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbaar gestelde middelen en voor zover dit niet het geval is, wordt dit meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning en control cyclus.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team A

Kenmerk
3488629-1041757-CZ

Bijlage 2. Uitwerking onderzoeksmethodiek

In deze bijlage staat een nadere toelichting op de volgende onderdelen van de onderzoeksmethodiek (zie ook hoofdstuk 2):

- de steekproef (incl. beschrijving van ziekenhuizen en msb's) in paragraaf 1.1
- de enquêtes in paragraaf 1.2
- de invulformats in paragraaf 1.3
- de uitleg bij de figuren 14, 15, 19 en 20 in paragraaf 1.4
- de interviews in paragraaf 1.5
- de vergelijking van onderzoeksresultaten tussen het eerste deelonderzoek en het huidige deelonderzoek in paragraaf 1.6

1.1 De steekproef en beschrijving van ziekenhuizen en msb's in de monitor

Algemene informatie over steekproef

De enquêtes en invulformats zijn uitgezet onder 61 msb's en 60 ziekenhuizen die met een of meerdere msb's samenwerken. De analyses met betrekking tot de enquêtes zijn gebaseerd op de resultaten van alle ziekenhuizen (100%) en vrijwel alle msb's (98%). Met betrekking tot de invulformats hebben we in de analyses van het huidige deelonderzoek over 2025 in totaal 56 combinaties van ziekenhuizen en msb's (92%) kunnen includeren en over 2023 54 combinaties van ziekenhuizen en msb's (89%). In aanvulling op de uitvraag van de enquêtes en invulformats hebben we 14 ziekenhuizen en de bijbehorende msb's geïnterviewd.

De ziekenhuizen en msb's in het eerste deelonderzoek en dit tweede deelonderzoek komen grotendeels met elkaar overeen. Echter, de steekproeven bevatten niet per definitie dezelfde ziekenhuizen en msb's. Voor de invulformats geldt daarnaast dat we per jaar alleen de gegevens van de ziekenhuizen en msb's includeren die aan elkaar gekoppeld kunnen worden (de ziekenhuis-msb relaties) om de mate van gelijkgerichtheid te kunnen analyseren. Als er van een ziekenhuis-msb relatie maar 1 van de 2 partijen informatie heeft aangeleverd, dan hebben we die niet meegenomen in het onderzoek.

Beschrijving van ziekenhuizen

Bij een ziekenhuis werken gemiddeld 182 fte medisch specialisten. Het gaat hier om het aantal fte medisch specialisten dat in totaal werkzaam is voor het ziekenhuis, ongeacht de manier waarop de (vrijgevestigde) medisch specialisten aan het ziekenhuis zijn verbonden. Daarbij geldt dat gemiddeld genomen bij ongeveer 30% van het aantal fte medisch specialisten sprake is van een dienstverband en bij ongeveer 70% van het aantal fte medisch specialisten sprake is van een vrije vestiging.

Beschrijving van de msb's

Binnen een msb werken gemiddeld 139 fte medisch specialisten. In het kleinste msb zijn 11 fte medisch specialisten werkzaam en in het grootste msb zijn 381 fte medisch specialisten werkzaam. De meeste msb's (83%) werken met één ziekenhuis samen. Er zijn vijf msb's (8%) die met twee ziekenhuizen samenwerken en vijf msb's (8%) die met drie tot vijf ziekenhuizen samenwerken. Ruim de helft van msb's (57%) heeft de rechtsvorm coöperatie en ruim een derde van msb's (35%) heeft de rechtsvorm maatschap. De rechtsvormen Besloten Vennootschap (BV) vereniging komen een enkele keer voor. De overige msb's (11%) geven aan dat ze een combi-coöperatie zijn.

1.2 Toelichting op enquêtes

De enquêtes hebben betrekking op alle verbeterpunten met uitzondering van verbeterpunt 7 over de gelijkgerichtheid met betrekking tot de financiële afspraken, de algemene samenwerking en de samenwerking in relatie tot realisatie IZA-doelstellingen. Informatie over verbeterpunt 7 is verkregen middels de invulformats, zie de volgende paragraaf.

De enquêtes voor de ziekenhuizen en msb's zijn nagenoeg hetzelfde en bestaan uit ongeveer 70 vragen. Een groot deel van de enquêtes bestaat uit meerkeuzevragen met onder andere Likert schalen. Bij het opstellen van de enquêtes zijn waar relevant de enquêtevragen uit het eerste deelonderzoek (grotendeels) overgenomen om met name de voortgang op de acht verbeterpunten te monitoren ten opzichte van de resultaten uit het eerste deelonderzoek. Een deel van de enquête bestaat daarnaast uit nieuwe vragen. Vrijwel alle nieuwe vragen zijn toegespitst op een van de acht verbeterpunten, zodat inzicht ontstaat in hoeverre de acht verbeterpunten worden doorgevoerd. Daarbij is ook gebruik gemaakt van de aanbevelingen uit de gezamenlijke handreiking van de FMS en NVZ 'Handreiking Gelijkgerichtheid', opgesteld in oktober 2024, en de gezamenlijke handreiking van de FMS, NVZ en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) 'Handreiking governance financiële relaties zorgprofessionals en industrie 2.0', opgesteld in september 2023. Bij een groot aantal (nieuwe) vragen hebben ziekenhuizen en msb's ook de mogelijkheid gekregen om hun antwoord toe te lichten.

Bij de analyses van de enquêtes is het vier-ogen principe toegepast. Dat geldt ook voor de analyses van de invulformats en interviews.

1.3 Toelichting op invulformats

Het invulformat heeft alleen betrekking op de financiële afspraken (verbeterpunt 7). Via het invulformat hebben wij gevraagd naar de financiële afspraken op deze niveaus:

- financiële afspraken tussen een ziekenhuis en zorgverzekeraars;
- financiële afspraken tussen een ziekenhuis en msb;
- financiële afspraken tussen het msb en zijn vakgroepen (interne verdeelsystematiek).

De resultaten van onze analyse op basis van de invulformats lijken op die van een eerdere NZa-monitor 'Monitor medisch-specialistische zorg 2021'. Dit onderzoek en onze huidige analyse zijn echter niet goed met elkaar vergelijkbaar. Dat gold ook voor het eerste deelonderzoek gepubliceerd in het voorjaar van 2024. Zowel in het eerste deelonderzoek als in het huidige deelonderzoek kijken we namelijk naar de gewogen gemiddelde financiële afspraken op basis van de totale contractwaarden die met die afspraken gemoeid zijn. Resultaten van grote ziekenhuizen tellen daarbij zwaarder mee dan die van kleine ziekenhuizen. In het vorige onderzoek keken we alleen naar aantallen en telde elk ziekenhuis even zwaar mee in de resultaten. Ook is de huidige analyse gebaseerd op de financiële afspraken van de ziekenhuizen over alle zorgverzekeraars heen. In de 'Monitor medisch-specialistische zorg 2021' namen we alleen de afspraken met de dominante zorgverzekeraar mee.

Het invulformat is dus een verbeterde versie van het invulformat dat wij hebben opgesteld voor de 'Monitor medisch-specialistische zorg 2021'. Verder hebben wij voor het bepalen van de indicatoren ten tijde van het eerste deelonderzoek nauw afgestemd met Logex, omdat een groot aantal msb's diensten van hen afneemt voor het organiseren van hun interne verdeelsystematiek. Het invulformat is zo opgesteld dat ook msb's met een andere interne verdeelsystematiek het invulformat kunnen invullen.

Ten opzichte van het invulformat wat gebruikt is voor het eerste deelonderzoek zijn er in het huidige deelonderzoek een aantal aanpassingen gedaan. Specifiek gaat het om de tabel waarin de afspraken tussen het msb en de vakgroepen worden uitgevraagd. We hebben beter gedefinieerd wat we met de

productiegerichte parameter o.b.v. realisatie ten opzichte van de begroting bedoelen en een sprekend voorbeeld toegevoegd waarin dat wordt verduidelijkt. Daarnaast hebben we de 2023 gegevens opnieuw uitgevraagd, zodat we de vergelijkbaarheid over de jaren heen kunnen maken. Doordat we per jaar over de hele breedte naar de financiële afspraken kijken en alleen rapporteren over ziekenhuis-msb combinaties die compleet zijn, verschilt de steekproef uit het huidige deelonderzoek, waarop de resultaten over 2023 zijn gebaseerd, van de steekproef uit het eerste deelonderzoek. In Tabel 7 zijn voor alle niveaus de verschillende antwoordmogelijkheden en de bijbehorende definities opgenomen.

Tabel 7: Antwoordmogelijkheden en definities van de financiële afspraken

Niveau	Antwoordmogelijkheden: aandeel (uitgedrukt in % contractwaarde) per type financiële afspraak	Toelichting definities antwoordmogelijkheden
Type hoofdafspraken zorgverzekeraars - ziekenhuizen	• Open PxQ afspraak (volumevrij) • Plafond: vaste bovengrens • Plafond met staffel • Plafond met staffel én shared savings afspraak • Plafond met shared savings afspraak • Aanneemsom: vaste vergoeding • Aanneemsom met staffel • Aanneemsom met staffel én shared savings afspraak • Aanneemsom met shared savings afspraak • Overig	• Open PxQ afspraak (volumevrij): de zorgverzekeraar vergoedt elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct tegen de onderhandelde prijs. • Plafond: de zorgverzekeraar vergoedt elk dbc-zorgproduct en/of overig zorgproduct totdat een bepaald maximumbedrag, het omzetplafond, is bereikt. • Aanneemsom: het ziekenhuis ontvangt een gegarandeerd bedrag van een bepaalde omvang. De werkelijke productie heeft in principe geen invloed op de hoogte van de aanneemsom, behalve als hier aanvullende afspraken over zijn gemaakt. • Shared savings afspraak: het delen van de kostenbesparingen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De hoogte, of hoe de shared savings afspraak (procentueel) is opgebouwd is daarbij voor ons niet van belang. • Staffel: bij overschrijding van de totaalafspraak vindt een gedeeltelijke vergoeding plaats. Deze vergoeding komt meestal in de vorm van een staffelkorting (vergoeding van extra zorgproducten tegen een lager tarief) voor. De hoogte, of hoe de staffel (procentueel) is opgebouwd is daarbij voor ons niet van belang.

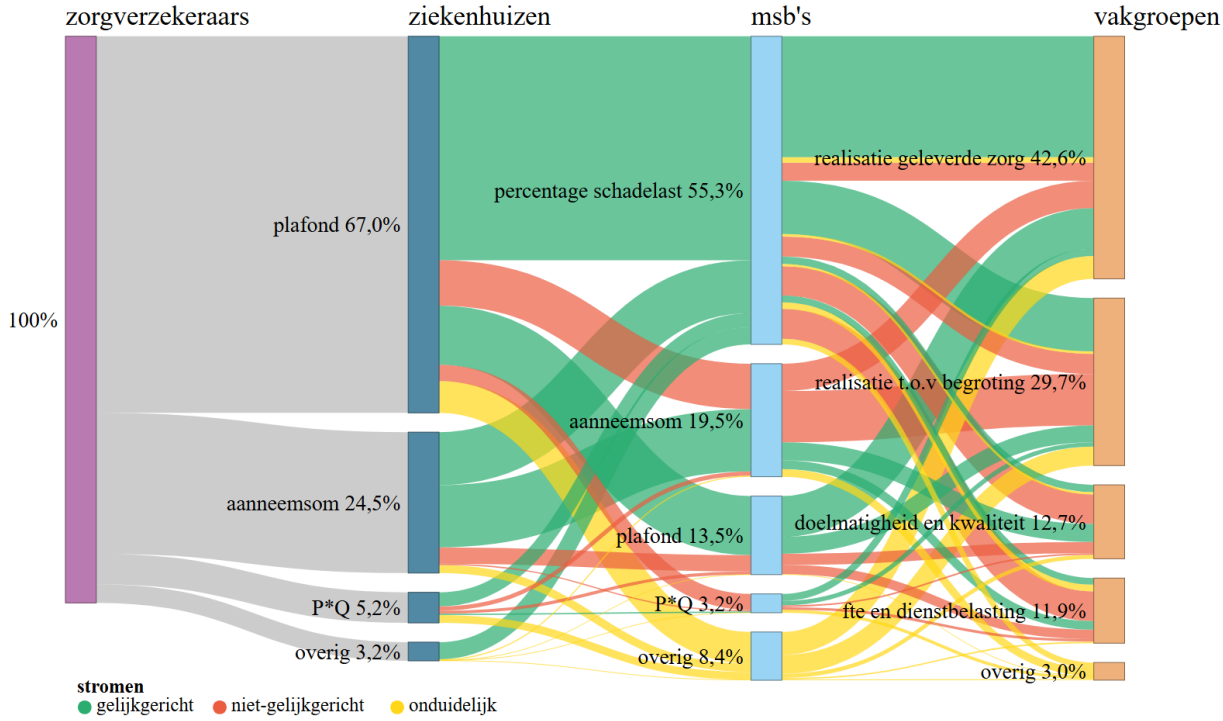
Type afspraak ziekenhuis - msb	• Vast percentage schadelast / omzet • Plafond: vaste bovengrens • Aanneemsom: vaste vergoeding • Open PxQ afspraak (volumevrij) • Doelmatigheidsafspraken (bijvoorbeeld shared savings) • Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg) • Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t kwaliteit • Overig	• Vast percentage schadelast / omzet: het msb ontvangt X% van de totale ziekenhuisomzet. • Plafond: maximale vergoeding, zie ook hierboven. • Aanneemsom: gegarandeerde vooraf afgesproken vergoeding (vast bedrag), zie ook hierboven. • Open PxQ afspraak (volumevrij): vergoeding gerealiseerde productie, zie ook hierboven. • Doelmatigheidsafspraken (bijvoorbeeld shared savings): shared savings, het delen van de kostenbesparingen tussen het ziekenhuis en msb. • Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg): variabel gedeelte van de vergoeding m.b.t. aanvullende afspraken m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven. • Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit: variabel gedeelte van de vergoeding m.b.t. aanvullende afspraken over kwaliteitsindicatoren/kpi's.
Type afspraken msb - vakgroep	• Productiegerichte parameter o.b.v. realisatie geleverde zorg (denk aan zorgactiviteiten, dbc’s en norm fte's) • Productiegerichte parameter o.b.v. realisatie ten opzichte van begroting te leveren zorg (denk aan zorgactiviteiten, dbc’s en norm fte's) • Doelmatigheid / Efficiency parameter • Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg) • Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t kwaliteit • Vaste vergoeding o.b.v. fte's (huidig of historisch) • Vergoeding afhankelijk van dienstbelasting • Overig	• Productie o.b.v. realisatie geleverde zorg (zorgactiviteiten, dbc's en norm fte's): deze parameter heeft betrekking op de daadwerkelijk geleverde zorg in het huidige contractjaar (schadelastjaar). • Productie o.b.v. realisatie ten opzichte van begroting te leveren (zorgactiviteiten, dbc's en norm fte's): deze parameter heeft betrekking op de vooraf ingeschatte geleverde zorg (de begroting) voor het huidige contractjaar (schadelastjaar). Er is sprake van een begrote inzet op het niveau van de vakgroepen. • Doelmatigheid / Efficiency parameter: variabel gedeelte van de vergoeding m.b.t. aanvullende afspraken over doelmatigheid en efficiency. • Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg): variabel gedeelte van de vergoeding m.b.t. aanvullende afspraken m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg). • Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit: variabel gedeelte van de vergoeding m.b.t. aanvullende afspraken over kwaliteitsindicatoren/kpi's. • Vaste vergoeding o.b.v. fte's (huidig of historisch): een vergoeding die bijvoorbeeld afhankelijk is van de vakgroepgrootte. • Vergoeding afhankelijk van dienstbelasting: een vergoeding afhankelijk van de dienstbelasting, oftewel de frequentie en intensiteit van de dienstenbelasting per vakgroep.

1.4 Uitleg figuren 14, 15, 19 en 20 (Sankey stroomdiagrammen)

In paragraaf 4.1.6 hebben wij opgemerkt dat Figuur 14 en Figuur 15 de verschillende soorten financiële afspraken en de mate van gelijkgerichtheid laten zien voor 2025. Hieronder zijn dezelfde figuren opgenomen voor het jaar 2023. Figuur 19 laat de verdeling van de financiële afspraken zien en Figuur 20 de mate van gelijkgerichtheid.

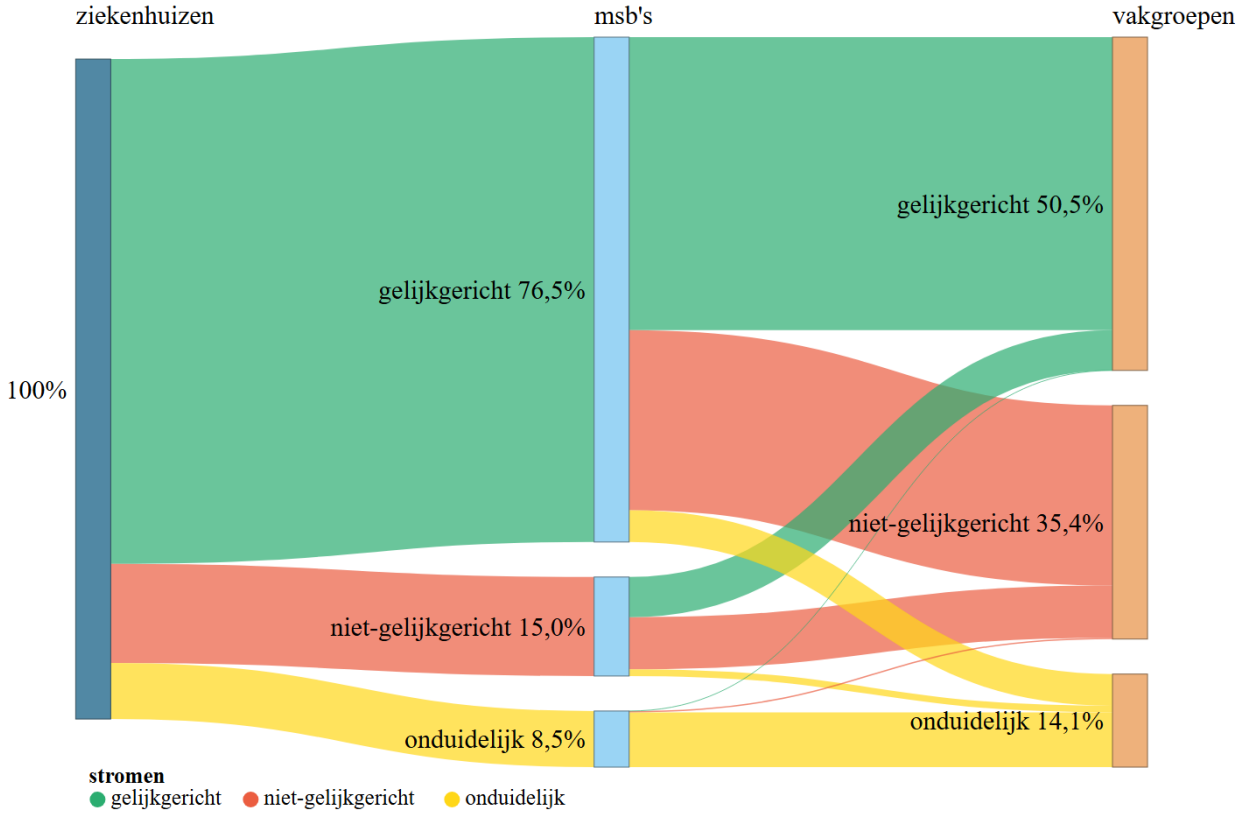
Figuur 19: Van zorgverzekeraars naar vakgroepen (2023): de verdeling van de financiële afspraken en de mate van gelijkgerichtheid

Iedere stroom in deze figuur verbindt financiële afspraken met elkaar. De kleur van een stroom geeft aan of deze afspraken gelijkgericht zijn (zie ook de legenda onder de figuur).



Bron: Invulformat NZa

Figuur 20: Van ziekenhuizen naar vakgroepen (2023): de mate van gelijkgerichtheid



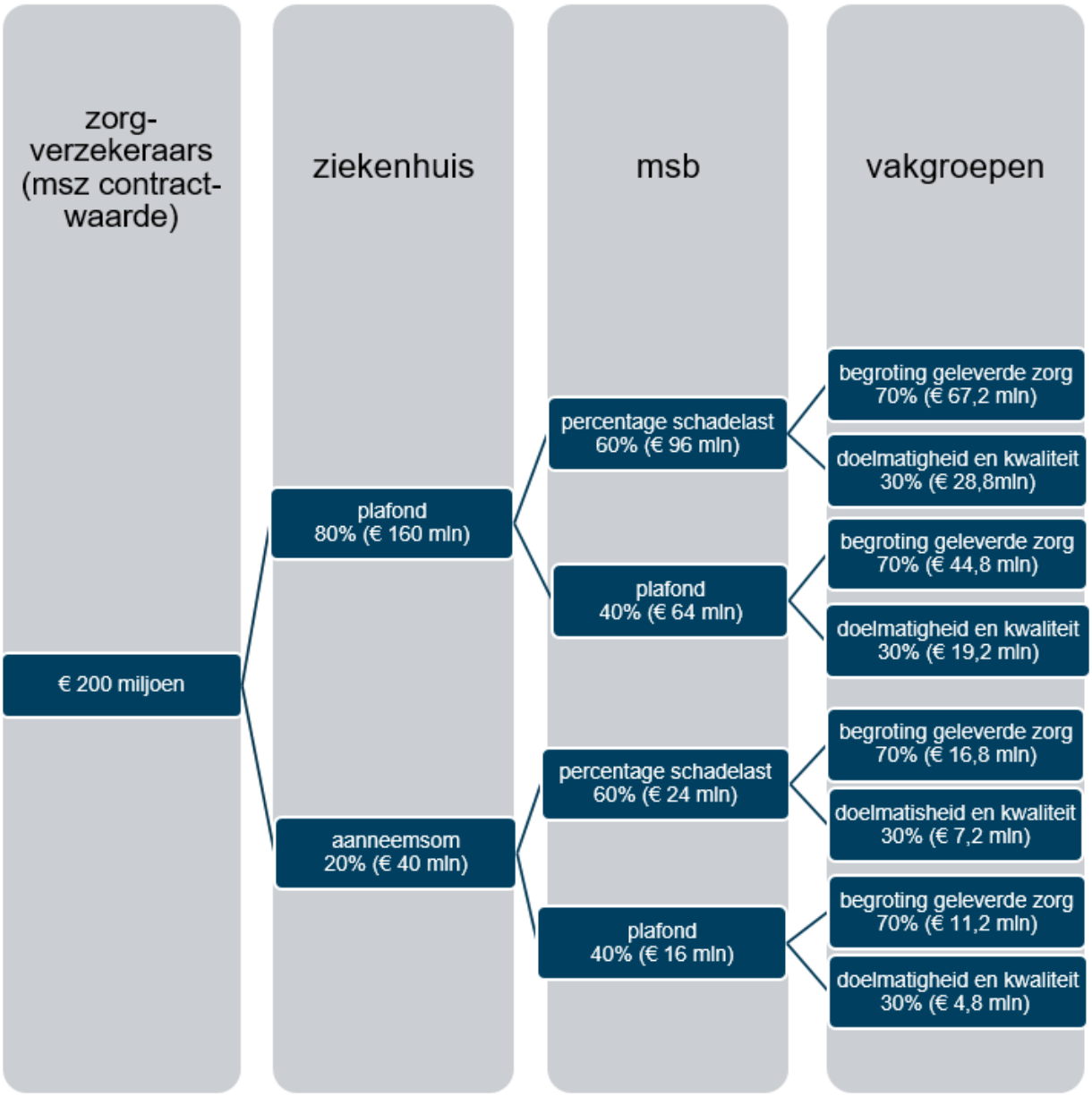
Bron: Invulformat NZa

In figuren 14 en 19 en 15 en 20 stellen wij de volgende twee parameters gelijk aan elkaar: de ‘productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg’ en de ‘productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg’. Bij beide parameters krijgen de vakgroepen in de basis immers een vergoeding voor de daadwerkelijk geleverde zorg. Ook zien wij dat de msb’s die werken met deze parameters veelal de inkomsten van vakgroepen begrenzen (al dan niet met een bandbreedte). In ons onderzoek beschouwen wij afspraken die msb’s met hun vakgroepen maken met betrekking tot bovengenoemde parameters ‘gelijkgericht’ met bovenliggende plafond- en P*Q-afspraken die 56 ziekenhuizen met msb’s zijn overeengekomen (2025).

Wel is een belangrijk kenmerk van ‘productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg’ dat msb’s werken met een begroting op het niveau van de vakgroepen. Dit is niet vanzelfsprekend bij ‘productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg’. Verder zien wij dat de msb’s die werken met deze parameters veelal de inkomsten van vakgroepen begrenzen (al dan niet met een bandbreedte). In onze onderzoeken hebben wij de afspraken die deze parameters bevatten daarom ‘gelijkgericht’ gesteld aan de plafond- en P*Q-afspraken die ziekenhuizen met msb’s zijn overeengekomen. Een belangrijke reden om dit te doen, is dat deze afspraken ook een vergoeding bevatten voor de daadwerkelijk geleverde zorg. Maar er gaat wel een grotere productieprikkel uit van een P*Q-afspraak. Er kan daarom sprake zijn van een overschatting van de gelijkgerichtheid als bij de ‘productiegerichte parameters op basis van realisatie geleverde zorg’ en de ‘productiegerichte parameters op basis van begroting te leveren zorg’ de inkomsten niet zijn begrensd. Dit heeft betrekking op maximaal 3,1% van de inkomsten die vakgroepen binnen msb’s ontvangen via de interne verdeelsystematiek. Overigens hebben wij niet onderzocht of de productie ook is begrensd als de inkomsten zijn begrensd.

We koppelen de resultaten van de ziekenhuizen en de msb's aan elkaar op basis van de uitgevraagde ziekenhuis agb-codes. Deze koppeling maakt het mogelijk om een stroomdiagram te maken, omdat we de financiële afspraken van de zorgverzekeraars tot vakgroepen kunnen volgen. De Sankey stroomdiagrammen zijn opgebouwd uit losse bouwstenen. Hieronder volgt een voorbeeld van de bouwstenen waar het stroomdiagram uit bestaat (Figuur 21).

Figuur 21: Fictief voorbeeld van bouwstenen voor stroomdiagram



In dit fictief voorbeeld geldt het volgende:

1 Het ziekenhuis krijgt van alle zorgverzekeraars samen €200 miljoen. Dit is gelijk aan de totale msz contractwaarde van dit ziekenhuis. Dit is weergegeven in de eerste kolom van figuren 14 en 19.
2 De afspraken op het niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis' bestaan voor 80% uit een plafondafspraak (€160 miljoen) en voor 20% uit een aanneemsom (€40 miljoen). Dit is weergegeven in de tweede kolom van figuren 14 en 20.
3 Het ziekenhuis spreekt voor de vergoeding voor het msb het volgende af: de inkomsten van het msb zijn voor 60% gebaseerd op de afspraak 'percentage schadelast' en voor 40% op een

plafondafspraak. Dit leidt tot de volgende bouwsteenberekening (zie de derde kolom van figuren 14 en 20):
   a verdeling vanaf de plafondafspraak van het ziekenhuis: 60% (€96 miljoen) van de ziekenhuisplafondafspraak gaat naar de 'percentage schadelast'-afspraak van het msb en 40% (€64 miljoen) van de ziekenhuis-plafondafspraak gaat naar de plafondafspraak van het msb;
   b verdeling vanaf de aanneemsomafspraak van het ziekenhuis: 60% (€24 miljoen) gaat naar de 'percentage schadelast'-afspraak van het msb en 40% (€16 miljoen) gaat naar de plafondafspraak van het msb.
4 Vervolgens doen we hetzelfde voor de financiële afspraken tussen het msb en de vakgroepen (zie de vierde kolom van figuren 14 en 20). Het msb spreekt voor de vergoeding voor de vakgroepen het volgende af: 70% op basis van 'begroting geleverde zorg' en 30% op basis van doelmatigheid en kwaliteit. Dan ziekenhuis msb vakgroepen zorgverzekeraars (msz contractwaarde) €200 miljoen 100% plafond 80% (€160 mln) percentage schadelast 60% (€96 mln) begroting geleverde zorg 70% (€67,2 mln) doelmatigheid en kwaliteit 30% (€28,8 mln) van de 'percentage schadelast'-afspraak van het msb naar doelmatigheid en kwaliteit, etc.
5 Per niveau (ziekenhuizen, msb's en vakgroepen) tellen alle euro's die verdeeld zijn over de financiële afspraken weer op tot €200 miljoen. Dat betekent dus niet dat het msb of de vakgroep daadwerkelijk zoveel betaald krijgt, maar we gebruiken de totale contractwaarden om de gewogen gemiddelde verdeling van de financiële afspraken te berekenen.

Deze berekeningen doen we voor alle zorgverzekeraar-ziekenhuis-msb relaties. Door de contractwaarde, uitgedrukt in euro, per niveau, per type financiële afspraak bij elkaar op te tellen, kunnen we de gewogen gemiddelde verdeling berekenen. De gewogen gemiddelde verdeling van de financiële afspraken zijn per groep zichtbaar in Figuur 14 en Figuur 20 als de verticale gekleurde balken. Door de contractwaarde van alle unieke combinaties tussen de verschillende niveaus (bijvoorbeeld alle msb plafondafspraken en vakgroep doelmatigheid en kwaliteit afspraken) bij elkaar op te tellen kunnen we de gewogen gemiddelde verdeling van de stromen in de figuur berekenen. Op deze manier wegen we de procentuele verdeling van de financiële afspraken met de totale contractwaarde van het ziekenhuis.

Gelijkgerichtheidsindeling
De kleuren (groen, rood of geel) van de stromen laten zien of de connectie die de stroom maakt volgens ons gelijkgericht is of niet, of dat het onduidelijk is. Voorbeeld: als een ziekenhuis een plafondafspraak heeft met de zorgverzekeraar, maar met het msb een aanneemsom, dan vinden wij die stroom niet gelijkgericht. Alle mogelijke combinaties van financiële afspraken hebben we beoordeeld en ingedeeld op basis van onze inhoudelijke expertise op het gebied van bekostigings- en contracteringsvraagstukken. Onze aannames bij het beoordelen van de mate van gelijkgerichtheid staan in de 'gelijkgerichtheidsindeling' (zie Bijlage 3). De gelijkgerichtheidsindeling stelt een duidelijke vereenvoudiging van de werkelijkheid voor.

De indeling heeft twee fasen: de fase tussen de ziekenhuizen - msb's en de fase tussen de msb's - vakgroepen. In de tweede fase hebben we een gedetailleerder onderscheid moeten maken in de indeling, omdat de indeling van de stromen verbonden met 'percentage schadelast' afhankelijk is van de bovenliggende afspraak van het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Bijvoorbeeld: een percentage van een aanneemsom kwalificeren we als een aanneemsom en een percentage van een plafond kwalificeren we als een plafond.

Samennemen van contractvormen

In het invulformat voor de ziekenhuizen zitten in de eerste tabel (relatie zorgverzekeraars - ziekenhuis) 10 mogelijke contractvormen (inclusief overig). Deze contractvormen zijn te zien in Tabel 2 van dit rapport. Voor het presenteren van de resultaten in figuren 14 en 20 hebben we de contractvormen samengevat naar vier categorieën, op basis van de hoofdvorm van het contract (bijvoorbeeld aanneemsom). Voor de tweede tabel in het ziekenhuis invulformat (dit is hetzelfde als de eerste tabel in het msb invulformat) hebben we de contractvormen samengevat naar vijf contractvormen. De originele contractvormen staan in Tabel 3 van dit rapport. Voor de tweede tabel in het msb invulformat (Tabel 3 in het rapport) hebben we ten behoeve van de figuren 14 en 20 de contractvormen ook samengevat naar vijf contractvormen.

Verschil tussen ziekenhuis en msb resultaten bij financiële afspraken met het msb

We hebben aan zowel de ziekenhuizen als de msb's gevraagd wat voor financiële afspraken er tussen het ziekenhuis en het msb zijn gemaakt. In een aantal gevallen zitten er, binnen dezelfde ziekenhuis-msb relatie, verschillen in de antwoorden van het ziekenhuis en het msb. In totaal hebben 26 ziekenhuizen en msb's andere gegevens ingevuld. In Tabel 8 hebben we deze verschillen inzichtelijk gemaakt.

Tabel 8: Percentage gebruik en aandeel landelijke contractwaarde volgens het ziekenhuis en volgens het msb

Financiële afspraken	Bij hoeveel ziekenhuizen komt de afspraak voor 2025		Verschil tussen 2023 en 2025 – Zkh procent-punt	Verschil tussen 2023 en 2025 – Msb procent-punt	Contract- waarde 2025		Verschil tussen 2023 en 2025 – Zkh procent-punt	Verschil tussen 2023 en 2025 – Msb procent-punt
	Zkh (%)	Msb (%)			Zkh (%)	Msb (%)		
Vast percentage van schadelast / omzet	64,3	67,9	1,3	4,9	57,7	65,0	2,5	8,3
Plafond: vaste bovengrens	12,5	10,7	-9,7	-9,7	6,3	7,2	-7,2	-8,6
Aanneemsom: vaste vergoeding	23,2	17,9	-6,4	-6,2	20,3	14,6	0,7	1,4
Open PxQ afspraak (volumevrij)	28,6	21,4	4,5	-4,5	3,4	2,7	0,1	0,5
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit	14,3	16,1	3,2	1,3	0,8	0,9	0,3	-0,2
Prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven (passende zorg)	5,4	8,9	-5,8	-11,4	0,6	0,6	-0,2	-0,5
Doelmatigheidsafspraken (bijvoorbeeld shared savings)	0,0	1,8	-5,6	-5,6	0,0	0,0	-1,9	-0,1
Overig	26,8	28,6	4,6	0,8	10,9	9,1	5,8	-0,8

Bron: Invulformat NZa

De grootste verschillen zijn: het verschil in het aantal afspraken over een aanneemsom en contractwaarde op basis van een aanneemsom, het verschil in het aantal afspraken over een 'vast

percentage van schadelast', het verschil in de contractwaarde op basis van volumevrije afspraken, het verschil in de contractwaarde op basis van 'prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. JZOJP-, ZE&GG- en/of IZA-initiatieven' en het verschil in de contractwaarde op basis van 'prestatie- of inspanningsverplichting m.b.t. kwaliteit'.

Significantietoetsen

Om te onderzoeken of de resultaten die we hebben gevonden in de analyse van de invulformats met de financiële afspraken significant verschillen tussen boekjaar 2023 en 2025, hebben we paired t-testen uitgevoerd op de verschillende meetresultaten (de gewogen gemiddelden). We gebruiken een paired t-test, omdat het hier gaat om twee metingen (steekproeven) van dezelfde populatie, waarbij we dezelfde informatie uitvragen. Het gehanteerde significantieniveau was hierbij 5%.

We hebben voor elk niveau wat terugkomt in beide stroomdiagrammen (de financiële afspraken en de mate van gelijkgerichtheid) een paired t-test uitgevoerd. Uit deze test blijkt dat geen van de gewogen gemiddelden tussen 2023 en 2025 en geen van de resultaten significant van elkaar verschillen.

Omdat we over 2023 voor een deel (de msb-vakgroep afspraken) de gegevens opnieuw hebben uitgevraagd, hebben we ook getest of deze resultaten significant van elkaar verschillen. Dit hebben we gedaan, omdat we voor een deel van de uitgevraagde gegevens de definitie hebben veranderd (zoals toegelicht in Bijlage 2.1.3). Ook hier was het verschil dat is gemeten niet significant, bij een significantieniveau van 5%.

Als laatste hebben we getoetst of de verschillen die we hebben geconstateerd tussen de gerapporteerde resultaten over de ziekenhuis-msb afspraken volgens het ziekenhuis invulformat en volgens het msb invulformat significant van elkaar verschillen (Tabel 8). Dat bleek ook niet het geval te zijn.

1.5 Toelichting op interviews

In aanvulling op de uitvraag van de enquêtes en invulformats hebben we 14 ziekenhuizen en de bijbehorende msb's geïnterviewd over de acht verbeterpunten en hun algemeen beeld over de bestuurbaarheid van het ziekenhuis en de financiële gelijkgerichtheid tussen het ziekenhuis en het msb. Een deel van de ziekenhuizen en msb's hebben we zowel in het eerste deelonderzoek als in het tweede deelonderzoek geïnterviewd om meer diepgaande interviews te kunnen houden over de ontwikkelingen. Daarnaast hebben we een aantal kleine, middelgrote en grote ziekenhuizen willekeurig geselecteerd en geïnterviewd om een diverse groep ziekenhuizen en msb's te kunnen interviewen. Daarbij hebben we ook rekening gehouden met het aantal verbeterpunten dat per msb gold.

Ter voorbereiding op de interviews hebben we onder andere de resultaten van zowel de enquêtes als invulformats geanalyseerd om een diepgaand beeld te krijgen van de waargenomen ontwikkelingen. De bevindingen uit de interviews geven meer context aan de resultaten van de enquêtes en invulformats en worden met name beschreven als sprake is van aanvullende bevindingen op de enquêtes of invulformats. Een kwalitatieve thematische analyse is uitgevoerd om de interviews te analyseren: de verslagen van de interviews zijn gecodeerd en vervolgens hebben de codes geleid tot verschillende thema's of subthema's.

1.6 Toelichting op vergelijking onderzoeksresultaten tussen eerste en tweede deelonderzoek

Voor het overgrote deel van de verbeterpunten is het mogelijk om de resultaten tussen het eerste deelonderzoek en het tweede deelonderzoek direct met elkaar te vergelijken. In dat geval is het mogelijk om de voortgang op een verbeterpunt in kaart te brengen door het verschil in de resultaten tussen het eerste deelonderzoek en het tweede deelonderzoek te meten. Voor verbeterpunt 3 (specifiek m.b.t. het mandaat van het msb-bestuur) en verbeterpunt 5 (aannamebeleid vrijgevestigde medisch specialisten) geldt dat wij geen vergelijking kunnen maken tussen de resultaten van het eerste deelonderzoek en het tweede deelonderzoek. Dat komt, omdat de bijbehorende enquêtevragen uit het tweede deelonderzoek anders zijn geformuleerd dan die in het kader van het eerste deelonderzoek. Een belangrijk pluspunt is dat de nieuwe vragen beter zijn toegespitst op het verbeterpunt en de verstrekte antwoorden op deze nieuwe vragen daardoor een beter beeld geven van de huidige status van het verbeterpunt. Een nadeel is echter, dat we bij die verbeterpunten geen directe, onderlinge vergelijking tussen het eerste en tweede deelonderzoek kunnen maken en dus ook geen ontwikkeling of trend kunnen schetsen ten opzichte van de resultaten uit het eerste deelonderzoek.

In de conclusies wordt bij elk verbeterpunt aangegeven voor welk percentage msb's een verbeterpunt geldt. Zoals eerder toegelicht in hoofdstuk 2 zijn deze percentages - waar mogelijk - gebaseerd op de ziekenhuisantwoorden. Bij vrijwel alle verbeterpunten is het (verbeter)percentage op één vraag (de kernvraag) gebaseerd. Vervolgens is de hoogte van het (verbeter)percentage berekend door de antwoorden, waar sprake is van de meeste verbeterruimte, bij elkaar op te tellen. Tabel 9 laat per verbeterpunt zien op welke vragen en antwoordopties die (verbeter)percentages zijn gebaseerd.

Tabel 9: Vragen en antwoordopties per verbeterpunt ter berekening van het verbeterpercentage

Verbeterpunten	Vragen	Antwoordopties
Verbeterpunt 1	Hebben het ziekenhuis en het msb een gezamenlijke (meerjaren)strategie opgesteld?	Nee.
Verbeterpunt 2	Is het msb volgens u voldoende in staat om niet alleen haar eigen belang, maar ook het overkoepelende ziekenhuisbelang te dienen? *Beoordeel dit op een 7-puntsschaal waarbij 1 staat voor 'helemaal niet in staat' en 7 voor 'volledig in staat'.*	Scores 1 t/m 4.
	Is het msb volgens u voldoende in staat om het maatschappelijke belang (denk aan de realisatie van het Integraal Zorgakkoord en passende zorg) te dienen? *Beoordeel dit op een 7-puntsschaal waarbij 1 staat voor 'helemaal niet in staat' en 7 voor 'volledig in staat'.*	Scores 1 t/m 4.
Verbeterpunt 3	Hoe beoordeelt u het mandaat van het msb-bestuur om namens het msb bindende afspraken met de raad van bestuur van het ziekenhuis te maken?	De antwoordopties waarin staat dat het mandaat van het msb-bestuur onvoldoende of slecht functioneert.
Verbeterpunt 4	Wat vindt u van de mate waarin het msb u financiële transparantie biedt?	De antwoordopties waarin staat dat de geboden financiële transparantie matig of onvoldoende is.

	Met betrekking tot de financiële deelonderwerpen: a) overeenkomsten over medische hulpmiddelen en geneesmiddelen: - Zijn vrijgevestigde medisch specialisten verplicht om toestemming te vragen aan het ziekenhuis voor het aangaan van overeenkomsten met de leveranciers van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen? - Indien, nee: Hebben vrijgevestigde medisch specialisten wel een meldplicht aan het ziekenhuis voor het aangaan van overeenkomsten met de leveranciers van medische hulpmiddelen en geneesmiddelen? b) jaarrekeningen: Kan het ziekenhuis kennis nemen van de jaarrekening van het msb? c) periodieke productiecijfers: Heeft het ziekenhuisbestuur inzage in de periodieke financiële rapportages (incl. productiecijfers) van het msb? d) capaciteitsbegroting: Heeft het ziekenhuis inzicht in de capaciteitsbegroting van het msb? e) interne verdeelsystematiek: Is uw ziekenhuis in de gelegenheid kennis te nemen van de interne verdeelsystematiek van het msb, met inbegrip van de binnen die systematiek gehanteerde parameters? f) bedragen die vakgroepen ontvangen: Is het ziekenhuis op de hoogte van de bedragen (in euro's) die op basis van de interne verdeelsystematiek aan de afzonderlijke vakgroepen worden toegekend?	Bij het financiële deelonderwerp a: de antwoordopties waarin staat dat het msb geen toestemmingsplicht of meldplicht aan het ziekenhuis heeft. Bij de financiële deelonderwerpen b t/m d: de antwoordopties waarin staat dat het ziekenhuis deels of geen inzicht heeft in de financiële gegevens. Bij de financiële deelonderwerpen e t/m f: nee.
Verbeterpunt 5	Hoe is de rol van het ziekenhuis vormgegeven bij de aanname van nieuwe vrijgevestigde medisch specialisten? In deze vraag wordt niet gedoeld op het profiel van een individuele sollicitant, maar op de capaciteitsuitbreiding binnen een vakgroep van het msb.	De antwoordopties waarin staat dat het ziekenhuis een adviesstem heeft waarvan het msb gemotiveerd kan afwijken, of dat het ziekenhuis geen rol heeft in het aannameproces.
Verbeterpunt 6	Hoeveel msb's zijn aan uw ziekenhuis verbonden, exclusief een eventueel afzonderlijke organisatie voor de kaakchirurgie zoals een tandheelkundig specialistisch bedrijf?	Antwoord is hoger dan 1.
Verbeterpunt 7	N.v.t. (Voor msb's is sprake van verbeterpotentieel als de financiële afspraken: • op het niveau 'ziekenhuis - msb' sterkere productieprikkels bevatten dan die op niveau 'zorgverzekeraars - ziekenhuis'; • op niveau 'msb - vakgroepen' sterkere productieprikkels bevatten dan die op niveau 'ziekenhuis - msb'.)	N.v.t. (Zie onder meer de uitleg in paragraaf 1.3 en paragraaf 1.4 in Bijlage 2.)

Verbeterpunt 8	In hoeverre vindt u dat de financiële belangen van het msb gelijkgericht zijn aan die van het ziekenhuis? Geef de mate van gelijkgerichtheid aan op een 7-puntsschaal waarbij 1 staat voor ‘helemaal niet gelijkgericht’ en 7 voor ‘volledig gelijkgericht.	Scores 1 t/m 4.

Tot slot, in dit rapport hebben wij de onderzoeksresultaten in de tabellen en figuren altijd afgerond op één decimaal. Daar waar hele percentages te zien zijn, dus zonder een decimaal, zijn de percentages afgerond tot een heel getal.

Bijlage 3. Gelijkgerichtheidsindeling financiële afspraken

De gelijkgerichtheidsindeling heeft betrekking op de stromen die de financiële afspraken van de zorgverzekeraars, ziekenhuizen (zkh), msb's en vakgroepen (vakgr.) in de stroomdiagrammen met elkaar verbinden. Deze hebben we ingedeeld in gelijkgericht, niet-gelijkgericht of onduidelijk. Deze indeling gaat in twee fasen:

1 de gelijkgerichtheid van de afspraken die het ziekenhuis met de zorgverzekeraar maakt versus de afspraken die het ziekenhuis met het msb maakt (zie Tabel 10);
2 de afspraken die het msb met het ziekenhuis maakt versus de afspraken die het msb met de vakgroepen maakt (zie Tabel 11).

De tweede fase is uitgebreider dan de eerste, omdat voor de afspraken waar het msb een percentage van de schadelast krijgt de gelijkgerichtheid afhangt van de bovenliggende afspraak die het ziekenhuis met de zorgverzekeraar maakt.

Wanneer we een stroom typeren als 'onduidelijk' dan bedoelen we dat we niet (hebben) kunnen beoordelen of de stroom gelijkgericht is of niet. Het gaat hier om stromen die 'overig' bevatten. Dit is vergelijkbaar met een 'anders, namelijk' categorie. De informatie die men hier heeft ingevuld hebben we niet inhoudelijk beoordeeld. Over het algemeen gaat het om hele specifieke lokale afspraken die moeilijk te definiëren zijn in termen van gelijkgerichtheid. Daarbij merken we op dat we op basis van de toelichting op de overige afspraken verwachten dat het aandeel niet-gelijkgerichte afspraken beperkt is.

Tabel 10: Gelijkgerichtheidsindeling van stromen tussen het ziekenhuis en het msb

Stromen ziekenhuis - msb	Gelijkgerichtheid
Zkh aanneemsom - Msb aanneemsom	gelijk
Zkh aanneemsom - Msb overig	onduidelijk
Zkh aanneemsom - Msb P*Q	ongelijk
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast	gelijk
Zkh aanneemsom - Msb plafond	ongelijk
Zkh overig - Msb aanneemsom	onduidelijk
Zkh overig - Msb overig	onduidelijk
Zkh overig - Msb P*Q	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast	gelijk
Zkh overig - Msb plafond	onduidelijk
Zkh P*Q - Msb aanneemsom	ongelijk
Zkh P*Q - Msb overig	onduidelijk
Zkh P*Q - Msb P*Q	gelijk
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast	gelijk
Zkh P*Q - Msb plafond	ongelijk
Zkh plafond - Msb aanneemsom	ongelijk
Zkh plafond - Msb overig	onduidelijk
Zkh plafond - Msb P*Q	ongelijk
Zkh plafond - Msb percentage schadelast	gelijk
Zkh plafond - Msb plafond	gelijk

Tabel 11: Gelijkgerichtheidsindeling van stromen tussen het msb en de vakgroepen

Stromen msb - vakgroep	Gelijkgerichtheids-indeling
Msb aanneemsom - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	gelijk
Msb aanneemsom - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	gelijk
Msb aanneemsom - Vakgr. overig	onduidelijk
Msb aanneemsom - Vakgr. realisatie geleverde zorg	ongelijk
Msb aanneemsom - Vakgr. realisatie t.o.v. begroting	ongelijk
Msb overig - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	onduidelijk
Msb overig - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	onduidelijk
Msb overig - Vakgr. overig	onduidelijk
Msb overig - Vakgr. realisatie geleverde zorg	onduidelijk
Msb overig - Vakgr. realisatie t.o.v. begroting	onduidelijk
Msb P*Q - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	ongelijk
Msb P*Q - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	ongelijk
Msb P*Q - Vakgr. overig	onduidelijk
Msb P*Q - Vakgr. realisatie geleverde zorg	gelijk
Msb P*Q - Vakgr. realisatie t.o.v. begroting	gelijk
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	gelijk
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	gelijk
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. overig	onduidelijk
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie geleverde zorg	ongelijk
Zkh aanneemsom - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie t.o.v. begroting	ongelijk
Msb plafond - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	ongelijk
Msb plafond - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	ongelijk
Msb plafond - Vakgr. overig	onduidelijk
Msb plafond - Vakgr. realisatie geleverde zorg	gelijk
Msb plafond - Vakgr. realisatie t.o.v. begroting	gelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. overig	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie geleverde zorg	onduidelijk
Zkh overig - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie t.o.v. begroting	onduidelijk
Msb plafond - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	onduidelijk
Msb plafond - Vakgr. realisatie geleverde zorg	onduidelijk
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	ongelijk
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	ongelijk
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. overig	onduidelijk
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie geleverde zorg	gelijk
Zkh P*Q - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie t.o.v. begroting	gelijk
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. doelmatigheid en kwaliteit	ongelijk
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. fte's en vergoeding o.b.v. dienstbelasting	ongelijk

Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. overig	onduidelijk
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie geleverde zorg	gelijk
Zkh plafond - Msb percentage schadelast - Vakgr. realisatie t.o.v. begroting	gelijk

Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl