

Juni | 13

Inkomensbeïnvloeding medisch specialisten

Landenvergelijking Nederland, Duitsland en Engeland

Nicole Leferink (344962)
Joulestraat 44
6533 DG Nijmegen
344962nl@eur.nl

Samenvatting

In dit onderzoek staat centraal wat de mogelijkheden en beperkingen zijn in Nederland voor het inzetten van beleidsmaatregelen om de zorgkosten te beïnvloeden via het inkomen van medisch specialisten. De zorgkosten in Nederland stijgen jaarlijks. Een kostenpost waar vaak vraagtekens bij worden gezet, is het salaris van medisch specialisten. Het doel van dit onderzoek is na te gaan op welke manier de inkomenspolitiek betreffende medisch specialisten kan worden ingezet om de zorgkosten te beheersen. Er wordt gebruik gemaakt van de institutionele theorie om de mogelijkheden en beperkingen te begrijpen. De inkomenspolitiek in Duitsland en de inkomenspolitiek in Engeland worden gebruikt om meer inzicht te krijgen in de inkomenspolitiek van medisch specialisten in Nederland. Hiervoor heeft documentonderzoek plaatsgevonden en er zijn interviews afgenomen met onderzoekers en medewerkers uit overkoepelende organisaties en ziekenhuizen.

De gezondheidszorgsystemen in Nederland, Duitsland en Engeland verschillen aanzienlijk. In Nederland en Duitsland zijn de stelsels gebaseerd op sociale verzekeringen. In Engeland wordt het zorgstelsel via belastingmiddelen gefinancierd. Het inkomen van medisch specialisten is institutioneel ingebed door de zorgstelsels. Andere aspecten die van invloed zijn op het inkomen zijn de vraag naar en het aanbod van zorg, de opleiding, bekostigingsmethoden, inkomensbegrenzing en de arbeidsverhouding.

In Nederland is zevenenvijftig procent van de specialisten in loondienst van een ziekenhuis op basis van een vast salaris. Vrijgevestigde specialisten werken in Nederland doorgaans ook in ziekenhuizen of in zelfstandige behandelcentra. Zij worden bekostigd op basis van DBC's op weg naar transparantie (DOT) onder een beheersmodel met een omzetplafond. In 2015 worden integrale tarieven ingevoerd. Het ziekenhuisbestuur en de medische specialisten zullen dan afspraken moeten maken over productie, kwaliteit en doelmatigheid. Ook zal onderhandeld moeten worden over het inkomen van medisch specialisten.

Uit het onderzoek blijkt dat de inkomens van Nederlandse medisch specialisten slechts gering hoger of zelfs lager zijn dan de inkomens van specialisten in Duitsland en Engeland. In Nederland is de gezondheidszorg van goede kwaliteit en beter toegankelijk dan in Engeland en Duitsland. Dit komt onder andere door het verplichte basispakket en de zorgtoeslag in Nederland. Daarnaast zijn er naar verhouding veel minder specialisten in Nederland en Engeland dan in Duitsland. Het terugbrengen van de inkomens van medisch specialisten zal slechts een geringe invloed hebben op het begrotingstekort. Wel is het van

belang dat hun inkomen niet direct via productie in verband staat met de macro zorgkosten. Er zou een systeem gecreëerd kunnen worden waarbij het inkomen van de medisch specialist juist toeneemt als de macro zorgkosten afnemen. Dan zal het vanwege de publieke opinie wenselijk zijn om de inkomens van uitschieters te begrenzen. Grotere effecten kunnen wellicht bereikt worden door het verschuiven van taken naar andere zorgverleners om het aantal medisch specialisten beperkt te houden.

Summary

This research project focuses on possible policies to influence the incomes of medical specialists. Healthcare costs in the Netherlands have been increasing steadily over the recent years. One of the costs that is increasingly becoming a subject of debate is the income of medical specialists. The purpose of this research is to examine how government regulation of incomes for medical specialists can be used to control healthcare costs. The institutional theory has been used to examine the possibilities. Income regulation for the specialists in the Netherlands has been compared with the applied policies in Germany and the United Kingdom. Information was gained by doing desk research and interviews with researchers and staff from both healthcare organizations as well as hospitals.

Healthcare systems show significant differences between the Netherlands, Germany and the United Kingdom. The Netherlands and Germany have healthcare systems based on social insurance. The British healthcare system is funded from taxes. The income of medical specialists is institutionally embedded by healthcare systems. Other aspects that affect income are the demand for and supply of care, training, funding methods, income limitation and employment.

In the Netherlands fifty-seven percent of the specialists are employed on a wage labour base by a hospital. They receive monthly payment. The remaining forty-three percent of the medical specialists are self-employed. They receive a fee for delivered services. The service is a DBC, Diagnosis Treatment Combination. They have a turnover limit. In 2015 integral rates are introduced. As a result The Board of Directors at any given hospital and medical specialists will have to discuss the production, quality and efficiency. A debate about the salary of medical specialists will be inevitable.

The income of Dutch medical specialists is as high or even lower than the incomes of specialists in Germany and the United Kingdom. Healthcare in the Netherlands is of high quality and provides great accessibility to its population compared to Germany and the United Kingdom. This is partly due to the mandatory aspect of healthcare insurance contracts in the Netherlands. Reducing the incomes of medical specialists will only have a minor impact on the budget deficit. However, it is important that their incomes are not associated directly with the macro healthcare costs. Because of public opinion it may be desirable to limit the incomes to prevent excesses. Perhaps shifting tasks to other

healthcare providers or rewarding for providing of efficient, high-quality care with maximum health gains can achieve larger effects. An other option is to create a system when the total healthcare costs decrease, the income of medical specialists increases.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Summary	5
Inhoudsopgave	7
1. Inleiding	9
2. Theoretisch kader	13
2.1 Het nieuwe institutionalisme	13
2.2 Institutionele veranderingen	15
3. Methoden	19
3.1 Dataverzameling	19
3.2 Betrouwbaarheid en validiteit	20
4. Zorgstelsels	23
4.1 Nederland	23
4.2 Duitsland	24
4.3 Engeland	25
5. Inkomenspolitiek	29
5.1 Vraag en aanbod	29
5.2 Opleiding	31
5.3 Bekostigingsmethoden	31
5.3.1. <i>Verrichtingensysteem</i>	32
5.3.2. <i>Vast salaris</i>	33
5.3.3. <i>Abonnementenbekostiging</i>	33
5.3.4. <i>Pay-for-performance</i>	33
5.3.5. <i>Gemengde methoden</i>	34
5.4 Inkomensbegrenzing	34
5.5 Arbeidsverhouding	35
6. Huidige situatie	37
6.1 Nederland	37
6.1.1. <i>Opleiding</i>	37
6.1.2. <i>Medisch specialisten in loondienst</i>	38
6.1.3. <i>Vrijgevestigde medisch specialisten</i>	40

6.1.4. Onderscheid loondienst en vrije vestiging	42
6.1.5. Ontwikkelingen.....	43
6.1.6. Lopende discussies	45
6.2 Duitsland	48
6.2.1. Opleiding.....	48
6.2.2. Medisch specialisten in loondienst.....	49
6.2.3. Vrijgevestigde medisch specialisten	50
6.3 Engeland.....	50
6.3.1. Opleiding.....	51
6.3.2. Medisch specialisten in loondienst.....	52
6.3.3. Vrijgevestigde medisch specialisten	52
6.4 Overzicht landenvergelijking	53
7. Conclusie en discussie	55
7.1 Conclusie	55
7.2 Discussie.....	58
Bijlage 1: Literatuur.....	61
Bijlage 2: Geraadpleegde gesprekspartners	69
Bijlage 3: Afkortingen.....	71

1. Inleiding

De zorgkosten in Nederland stijgen jaarlijks en daarmee stijgen ook de belastingen en premies van de verplichte zorgverzekering voor burgers. De hoge kosten worden onder andere veroorzaakt door de vergrijzing, nieuwe technologieën en personeelskosten. Ingrijpen wordt noodzakelijk geacht (Rijksoverheid 2012). In dit onderzoek wordt ingegaan op één van de kostenposten in de gezondheidszorg waar vaak vraagtekens bij worden gezet, namelijk het salaris van medisch specialisten. In totaal is dit in Nederland een jaarlijkse kostenpost van circa 2,7 miljard euro (Meurs et al. 2012).

“Jaap is ergens in de tweede helft van de jaren dertig geopereerd. Standverschil regeerde nog de samenleving in Nederland, dus ook de gezondheidszorg. De verpleging kende een onderscheid in verschillende ‘klassen’ en de ‘polikliniek’ was niet meer dan een spreekuur voor minvermogenden. Voor bemiddelde patiënten hield de specialist spreekuur aan huis. Hij stelde zelf zijn honorarium vast. Dat hij bedeeden minder rekende of zelfs voor niets hielp, was niet eens een uitzondering. Hij had een eed afgelegd en geld hoorde daar geen rol in te spelen.” (Nicolai 2003)

In het bovenstaande citaat, wat zich afspeelde in de jaren dertig, wordt duidelijk dat medisch specialisten zelf hun honorarium vaststelden en dat werd algemeen geaccepteerd. Daarnaast was de medisch specialist vrij in zijn handelen. De gezondheidszorg is inmiddels sterk gepolitiseerd, zowel in de kosten als in de uitvoering (Helderman et al. 2012). De overheid houdt zich bezig met de kostenbeheersing en waarborging van kwaliteit van zorg. In de Tweede Kamer is al meerdere malen besproken dat het salaris van medisch specialisten omlaag moet. Beleidsvoorstellen die aan de orde zijn geweest, zijn opheffing van de numerus fixus en de verplichting alle specialisten in loondienst te laten werken (Kamerstukken II 2012, 29 282, nr. 154; Kamerstukken II 2012, 29 248, nr. 242). Hoewel dergelijke beleidsvoornemens op het eerste gezicht redelijk eenvoudig te realiseren lijken, blijkt de praktijk een stuk gecompliceerder. Achter het loslaten van de numerus fixus voor de studie geneeskunde zat het idee dat meer concurrentie tussen artsen zou leiden tot lagere salarissen. Een stijging van het aantal artsen zorgt onder de huidige condities echter voor meer zorgvolume, wat juist leidt tot het stijgen van de zorgkosten (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2010a). Een ander voorbeeld van een beleidsvoorstel is alle specialisten verplichten om in loondienst te werken. Uit het rapport Gezond Belonen (Meurs et al. 2012) blijkt dat dit juridisch niet mogelijk is, omdat voor werken in loondienst een

arbeidsovereenkomst gesloten moet worden. Een kenmerk van een overeenkomst is volgens de wet contractsvrijheid. Partijen moeten de mogelijkheid hebben om al dan niet een overeenkomst te sluiten. Het is daarom niet mogelijk medisch specialisten te verplichten om in loondienst te werken. In dit onderzoek worden verschillende beleidsopties behandeld. Een deel ervan is beschreven in het rapport Gezond Belonen (Meurs et al. 2012). Dit rapport is geschreven in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De inkomens van medisch specialisten in Nederland zijn steeds verder gepolitiseerd geraakt. Van het oorspronkelijk “vrije beroep” is in dat opzicht niet veel over. Dit is niet alleen in Nederland het geval, ook in andere landen staat het inkomen van medisch specialisten ter discussie. In dit onderzoek zal worden gesproken over ‘inkomenspolitiek’, waarmee wordt aangegeven hoe overheidsmaatregelen het inkomen beïnvloeden. De inkomenspolitiek in Nederland wordt vergeleken met de inkomenspolitiek in Duitsland en Engeland. Deze vergelijking is interessant, omdat de inkomenspolitiek van medisch specialisten in elk land beïnvloed wordt door andere instituties. Uit SEO economic research (2012) blijkt dat Nederlandse vrijgevestigde specialisten meer verdienen dan hun collega’s in Duitsland en Engeland. In Engeland zijn medisch specialisten in ziekenhuizen in dienst van de overheid door het collectief gefinancierde National Health Service (NHS) systeem (Boyle 2011). De Britse overheid is bezig zorgverleners meer prestatie- en kwaliteitsgericht te betalen (McDonald et al. 2009). In Duitsland is er nog onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Ook staat in dit land de hoogte van het honorarium van artsen ter discussie. De inkomens zijn sterk hiërarchisch verdeeld (Busse & Riesberg 2005).

Het doel van dit onderzoek is na te gaan op welke manier de inkomenspolitiek betreffende medisch specialisten in Nederland kan worden ingezet om de zorgkosten te beheersen. De inkomenspolitiek in Duitsland en de inkomenspolitiek in Engeland worden gebruikt om meer inzicht te krijgen in de inkomenspolitiek van medisch specialisten in Nederland. De volgende onderzoeksvraag staat hierbij centraal:

Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen in Nederland voor het inzetten van beleidsmaatregelen om het inkomen van medisch specialisten te beïnvloeden?

Er zijn deelvragen geformuleerd om de opgestelde onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, te weten:

- Wat zijn de belangrijkste aspecten van de institutionele theorie?
- Wat is de invloed van de institutionele inbedding van het zorgstelsel op de inkomenspolitiek betreffende medisch specialisten?

- Op welke manier worden medisch specialisten bekostigd in Nederland, Duitsland en Engeland? Hoe is dit tot stand gekomen? Hoe kunnen de verschillende financieringsstructuren worden verklaard?
- Welke discussies hebben plaatsgevonden en vinden plaats wat betreft het inkomen van medisch specialisten?
- Is er een verband tussen de opleiding en het inkomen van medisch specialisten in Nederland, Duitsland en Engeland?
- Wat zijn de consequenties voor de macro zorgkosten van verschillende maatregelen met betrekking tot het inkomen van medisch specialisten?

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en de deelvragen zullen documentonderzoek en interviews plaatsvinden. Allereerst komt in het theoretisch kader het nieuwe institutionalisme en institutionele verandering aan bod. Daarna volgt een methodologisch hoofdstuk waarin de onderzoeksmethoden worden toegelicht. In hoofdstuk vier worden de zorgstelsels in Nederland, Duitsland en Engeland besproken. In het hoofdstuk daarna komen verschillende vormen van inkomensbeleid en bekostigen aan bod. Vervolgens wordt de situatie in Nederland, Duitsland en Engeland besproken. Per land wordt gekeken naar de opleiding en het inkomen van medisch specialisten. Als laatste wordt het onderzoek bediscussieerd en komt in de conclusie naar voren op welke manier de inkomenspolitiek in Nederland kan worden ingezet om zorguitgaven te beheersen.

2. Theoretisch kader

Zowel in Nederland als in Duitsland en Engeland wordt erkend dat kostenbeheersing in de gezondheidszorg noodzakelijk is (Rijksoverheid 2012; Busse & Riesberg 2005; Boyle 2011). Er zijn verschillende manieren om zorgkosten te beheersen. Dit onderzoek is gericht op kostenbeheersing in de zorg door middel van het beheersen van het inkomen van medisch specialisten. Om de mogelijkheden, beperkingen en consequenties van het inkomensbeleid te kunnen begrijpen, wordt in deze scriptie gebruik gemaakt van de institutionele theorie. Het nieuwe institutionalisme houdt zich bezig met de maatschappelijke inbedding waarbinnen sociaal handelen vorm krijgt. Er wordt binnen deze stroming gekeken hoe instituties het gedrag en de keuzen van sociale actoren vormen, bemiddelen en kanaliseren en in hoeverre instituties het verloop en de uitkomsten van het handelen van deze actoren beïnvloeden (Hemerijck 2001). Er moet dus rekening gehouden worden met instituties bij het ingrijpen in het inkomen van medisch specialisten. De institutionele inbedding van de gezondheidszorg in Nederland, Duitsland en Engeland verschilt. Dit heeft invloed op de manier waarop de kosten beheerst kunnen worden. Hier moet rekening mee gehouden worden bij het financieren van medisch specialisten. Een beleid is niet goed te begrijpen zonder de institutionele inbedding in de analyse te betrekken (Hemerijck 2001). De inkomenspolitiek van medisch specialisten is ingebed door instituties en het is moeilijk om deze instituties te veranderen. Het veranderen van instituties is echter niet onmogelijk. Achtereenvolgens worden in dit hoofdstuk het nieuwe institutionalisme en institutionele verandering besproken.

2.1 Het nieuwe institutionalisme

Instituties kunnen processen en uitkomsten van sociaal handelen helpen verklaren. Een institutie kan gedefinieerd worden als een naar plaats en tijd gebonden sociale constructie die menselijk gedrag en het verloop en de uitkomsten van sociaal handelen structureert. Formele en informele regels hebben invloed op de keuzen en het gedrag van sociale actoren. Enerzijds beperken instituties gedragingen en handelingen. Anderzijds kunnen instituties juist mogelijkheden bieden (Hemerijck 2001). De institutionele theorie bevordert het begrip van de politieke wereld. De werelden van politiek en beleid worden namelijk gekenmerkt door een hoge mate van institutionele verdichting (Hall & Taylor 1996; Hemerijck 2001). Aangezien het inkomen van medisch specialisten onderdeel is van de institutionele inbedding van het zorgstelsel van een land, wordt er in deze paragraaf

ingegaan op het nieuwe institutionalisme. In een volgend hoofdstuk kan dan verder ingegaan worden op de geïstitutionaliseerde verhoudingen tussen artsen en de overheid en tussen artsen en de maatschappij.

Er zijn verschillende vormen van institutionalisme te onderscheiden, te weten het historisch institutionalisme, het rationeel keuze institutionalisme en het sociologisch institutionalisme (Hall & Taylor 1996). In de jaren zeventig ontstond het historisch institutionalisme. Deze vorm van institutionalisme houdt zich bezig met de relatie tussen instituties en individueel gedrag. Tevens spelen asymmetrische machtsverhoudingen een rol. De manier waarop instituties de macht ongelijk verdelen tussen sociale groeperingen wordt hierbij benadrukt. Ook komt in het historisch institutionalisme padafhankelijkheid naar voren. Padafhankelijkheid houdt in dat instituties bepaald worden door hun historie en zich daardoor ontwikkelen via bepaalde 'paden'. Als laatste koppelt deze school instituties aan ideeën en overtuigingen, wat een bijdrage levert aan de politiek (Hall & Taylor 1996; Hemerijck 2001). In de gezondheidszorg spelen asymmetrische machtsverhoudingen een bepalende rol. Er zijn veel verschillende actoren in deze sector. Medisch specialisten zijn echter de absolute spil in het verlenen van specialistische zorg. Zij zijn onmisbaar in de gezondheidszorg en daardoor hebben zij veel macht (Verkoulen 2009). Zoals in de inleiding uitgelegd is, werd de macht van medisch specialisten in het verleden geaccepteerd door de samenleving. Het verleden bepaalt welke paden er nu gekozen kunnen worden.

Tegelijk met het historisch institutionalisme ontstond het rationeel keuze institutionalisme. De rationele keuze theorie wijst voornamelijk op de effecten van het bestaan van instituties. Deze theorie ziet instituties als een set van mogelijkheden en beperkingen. Actoren hebben bepaalde voorkeuren en gedragen zich zo om deze voorkeuren te maximaliseren. Ze handelen dus uit eigenbelang. Instituties beperken echter de keuzes van gedragingen van actoren. Rationele keuze institutionalisten hebben de neiging om de politiek te zien als een reeks van collectieve dilemma's. Als individuen naar eigenbelang handelen is het vanzelfsprekend dat er geen optimale collectieve uitkomst bereikt wordt. Ook laat deze stroming zien dat er afhankelijkheid is tussen actoren en dat er daarom niet te veel keuzes gemaakt kunnen worden die alleen het individuele belang ten goede komen. Daarnaast heeft deze school een bijdrage geleverd in het benadrukken van de rol van strategische interactie bij het bepalen van politieke resultaten. Tevens heeft het rationele keuze institutionalisme een onderscheidende aanpak ontwikkeld voor het ontstaan van instituties. Door het complexer en specialistischer worden van processen en handelingen ontstaat er behoefte aan een onafhankelijke derde partij, bijvoorbeeld de overheid, die het institutionele domein uitbreidt (Hall & Taylor 1996; Hemerijck 2001). Bij de kostenbeheersing in de

gezondheidszorg zijn veel actoren met verschillende belangen betrokken. Het is daardoor lastig een optimale collectieve uitkomst te bereiken. De gezondheidszorg wordt steeds complexer en specialistischer, waardoor het institutionele domein steeds verder wordt uitgebreid.

De derde theoretische stroming binnen het institutionalisme is het sociologisch institutionalisme. Het sociologisch institutionalisme probeert gedragingen te verklaren. Deze school definieert instituties breed, namelijk als verzamelingen van onderling verbonden regels en routines die 'gepaste' handelingsperspectieven en rollen definiëren en sanctioneren. De kloof tussen instituties en cultuur wordt hiermee overbrugd. Ook individueel gedrag wordt gekoppeld aan cultuur. Zelfbeelden en identiteiten van actoren worden gevormd door instituties en sociale invloeden. Het interactieve karakter van instituties staat op de voorgrond. Daarnaast heeft het sociologisch institutionalisme ook zijn eigen manier om het ontstaan van instituties uit te leggen, namelijk om de maatschappelijke legitimiteit van organisaties te verhogen (Hall & Taylor 1996; Hemerijck 2001). In de gezondheidszorg zijn veel onderling verbonden regels en routines die handelingsperspectieven en rollen definiëren en sanctioneren. Cultuur heeft invloed op deze handelingsperspectieven en rollen in de gezondheidszorg. Een voorbeeld hierbij is een verpleegkundige die een medisch specialist niet aan durft te spreken op verkeerd gedrag.

2.2 Institutionele veranderingen

Kenmerkend voor het institutionalisme is dat instituties zich padafhankelijk ontwikkelen en daardoor moeilijk te veranderen zijn. Padafhankelijkheid houdt in dat sociale processen worden voorgestructureerd door historische overgeleverde regels, tradities, normen en waarden. Waar je heengaat hangt dus af van waar je vandaan komt. Sommige normen, waarden en tradities staan veranderingen daarbij in de weg. Instituties zijn dus moeilijk te veranderen, maar het is wel mogelijk (Hemerijck 2001; Thelen 2004). In deze paragraaf worden twee vormen van institutionele verandering besproken. Vervolgens wordt toegelicht wat voor invloed instituties op beleidshervorming hebben.

Er is onderscheid te maken tussen abrupte en geleidelijke institutionele veranderingen. Abrupte veranderingen kunnen ontstaan door kritieke perioden. Voorbeelden van kritieke perioden zijn langdurig beleidsfalen of een bepaalde *sense of urgency* voor kostenbeheersing. Dit kan leiden tot een politieke crisis. De politiek kan door een crisis meester worden over instituties en instituties dan veranderen. Het komt echter zelden voor

dat de situatie zo ernstig is dat er een crisis ontstaat (Mahoney & Thelen 2010; Hemerijck 2001). Meer recente literatuur over institutionele verandering stelt dat veranderingen plaatsvinden in minder buitengewone tijden. Er is dan sprake van een geleidelijk, evolutionair proces. Onder andere door afhankelijkheid zijn alleen kleine veranderingen mogelijk. Volgens deze visie is er een dynamische component in instituties ingebouwd. Voor institutionele veranderingen is niet alleen exogene druk, maar ook endogene druk nodig. Alleen de wetten of regels veranderen is vaak niet genoeg. Er worden binnen deze stroming vier typen institutionele veranderingen onderscheiden. Ten eerste *displacement*, oftewel vervanging. Er is sprake van vervanging als bestaande regels worden vervangen door nieuwe regels. Dit hoeft niet abrupt plaats te vinden, het is vaak een langzaam proces. Ten tweede *layering*, ofwel stapeling. In dit geval worden aan bestaande regels, nieuwe regels toegevoegd. Dit vindt vaak plaats als er niet genoeg invloed op bestaande regels uitgeoefend kan worden om ze daadwerkelijk te laten verdwijnen. Ten derde treedt *drift* op als formele instituties hetzelfde blijven, maar langzaam van binnen uit veranderen of worden uitgehold. Als laatste blijven bij *conversion* formele instituties ook hetzelfde, maar worden ze op nieuwe manieren geïnterpreteerd en vastgesteld. Voor het verklaren van institutionele veranderingen zijn de interactie tussen de politieke context en instituties en verschuivingen in machtsverhoudingen belangrijk (Mahoney & Thelen 2010; Thelen 2004).

Door gevestigde institutionele verhoudingen zijn instituties lastig te veranderen. Bij verandering is er sprake van drie fasen, te weten articulatie, absorptie en anticipatie. De eerste fase is nodig om nieuwe ideeën te articuleren. In de absorptiefase veranderen ideeën in plannen, dit duurt over het algemeen tien tot vijftien jaar. In de laatste fase, anticipatie, worden de plannen uitgevoerd en gaat men zich eraan gedragen. Deze fase duurt ook tien tot vijftien jaar (Putters 2012). Traagheid in besluitvorming kan echter nut hebben voor complexe projecten om de problemen aan te pakken, de koers uit te proberen, weerstanden te testen, draagvlak voor het beleid op te bouwen en medewerking bij de uitvoering te krijgen (van der Grinten & Helderma 2005).

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door graduele veranderingen (Helderma et al. 2005). Dit blijkt onder andere uit het voorstel van de Commissie Dekker in 1987. Het overheidsbeleid in Nederland is al sinds 1987 gericht op het realiseren van voorwaarden voor gereguleerde concurrentie (van der Velden 1993). Een voorbeeld van een informele institutie die hierbij in de weg staat is de ziekenhuisbestuurder die de rol van de zorgverzekeraar ter discussie stelt. De ziekenhuisbestuurder vindt dat het ziekenhuis zelf de inhoud van de zorg mag bepalen, terwijl formeel besloten is dat de zorgverzekeraar ook naar de inhoud van de zorg kijkt (art. 11 Zvw). Dit veroorzaakt spanning. Ook is hier sprake

van padafhankelijkheid, omdat ziekenhuizen in het verleden de inhoud zelf bepaalden. Je ziet dus veranderende institutionele verhoudingen die nog niet uitgekristalliseerd zijn. Dit is in Duitsland en Engeland ook zichtbaar (Busse & Riesberg 2005; Boyle 2011). In Duitsland probeert de overheid bijvoorbeeld al sinds 1900 gelijkheid te creëren tussen particulier verzekerde patiënten en patiënten met een *Krankenkasse*. Artsen proberen namelijk vooral particulier verzekerde patiënten aan te trekken. Hiervoor is onder andere in 1994 het risicovereveningssysteem geïntroduceerd, wat nog steeds wordt verbeterd (Busse & Riesberg 2005).

De inkomenspolitiek van medisch specialisten wordt deels bepaald door de mogelijkheden en beperkingen die door instituties zijn opgelegd. Deze instituties verschillen per land. Zo is er in Engeland bijvoorbeeld het collectief gefinancierde NHS-systeem met artsen als werknemers en de overheid als werkgever (Boyle 2011). In Nederland is er daarentegen een sociaal verzekeringsstelsel met publieke verantwoordelijkheid en een private uitvoering. Hierdoor ontstaan sterke publiek-private afhankelijkheden (Putters 2012). Een vergelijkende analyse is een kenmerkende methodologie voor de institutionele beleidsanalyse. De institutionele infrastructuur van een land is het meest duurzaam verankerde domein van collectieve actie, besluitvorming en gezag. Door de relatief permanente aard van politieke en bestuurlijke instituties is het zinvol op deze wijze het beleid van verschillende landen te vergelijken (Hemerijck 2001). In elk land kan door verschillende instituties een ander beleid effectief zijn. Hetzelfde beleid kan daarnaast in verschillende landen anders uitpakken door de institutionele inbedding in het land.

3. Methoden

In dit onderzoek is gekozen om de inkomenspolitiek van medisch specialisten in Nederland, Duitsland en Engeland te vergelijken. In dit hoofdstuk wordt toegelicht welke methoden hiervoor worden gehanteerd, hoe respondenten zijn geworven en hoe de verzamelde data is geanalyseerd. Vervolgens wordt er aandacht besteed aan de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek.

3.1 Dataverzameling

Met behulp van literatuuronderzoek is een theoretisch kader geschreven over het institutionalisme. Voor het beantwoorden van de deelvragen en de onderzoeksvraag hebben documentonderzoek en interviews plaatsgevonden. Er is gekozen voor documentonderzoek en interviews om de diepte in te kunnen gaan. Voor het documentonderzoek zijn Engelse, Nederlandse en Duitse documenten gebruikt. Zoektermen die gebruikt zijn voor het zoeken van literatuur zijn onder andere *medical specialist*, *financing*, *remuneration* en *pay-for-performance*. Ook zijn er Nederlandse en Duitse termen gebruikt. Daarnaast is in de literatuurlijst van gebruikte documenten gekeken voor literatuur. Voor de beleidshervormingen in Nederland is onder andere het rapport van Meurs et al. (2012) geanalyseerd. Ook zijn de *Health Systems in Transition (HiT)* series van de *European Observatory on Health Systems and Policies* (WHO 2012) gebruikt. Er is een systematische review van de documenten uitgevoerd. Voor het analyseren van data is eerst globaal gelezen. Vervolgens zijn relevante stukken kritisch doorgelezen en belangrijke aspecten eruit gehaald. Door het documentonderzoek is een beter beeld gevormd van de ontwikkelingen in de inkomenspolitiek betreffende medisch specialisten per land. Er is gekeken naar het verleden, het heden en de toekomst.

Ter aanvulling van het documentonderzoek hebben er interviews plaatsgevonden met onderzoekers, personen in overkoepelende organisaties en medewerkers in ziekenhuizen in Nederland, Duitsland en Engeland. De interviews met Duitsers en Engelsen zijn telefonisch en per e-mail afgenomen. De interviews zijn semigestructureerd afgenomen, zodat er de mogelijkheid bestond om in te gaan op zaken die in het documentonderzoek nog niet naar voren waren gekomen. Voor het werven van respondenten is contact opgenomen met de betreffende organisaties of personen. Zij zijn telefonisch, per e-mail of per post benaderd. De voorkeur ging er naar uit om contact op te nemen met of via personen die persoonlijk

bekend zijn, zodat de communicatie-afdeling omzeild kon worden. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Topics die aan de orde kwamen in de interviews zijn onder andere loondienst en vrije vestiging, de Wet Normering Topinkomens (WNT), integrale tarieven en de opleiding. Respondenten gaven argumenten voor en tegen verschillende maatregelen en situaties. De uitspraken zijn vervolgens geanalyseerd. Voorafgaand aan de interviews is besproken dat privacy gerespecteerd wordt. De informatie wordt vertrouwelijk behandeld en er wordt toestemming gevraagd aan de respondenten voor het opnemen van het gesprek en het delen van de informatie. Naast het afnemen van interviews is er ook geobserveerd tijdens een bijeenkomst van medisch specialisten. Dit was een regionale discussiebijeenkomst, *Positionering 2015*, van de Orde van Medisch Specialisten. Met behulp van het documentonderzoek, de interviews en deze observatie is een zo helder mogelijk beeld geschetst van de inkomenspolitiek van medisch specialisten.

3.2 Betrouwbaarheid en validiteit

Voor de kwaliteit van een onderzoek is het van belang dat het betrouwbaar en valide is. Het uitvoeren van een betrouwbaar en valide onderzoek is lastig bij kwalitatieve onderzoeken (Swanborn 2010). Toch is gepoogd de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek zoveel mogelijk te waarborgen.

De betrouwbaarheid van een onderzoek heeft te maken met de gevoeligheid voor toevalsfouten. Toevalsfouten zijn fouten die ontstaan door de onderzoeker, de situatie of de instrumenten. De betrouwbaarheid van een onderzoek is te waarborgen door standaardisering en herhaling (Swanborn 2010). Deze manieren zijn het beste toepasbaar bij kwantitatief onderzoek en zijn in dit onderzoek minder goed toepasbaar geweest. Wel is getracht dat de resultaten van het onderzoek onafhankelijk van de onderzoeker zijn. De betrouwbaarheid van de interviews is verhoogd door bij elke respondent in hetzelfde land dezelfde onderwerpen te behandelen. Daarnaast heeft de interviewer zich tevoren verdiept in interviewtechnieken. Tevens is de betrouwbaarheid verhoogd door methodetriangulatie en datatriangulatie. Bij methodetriangulatie worden meerdere methoden gebruikt om data te verzamelen. In dit onderzoek zijn de methoden documentonderzoek, interviews en observaties gebruikt. Datatriangulatie wordt toegepast door het gebruik van documenten van verschillende auteurs en het interviewen van verschillende personen. Ook is een member check uitgevoerd, door de respondenten achteraf het getranscribeerde interview te laten controleren.

Er zijn twee soorten validiteit van belang bij dit onderzoek, te weten begripsvaliditeit en externe validiteit. Bij begripsvaliditeit speelt de vraag of je meet wat je wilt meten. Als een instrument alleen het bedoelde begrip en geen andere factoren meet, is de begripsvaliditeit perfect (Swanborn 2010). Om de begripsvaliditeit te verhogen zijn de interviewvragen voor dit onderzoek zorgvuldig overwogen en geformuleerd. Het was van belang dat de interviewvragen niet suggestief gesteld werden. Ook is rekening gehouden met de neiging van respondenten om over sommige onderwerpen niet de waarheid te vertellen in verband met sociale wenselijkheid. Dit komt in de discussie terug.

De externe validiteit, oftewel de generaliseerbaarheid, geeft de geldigheid van de onderzoeksresultaten aan ten opzichte van andere situaties of naar breder geldende theorieën (Swanborn 2010). De externe validiteit is in dit onderzoek verhoogd door voornamelijk onderzoekers en personen in overkoepelende organisaties te interviewen. Dit zijn doorgaans personen die meerdere situaties kennen.

4. Zorgstelsels

In dit hoofdstuk worden de (veranderingen in de) gezondheidszorgstelsels in Nederland, Duitsland en Engeland besproken. Deze stelsels hebben invloed op de inkomenspolitiek van medisch specialisten, omdat de inkomenspolitiek institutioneel is ingebed (Helderman 2007). Per land wordt de situatie besproken.

4.1 Nederland

Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel is in de afgelopen honderd jaar sterk veranderd. Er is meestal sprake van graduele veranderingen (Helderman et al. 2005). Rond 1900 werden de eerste ziekenfondsen opgericht door burgers, werknemers en artsen, zonder staatstoezicht. De jaren daarna verzekerden steeds meer Nederlanders zich voor hun ziektekosten. In 1941 ontstond het Ziekenfondsbesluit en ging de overheid toezicht houden op ziekenfondsen. Er kwam een acceptatie- en verzekeringsplicht voor werknemers die onder de ziektewet vielen en loon onder een bepaalde loongrens hadden. In 1968 ontstond daarnaast de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) met een inkomensafhankelijke premie. Deze volksverzekering had een pakket met onder andere het verpleeghuis, langer dan een jaar verblijf in het ziekenhuis en het RIAGG. Dit pakket werd in de loop der tijd verruimd. In 1986 werd de vrijwillige ziekenfondsverzekering opgeheven en werden deze verzekerden overgeheveld naar particuliere verzekeraars. Verzekerden moesten geaccepteerd worden door verzekeraars tegen een wettelijk vastgestelde maximumpremie, maar toch ontstonden er financiële problemen voor ouderen en mensen met lage inkomens (van der Velden 1993).

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd met als doelstellingen meer doelmatigheid, minder centrale sturing en goede toegankelijkheid. In internationale kringen wordt de invoering van deze wet gezien als een zeer innovatieve hervorming. Het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden werd verleden tijd (Helderman 2007). De kern van de stelselwijziging is dat het model van centrale aanbod- en prijsregulering geleidelijk wordt vervangen door gereguleerde concurrentie met vrije prijzen (van de Ven & Schut 2010). Gelijktijdig met de invoering van de Zorgverzekeringswet werd de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) ingevoerd met als doel de financiële toegankelijkheid tot zorgverzekeringen te waarborgen (van de Ven & Schut 2010). Iedereen die in Nederland woont of werkt is sinds 2006 verplicht verzekerd voor het basispakket tegen een nominale

premie. Daarnaast betaalt iedereen met een inkomen een inkomensafhankelijke premie. De uitvoering en organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg blijft een private aangelegenheid. Zorgaanbieders zijn particuliere instellingen en private zorgverzekeraars regelen de financiering van de zorg (Helderman 2007). Verzekeraars zijn verplicht consumenten te accepteren voor de basisverzekering. Zij krijgen wel compensatie voor patiënten met een hoog gezondheidsrisico door het risicovereveningssysteem. Daarnaast is er voor verzekerden momenteel een verplicht eigen risico dat (gedeeltelijk) betaald moet worden aan de verzekeraar als er zorg uit het basispakket gebruikt wordt (art. 19 Zvw). In Nederland is sprake van een *Bismarck*-type systeem. Eén van de kenmerken van dit type systeem is dat private organisaties via sociale verzekeringen zorg dragen voor de financiering van de gezondheidszorg. Daarnaast is het typisch voor dit systeem dat er een veelheid van aanbieders is en overvloed aan keuzes voor gebruikers. De grote uitdaging bij dit type systeem is kostenbeheersing. Overheden controleren en reguleren daarom doorgaans de keuzes en de toegang tot zorg (Or et al. 2010). De overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg waren in 2010 3890 euro per hoofd van de bevolking (OECD 2012).

De Nederlandse gezondheidszorg beschikt over de traditie om beleid in samenspraak met betrokkenen in het veld voor te bereiden en uit te voeren, ook wel het poldermodel genoemd (van der Grinten & Helderman 2005). De Nederlandse gezondheidszorg is al ingrijpend hervormd, maar is nog steeds in ontwikkeling. De condities voor gereguleerde concurrentie in de zorg zijn nog niet volledig gerealiseerd (Helderman 2007; van de Ven & Schut 2010).

4.2 Duitsland

Het Duitse gezondheidszorgstelsel is ook een *Bismarck*-type systeem en is redelijk verwant aan het vroegere Nederlandse stelsel. In Duitsland hebben echter, naast de centrale overheid, de deelstaten zeggenschap. Deze *Länder* zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de meeste nationale wetten en regelgeving (Jeurissen 2005). Daarnaast is in Duitsland de politiek ten aanzien van de gezondheidszorg nog steeds beperkt door de formele, wettelijke verankerde instemming van de veldpartijen met het beleid, in het bijzonder de koepelorganisaties van artsen en verzekeraars (van der Grinten 2007). Hervormingen zijn hierdoor lastig door te voeren.

Toch heeft het Duitse gezondheidszorgsysteem de afgelopen eeuw ook vele veranderingen doorgemaakt. In 1883 werd de *Gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV) ingevoerd. Duitsland was hiermee het eerste land met een nationaal sociaal verzekeringssysteem. Het

werd voor medewerkers tot een bepaalde inkomenshoogte verplicht om zich te verzekeren. Ook werklozen, studenten en gehandicapten werden in deze verzekering opgenomen. Er ontstonden steeds meer verschillende verzekeringen. Om dit in te perken voerde de regering in 1901 een eigen groep van werkzame *Krankenkassen* in. Premies voor deze *Krankenkassen* zijn niet risico gerelateerd. Werkgevers betalen hier ook aan mee. Kinderen en niet-verdienende partners zijn gratis meeverzekerd. Naast de *Krankenkassen* zijn er ook particuliere verzekeringen. Afgezien van de Tweede Wereldoorlog en een aantal kleine veranderingen bleef dit systeem bestaan. Het aantal zorgverleners maakte een grote stijging door en ook in Duitsland ging het probleem van de exploderende zorgkosten zich voordoen. In 1977 werd een bezuinigingsstrategie ingezet: de premies van de *Krankenkassen* werden inkomensafhankelijk gemaakt. Vervolgens kwamen er vanaf 1988 verschillende overheidsinterventies voor kostenbeheersing, onder andere concurrentie bevorderende regelgeving en aandacht voor efficiëntie. In 1994 werd het risicovereveningssysteem geïntroduceerd. In 1996 en 1997 werden de eigen bijdragen van de verzekerden verhoogd, kwamen er preventieprogramma's en werd bijvoorbeeld de tandarts uit het pakket gehaald. Tussen 2000 en 2003 werd het risicovereveningssysteem hervormd om risicoselectie verder te verminderen (Busse & Riesberg 2005). Zowel verzekerden bij *Krankenkassen* als particulier verzekerden kunnen zich aanvullend verzekeren bij particuliere verzekeraars (Jeurissen 2005).

Ondanks de mogelijkheid dat men in Duitsland zonder verwijfsbrief een afspraak bij een medisch specialist kan maken, zijn er geen wachtlijsten. Er is geen huisarts met een poortwachtersfunctie, zoals in Nederland. Duitse burgers betalen inmiddels wel forse eigen bijdragen bij veel vormen van zorg (Jeurissen 2005). Er zijn in Duitsland aparte verzekeringen voor bedrijfsongevallen, verkeersongevallen onderweg van of naar het werk en beroepsziekten (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2013). In 2010 waren de overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg minder dan in Nederland, namelijk 3337 euro per hoofd van de bevolking (OECD 2012).

4.3 Engeland

In Engeland is er sinds 1948 de National Health Service (NHS) waarbij de bevolking "gratis" gebruik mag maken van door de staat georganiseerde zorg (Boyle 2011). Het centrale uitgangspunt van het systeem is dat gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar is (NHS 2013). De zorg in Engeland wordt grotendeels gefinancierd uit algemene belastingen (Boyle 2011). Iedereen betaalt mee op basis van draagkracht (NHS 2013). De overheid organiseert

de zorg en is eigenaar van de meeste zorgvoorzieningen in Engeland (Boyle 2011). In tegenstelling tot het *Bismarck* systeem in Nederland en Duitsland, is het systeem in Engeland het *Beveridge*-type. Dit systeem staat bekend om een rechtvaardige toegang. Een ander voordeel van het *Beveridge* systeem is dat de totale zorgkosten beter te beheersen zijn dan bij het *Bismarck* systeem. Nadelen die zich voordoen zijn lange wachttijden en weinig keuzemogelijkheden voor gebruikers (Or et al. 2010). In 2010 waren de overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg minder dan in Nederland en Duitsland, namelijk 2641 euro per hoofd van de bevolking (OECD 2012).

De overheid heeft veel macht in het NHS-systeem, omdat zij organisator en eigenaar zijn van de meeste zorgvoorzieningen. Zij kunnen daarom vrij eenvoudig hervormingen doorvoeren (Boyle 2011; van der Grinten 2007). Een groot deel van de bevolking maakt gebruik van de door de staat georganiseerde zorg (Boyle 2011). De prestaties van de NHS zijn sinds de jaren zeventig echter sterk achteruit gegaan. De vermogende bevolking gaat daardoor in toenemende mate naar privéklinieken (Jeurissen 2005). Ongeveer dertien procent van de Engelse bevolking heeft hiervoor een private zorgverzekering (Boyle 2011). In 2000 zorgt het NHS Plan voor de grootste verandering in de gezondheidszorg in Engeland sinds de NHS werd opgericht in 1948. Het plan zet uiteen hoe meer financiële middelen en een hervorming een einde gaan maken aan geografische ongelijkheden, het verbeteren van dienstverlening en het uitbreiden van de keuzes van patiënten. Er is gepoogd de gezondheidszorg meer patiëntgericht te ontwerpen (NHS 2000). In Engeland is onder medewerkers van de NHS “hervormingsmoedheid” ontstaan. Veel personeel wordt belemmerd in de werkzaamheden door de financiële tekorten en lange lijsten van prioriteiten die door de regering worden opgedragen (Ham 2006; Bamrah & Chand 2013).

De gezondheidszorgsystemen en beleidsvorming in Nederland, Duitsland en Engeland verschillen dus aanzienlijk. In Nederland en Duitsland zijn de zorgstelsels gebaseerd op sociale verzekeringsstelsels. Private organisaties dragen via verzekeringen zorg voor de financiering van de gezondheidszorg. De overheid reguleert en controleert dit. In Engeland is er daarentegen een door belastingmiddelen gefinancierd systeem dat voor de gehele bevolking toegankelijk is. Van beide systemen zijn de voor- en nadelen besproken. De overheidsuitgaven met betrekking tot gezondheidszorg zijn naar verhouding in Nederland hoger dan in Duitsland en Engeland. Ook is de kwaliteit van zorg in Nederland, Duitsland en Engeland verschillend. Het betrouwbaar vergelijken van de kwaliteit van medisch specialistische zorg is echter moeilijk. In 2009 werd de kwaliteit van Nederlandse ziekenhuizen door 91 procent van de respondenten als goed beoordeeld. In Engeland en Duitsland is dit percentage lager, namelijk circa 86 procent. Ook wordt de toegankelijkheid

tot ziekenhuiszorg in Nederland beter beoordeeld dan in Duitsland en Engeland, ondanks het *Beveridge*-systeem in Engeland (SiRM 2012).

5. Inkomenspolitiek

In dit hoofdstuk wordt de inkomenspolitiek betreffende medisch specialisten besproken. Er zijn verschillende aspecten die besproken worden. In de eerste paragraaf komen de vraag naar en het aanbod van zorg aan bod. Vervolgens wordt de opleiding tot medisch specialist besproken. Daarna komen verschillende bekostigingsmethoden voor medisch specialisten aan bod. Ook komen vormen van inkomensbegrenzing naar voren. Als laatste worden verschillende vormen van arbeidsverhoudingen besproken. Deze aspecten kwamen naar voren uit het documentonderzoek en uit de interviews en zijn van invloed op de inkomens van medisch specialisten.

5.1 Vraag en aanbod

De effecten van de vraag naar en het aanbod van zorg zijn interessant, omdat ze in een aantal opzichten afwijken van andere goederen en diensten. Een medisch specialist kan bijvoorbeeld, afhankelijk van de bekostigingsmethode, het aanbod en daarmee ook de vraag naar gezondheidszorg beïnvloeden om zijn eigen inkomen te vergroten. Ook wel aanbodgeïnduceerde vraag genoemd. Daarnaast zal het evenwicht tussen vraag en aanbod naar voren komen.

De individuele vraag naar een product of dienst wordt bepaald door de prijs van het betreffende goed, prijzen van substituten, de hoogte van het inkomen van de individu en individuele voorkeuren. De vraag naar gezondheidszorg wijkt echter in een aantal opzichten af van de vraag naar andere goederen en diensten. Ten eerste is de vraag naar gezondheidszorg de afgeleide van de vraag naar gezondheid. Het gebruik van gezondheidszorg levert zelf geen nut op. Het levert pas nut op als het positief bijdraagt aan de gezondheidstoestand. Ten tweede heeft de aanbieder van de zorg ook invloed op de vraag naar gezondheidszorg. De aanbieder heeft namelijk een informatievoorsprong. Hij stelt de diagnose en bepaalt welke zorg nodig is. Ten derde wordt de vraag naar zorg beïnvloed door verzekeringen. De vraag is daardoor minder prijsgevoelig (Schut & Rutten 2009).

In het neoklassieke economische model komt een evenwichtshoeveelheid tussen vraag en aanbod op een markt tot stand bij de prijs waarvoor vraag en aanbod gelijk aan elkaar zijn. Dit evenwicht geeft de meest efficiënte situatie weer. Door verzekeringen neemt de

prijsgevoeligheid van de consumenten echter af en verschuift de vraaglijn: er ontstaat maatschappelijk welvaartsverlies. Een kanttekening hierbij is dat er uitgegaan wordt van een rationele, goed geïnformeerde consument. Dit is meestal niet het geval in de gezondheidszorg (Schut & Rutten 2009). Aanbieders van zorg hebben namelijk meer informatie over de aard van de aandoening en de meest adequate behandeling dan patiënten. De zorg wordt voorgeschreven door dezelfde aanbieder als die de zorg verstrekt. De mogelijkheid bestaat dat aanbieders hun informatievoordelen misbruiken om hun inkomen of hun werklast te beïnvloeden. Als aanbieders meer zorg verlenen of voorschrijven dan zorginhoudelijk wenselijk is, is er sprake van aanbodgeïnduceerde vraag (Schut & Rutten 2009). Een voorbeeld hierbij is het verwijderen van spataderen als deze behandeling niet medisch noodzakelijk is. Als aanbodgeïnduceerde vraag een belangrijk verschijnsel zou zijn, zou dat grote gevolgen voor het overheidsbeleid moeten hebben met betrekking tot de hoogte en wijze van financieren van zorgaanbieders, de opleidingscapaciteit van medisch specialisten en het aanbod van gezondheidszorg (Schut & Rutten 2009). Als aanbieders meer zorg verlenen of voorschrijven dan zorginhoudelijk wenselijk is, zullen de macro zorgkosten onnodig stijgen.

“Daarnaast leidt overbehandeling tot meer bijwerkingen en complicaties dan noodzakelijk.”
(leidinggevende medisch specialist universitair medisch centrum 23 maart 2013)

Roemer (1961) heeft onderzoek gedaan naar vraag en aanbod in de gezondheidszorg. Hij observeerde ziekenhuizen in de Verenigde Staten en stelde vast dat extra ziekenhuisbedden leiden tot extra ziekenhuiszorg. De vraag naar zorg wordt volgens Roemer (1961) dus beïnvloed door het aanbod van zorg. Andere auteurs stellen daarentegen dat artsen niet streven naar een maximaal inkomen, maar naar een bepaald doelinkomen. Het niveau van dit inkomen hangt af van de inkomens van personen in hun maatschappelijke referentiegroep. Pas als door een toename van het aantal artsen het doelinkomen niet langer kan worden gerealiseerd, zullen artsen hun patiënten aanzetten tot het consumeren van extra zorg. Tevens speelt naast werklast en inkomen, beroepsethiek ook een rol bij het wel of niet beïnvloeden van de vraag naar zorg (Schut & Rutten 2009). Bij de uitreiking van de artsenbul leggen afgestudeerde medisch studenten de eed van Hippocrates of een belofte af ten aanzien van de beroepsethiek. Deze gewoonte varieert echter qua inhoud in verschillende landen en wordt niet altijd toegepast (Vereniging van Universiteiten 2003). De invloed van het afleggen van deze eed is onbekend. Er wordt gepoogd via opleidings- en registratievereisten incompetent en/of onethische zorgverleners te weren. Zorgverleners moeten zich gedragen als belangenbehartigers van de patiënt (Schut & Rutten 2009). Na het onderzoek van Roemer (1961) gingen veel landen het

zorgaanbod wettelijk reguleren. Bijvoorbeeld door het beperken van de opleidingscapaciteit van zorgverleners (Schut & Rutten 2009). Er kunnen op basis van de onderzoeken dus verschillende conclusies getrokken worden. Er is geen eenduidig antwoord te geven op de vraag hoeveel invloed medisch specialisten op de vraag naar zorg hebben.

5.2 Opleiding

Eén van de redenen waarom medisch specialisten een hoog inkomen genieten, is de lange en complexe opleiding die aan de beroepsuitoefening vooraf gaat. De opleiding voor artsen bestaat uit een bachelor- en masteropleiding Geneeskunde. Hier leert de medisch student alle geneeskundige basiskennis. Bij de uitreiking van de artsenbul leggen afgestudeerde medisch studenten de eed van Hippocrates of een belofte af ten aanzien van de beroepsethiek (Vereniging van Universiteiten 2003). Vervolgens wordt een vervolgopleiding voor een medisch specialisme gevolgd om medisch specialist te worden. Voorbeelden van specialismen zijn interne geneeskunde, heelkunde, anesthesiologie, orthopedie en cardiothoracale chirurgie (SEO economic research 2012). Er is een Europese Richtlijn voor de opleidingsduur van elke medisch specialistische opleiding. De minimale opleidingsduur varieert tussen de drie en zes jaar (Richtlijn 2005/36 EG betreffende erkenning van beroepskwalificaties). Via opleidings- en registratievereisten kan het aanbod van medisch specialisten in een land gereguleerd worden. Men kan proberen incompetent en/of onethische zorgverleners te weren (Schut & Rutten 2009). Via de opleiding kan invloed uitgeoefend worden op (toekomstig) medisch specialisten. Medisch specialisten die nu opgeleid worden, zullen in de toekomst de medisch specialistische zorg uitvoeren (Orde van Medisch Specialisten 2012).

5.3 Bekostigingsmethoden

Medisch specialisten kunnen op verschillende manieren gefinancierd worden. De bekostigingsmethoden voor medisch specialisten hebben uiteenlopende effecten. Enerzijds betreffen dit consequenties voor het individuele inkomen van de specialisten, anderzijds zijn er effecten op de macro zorgkosten. Dit hangt samen met de 'productieprikkels', wat inhoudt dat medisch specialisten meer produceren om hun eigen inkomen te verhogen. De gezondheidszorg wordt duurder als medisch specialisten meer 'produceren'. Daarnaast moet ook rekening gehouden worden met eventuele effecten van de bekostiging op kwaliteit, toegankelijkheid en de realiseerbaarheid van de methode (Meurs et al. 2012). Achtereenvolgens komen het verrichtingensysteem, een vast salaris, het abonnement, pay-

for-performance en gemengde methoden aan bod. De wijze van financieren kan medisch specialisten bepaalde prikkels geven, dit komt per bekostigingsmanier aan bod (SEO economisch onderzoek 2010).

5.3.1. Verrichtingensysteem

Bij het verrichtingensysteem, ook wel *fee-for-service* genoemd, wordt een medisch specialist betaald per verrichting. De zorgverlener heeft hierbij zelf de volledige autonomie over het volume van de zorg (Scholten et al. 1998). Hoe meer behandelingen de specialist uitvoert, des te meer hij betaald krijgt, maar hoe meer ook de macro zorgkosten stijgen. Er is bij dit systeem voor de specialist geen prikkel tot kostenbeheersing. Het financiële risico ligt volledig bij de overheid of zorgverzekeraars. De overheid, zorgverzekeraars of patiënten betalen de medisch specialist de werkelijk gemaakte kosten, waardoor de zorgverlener geen risico draagt en geen prikkel heeft om efficiënter te werken (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2011). Een nadeel van dit systeem is de kans op overbehandeling of onderbehandeling. Door financiële prikkels kan meer zorg geleverd worden dan maatschappelijk optimaal is, ook wel overbehandeling genoemd. De financiële prikkels kunnen ook leiden tot onderbehandeling, door veel patiënten te behandelen, maar per patiënt zo min mogelijk te doen (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2011; SEO economisch onderzoek 2010). Het is goed te realiseren dat er een hefboomwerking bestaat tussen extra gegenereerd inkomen en de daarmee gaande macro zorgkosten, bijvoorbeeld de kosten van het ziekenhuis en de nazorg.

Een mogelijkheid om deze nadelen in bepaalde mate te voorkomen is het gebruiken van degressieve tarieven. De hoogte van de tarieven zal afnemen bij een toename van de productie van een specialist. Dit is echter complex uitvoerbaar en zorgt voor meer registratielast (Meurs et al. 2012). Een andere mogelijkheid is het aftoppen van het totale budget. Meer dan dit budget kan niet gedeclareerd worden. Dit zal echter voor twee soorten spanningen zorgen. Ten eerste komt de autonomie van de arts onder druk te staan, de arts kan niet langer beslissen over het volume van de zorg. Ten tweede komt er druk te staan op de efficiëntie van de productie, terwijl de individuele arts geen goed zicht heeft op het totale budget (Scholten et al. 1998). Bij het verrichtingensysteem kan het inkomen van de medisch specialist en de macrobetaalbaarheid van de gezondheidszorg dus lastig beheerst worden (CPB 2002).

5.3.2. Vast salaris

Een tweede mogelijkheid voor het bekostigen van medisch specialisten is een vast salaris. Een specialist krijgt bij deze methode een vast bedrag per maand ongeacht het aantal verrichtingen dat hij uitvoert en het aantal patiënten dat hij behandelt. Er is bij dit systeem vrijwel geen verband tussen de prestaties en de bekostiging (Meurs et al. 2012). De specialist heeft dus geen financieel belang bij een hoge arbeidsproductiviteit en een hoog zorgvolume (SEO economisch onderzoek 2010). Medisch specialisten met een vast salaris besteden in verhouding tot specialisten met een variabel salaris meer tijd aan managementtaken, overleg, administratieve taken en opleiding. Specialisten in loondienst leveren doorgaans dan ook minder zorg dan specialisten die naar productie betaald worden. Wel is uit onderzoek gebleken dat specialisten in loondienst meer tijd nemen voor de patiënt en meer overleg plegen met andere artsen (SEO economisch onderzoek 2010).

5.3.3. Abonnementenbekostiging

Een andere bekostigingsmogelijkheid is *capitation*, in het Nederlands ook wel abonnement genoemd. De arts krijgt een vast bedrag per verzekerde. Het risico ligt bij dit systeem volledig bij de zorgverlener. Indien de kosten het vaste budget overschrijden komen deze voor de rekening van de zorgverlener. Er wordt verwacht dat de zorgverlener daarom kwalitatief goede zorg zal nastreven, zodat de patiënt bijvoorbeeld geen complicaties krijgt en dus niet meer terug hoeft te komen. Er zijn ook nadelen te benoemen bij *capitation*: er is kans op onderbehandeling en risicoselectie, indien hier niet goed voor gecorrigeerd wordt. Een voorbeeld van onderbehandeling is dat de arts tegen patiënten zegt dat ze nog even moeten afwachten, dat het probleem misschien vanzelf over gaat (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2011). Dit kan ten koste van de kwaliteit gaan. Abonnementenbekostiging wordt in het algemeen veel gebruikt voor huisartsen, maar zie je in combinaties ook terug bij de bekostiging van medisch specialisten (OECD 2008).

5.3.4. Pay-for-performance

Daarnaast wordt er recent veel geëxperimenteerd met bekostiging van zorgverleners door middel van *pay-for-performance*. De zorgverlener wordt bij deze manier van bekostigen beloond voor de kwaliteit van zorg, zoals klanttevredenheid, gezondheidswinst en het voorkomen van complicaties. Hiervoor is wel informatie over prestaties nodig. Prestaties zijn moeilijk om betrouwbaar te meten. Onderzoeken naar de evidentie van dit systeem zijn niet eenduidig. Ook deze vorm van bekostigen wordt doorgaans meer gebruikt voor huisartsen

dan voor medisch specialisten (McDonald et al. 2009; OECD 2008).

5.3.5. Gemengde methoden

Elke bekostigingsvorm heeft voor- en nadelen. Er zijn daarom diverse gemengde methoden bedacht (OECD 2008). Een voorbeeld hiervan is het systeem gebaseerd op bekostiging van diagnoses, zoals bij diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Deze methode ligt tussen het verrichtingen- en abonnementensysteem in (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2011). Er is sprake van productfinanciering. De integrale zorg voor een patiënt met een bepaalde klacht of aandoening wordt gefinancierd (Berg et al. 2006). Medisch specialisten declareren vervolgens een uurtarief vermenigvuldigd met een norm tijd binnen een DBC. Bovengenoemde onderbehandeling is in dit systeem rendabel. Er wordt daarom in dit systeem meestal een bepaald plafond ingevoerd om de prikkel tot extra produceren te verminderen. De DBC-systematiek is niet erg flexibel, het beperkt de dynamiek en is complex in de uitvoering (Meurs et al. 2012; SEO economisch onderzoek 2010).

5.4 Inkomensbegrenzing

Naast verschillende manieren van bekostigen, kan er voor medisch specialisten ook een maximum inkomen of een hoger belastingtarief worden ingesteld. De overheid kan bijvoorbeeld bij wet bepalen dat medisch specialisten niet meer dan een bepaald maximuminkomen kunnen verdienen. De uitvoerbaarheid en afdwingbaarheid van deze maatregel zijn echter beperkt, voornamelijk bij vrijgevestigde specialisten. Daarnaast zou de verminderde productieprikkel kunnen leiden tot onderbehandeling en langere wachttijden. Medisch specialisten kunnen ook voor zichzelf een bepaalde beloningsnorm bepalen, een zogenoemde sectorale bezoldigingscode. Bezoldigingscodes zijn echter behoorlijk vrijblijvend en beperken zich doorgaans tot nieuwe contracten. Een andere optie is om een hoger toptarief inkomstenbelasting te introduceren voor medisch specialisten. Hierdoor zal de marginale opbrengst van meer productie boven het nieuwe toptarief afnemen en daarmee zal de financiële prikkel om meer inkomen te genereren afnemen (Meurs et al. 2012). Het is ook mogelijk dat medisch specialisten daardoor juist meer gaan produceren om hetzelfde netto inkomen te behouden (Scholten et al. 1998). Daardoor zullen de macro zorgkosten stijgen.

5.5 Arbeidsverhouding

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten. Specialisten in loondienst hebben een arbeidsovereenkomst met een instelling. Zij verkrijgen hun inkomen van een instelling. Vrijgevestigde specialisten zijn daarentegen zelfstandige ondernemers, ze genereren zelfstandig omzet. Omzet is echter geen inkomen. Vrijgevestigde specialisten moeten hier bijvoorbeeld pensioenopbouw, individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering en praktijkkosten van betalen (Meurs et al. 2012).

Volgens de RVZ is de relatie tussen het ziekenhuis en medisch specialisten is aan herziening toe. De medisch specialist is de spil van de medisch specialistische zorg. De Raad van Bestuur is daarentegen eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, maar is onvoldoende voorzien van informatie over het functioneren van medisch specialisten. Er wordt daarom betere kwaliteit van zorg verwacht als medisch specialisten juridisch en financieel in een instelling participeren (Raad van Volksgezondheid en Zorg 2010b). De specialist heeft de wetenschappelijke kennis voor het medisch beroep. Als de medisch specialist medeverantwoordelijk wordt voor de resultaten van het ziekenhuis, komen de belangen van het ziekenhuis en medisch specialisten meer overeen (Meurs et al. 2012; Orde van Medisch Specialisten 2012).

6. Huidige situatie

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens besproken hoe de huidige situatie is, wat betreft de wijze van bekostigen, het inkomen en de arbeidsverhouding van medisch specialisten in Nederland, Duitsland en Engeland. Ook worden discussiepunten betreffende het inkomen en de opleiding besproken.

6.1 Nederland

In Nederland is circa zevenenvijftig procent van de specialisten in loondienst en drieënveertig procent vrijgevestigd werkzaam. De afgelopen jaren is een verschuiving zichtbaar van vrije vestiging naar loondienst. Specialisten in loondienst werken in algemene ziekenhuizen of universitaire medische centra. Vrijgevestigde specialisten werken doorgaans in algemene ziekenhuizen of in zelfstandige behandelcentra (ZBC). Circa twintig procent van de specialisten is zowel in loondienst als vrijgevestigd werkzaam (Meurs et al. 2012). Een voorbeeld hiervan is een specialist die in een ziekenhuis in loondienst werkt en daarnaast vrijgevestigd in een ZBC werkt. Het gemiddelde inkomen van een vrijgevestigde specialist was 211.500 euro in 2012. Voor een specialist in loondienst was dit 139.849 euro. Het totaal gemiddelde inkomen was in 2012 170.638 euro (SEO economic research 2012). Een vrijgevestigde specialist werkt gemiddeld vijfenvijftig uur per week. Een specialist in loondienst heeft over het algemeen een contract voor veertig tot achtenveertig uur per week en werkt gemiddeld zevenenveertig uur. Er zijn 0,98 specialisten per duizend inwoners (SEO economic research 2012).

6.1.1. Opleiding

De opleiding tot medisch specialist bestaat in Nederland uit drie verschillende gedeelten, namelijk de bachelor opleiding, de masteropleiding en de vervolgopleiding. De bachelor opleiding geneeskunde duurt drie jaar. Daarna volgt de masteropleiding die ook een duur van drie jaar heeft. Tijdens deze drie jaar worden 84 weken coschappen gelopen. Deze opleidingen kosten voor de student circa 1600 euro per jaar aan collegegeld. Na het behalen van deze opleidingen is men basisarts. Vervolgens kan een specialistische opleiding van drie tot zes jaar gevolgd worden (SEO economic research 2012; Erasmus Universiteit Rotterdam 2013). Artsen in opleiding tot specialist (AIOS) betalen zelf niet voor de opleiding, maar zijn in dienst van het betreffende opleidingsziekenhuis en krijgen een salaris tussen 42.000 en 53.700 euro per jaar (SEO economic research 2012). De artsen in opleiding leren

vrij snel zelf te handelen en bijvoorbeeld complexe operaties te doen (Wallenburg 2012). Uit het volgende citaat blijkt dat artsen in opleiding ook zelf in hun opleiding investeren; zij werken tien uur per week die ze niet betaald krijgen:

“We hebben een contract van 48 uur werken, waarvan tien uur opleidingstijd zou zijn. Tien uur die we niet betaald krijgen en 38 uur die we wel betaald krijgen, gelukkig. Als je een vergelijking zou willen trekken met wat voor constructie we dan hebben, een soort trainee, net als in het bedrijfsleven. Dat je in een bedrijf werkt, daar een hoop productie draait, werk verzet en terwijl je dat doet daarvan leert.” (vice-voorzitter beroepsvereniging arts-assistenten 29 april 2013)

Ziekenhuizen worden gesubsidieerd voor de opleiding door de overheid vanuit het Opleidingsfonds. In een interview werd benoemd dat jaren geleden het geld voor deze vervolgopleiding van ziekenhuizen en medisch specialisten is afgeroomd. Het is nu dus een begrotingsfinanciering, maar het was oorspronkelijk onderdeel van de ziekenhuisbegroting en de tarieven van medisch specialisten.

De geneeskunde opleiding en de vervolgopleiding tot medisch specialist hebben beide een beperkte instroom. De overheid subsidieert momenteel jaarlijks 3050 opleidingsplaatsen voor de opleiding geneeskunde. De numerus fixus voor de bachelor opleiding is in 2012 afgeschaft. Universiteiten hebben sinds 2012 dus de mogelijkheid meer studenten toe te laten dan het aantal opleidingsplaatsen dat door de overheid gesubsidieerd wordt. De opleidingsplaatsen worden deels toegewezen op basis van loting en deels decentraal (Medisch Contact 2012a). Daarnaast wordt jaarlijks door het Capaciteitsorgaan een advies gegeven aan het ministerie van VWS over het aantal te financieren vervolgopleidingsplaatsen. In 2009 waren dit ongeveer tweeduizend opleidingsplaatsen. Afhankelijk per specialisme kost een opleidingsplaats tussen de 40.000 en 145.000 euro per jaar (Raad voor Volksgezondheid en Zorg 2010a). In Nederland zijn de meeste specialistische opleidingen één tot twee jaar langer dan het minimale vereiste in Europa (Ministerie van Financiën 2012).

6.1.2. Medisch specialisten in loondienst

Alle specialisten die in loondienst zijn bij een ziekenhuis in Nederland werken op basis van een salaris. Dit salaris staat vast op basis van collectieve arbeidsovereenkomsten (cao) zoals de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in algemene ziekenhuizen (AMS) en cao Universitaire Medische Centra (UMC). In interviews kwam naar voren dat

incidenteel wordt afgeweken van de cao, bijvoorbeeld om een specialist uit het buitenland aan te trekken. Daarnaast kunnen medisch specialisten in loondienst in aanmerking komen voor toeslagen op dit vaste salaris, bijvoorbeeld voor onregelmatigheids-, bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten, voor managementtaken en/of bij zeer goede of uitstekende vervulling van de functie (Cao UMC 2012). In een interview kwam naar voren dat de belasting binnen diensten bepaalt welk niveau van toelage men krijgt. Een chirurg heeft bijvoorbeeld een aanzienlijk zwaardere belasting in de diensten dan een dermatoloog. Chirurgen krijgen daarom een hogere diensttoeslag dan dermatologen. Uit dit interview bleek ook dat de excellentietoelage, een toeslag bij zeer goede of uitstekende vervulling van de functie, had moeten worden ingevoerd met een minimum van tien procent van alle medisch specialisten per ziekenhuis. Op deze manier zou het niet mogelijk zijn voor een ziekenhuis om geld te besparen door de regeling niet toe te passen. Het quotum van tien procent is tijdens onderhandelingen geschrapt.

“Ik wist dat als we zouden toegeven, dat die tien procent quotum niet meer gehaald zou worden en dat die hele regeling feitelijk leeg zou worden.” (voormalig directeur beroepsvereniging medisch specialisten 28 maart 2013)

Er kwam in dit interview naar voren dat er geen specifieke criteria zijn voor de excellentietoelage. De excellentieregeling schijnt nu feitelijk leeg te zijn. De regeling bestaat wel, maar wordt weinig gebruikt en vaak niet met het oorspronkelijke doel; specialisten belonen bij uitstekende vervulling van de functie. Ziekenhuizen kunnen geld besparen door het niet toepassen van deze regeling.

Het is nog onzeker of medisch specialisten in loondienst onder de Wet Normering Topinkomens (WNT) gaan vallen. Het huidige kabinet is van plan de WNT aan te passen. Dit wetsvoorstel gaat over salarissen van topfunctionarissen in de (semi-)publieke sector. Momenteel is de norm honderddertig procent van het ministersalaris, 228.599 euro per jaar. Het plan is om deze norm aan te passen naar honderd procent van het ministersalaris (Rijksoverheid 2013). Argumenten die werden aangedragen in interviews tegen het opnemen van medisch specialisten in deze wet waren dat medisch specialisten hun hele leven medisch specialist zijn en dat ze dus niet kunnen overstappen naar een vergelijkbare functie in bijvoorbeeld het bedrijfsleven.

“Je ziet Kamerleden, zeker ministers en ook topfunctionarissen in de zorg, vaak tijdelijk een bepaalde functie hebben en dan in een vergelijkbare functie komen, maar in een andere tak

van sport, bijvoorbeeld het bedrijfsleven, waarbij ze gigantisch veel gaan verdienen.” (vice-voorzitter beroepsvereniging arts-assistenten 29 april 2013)

Verder moeten ziekenhuizen waar medisch specialisten in loondienst zijn concurreren met maatschappen waar medisch specialisten doorgaans meer kunnen verdienen. Ook werd aangegeven dat medisch specialisten een lange, zware opleiding gevolgd hebben, veel nachtdiensten draaien, veel verantwoordelijkheid dragen en aangeklaagd kunnen worden. Daarnaast werden vergelijkingen getrokken met de advocatuur. In vergelijking daarmee zijn de salarissen van medisch specialisten niet hoog, Advocaten werken in tegenstelling tot medisch specialisten niet in de (semi-)publieke sector en gaan dus niet onder de WNT vallen.

6.1.3. Vrijgevestigde medisch specialisten

Vrijgevestigde specialisten werken in Nederland doorgaans in algemene ziekenhuizen of in zelfstandige behandelcentra (ZBC). De instelling staat de vrijgevestigde specialist via een toelatingsovereenkomst toe om binnen de instelling praktijk te voeren. De vrijgevestigde specialist “koopt” de praktijk meestal van zijn voorganger in de maatschap door middel van goodwilloverdracht. De hoogte van de goodwill is onder andere afhankelijk van de huidige en in de toekomst verwachte omzet van de maatschap. Het betreft een bedrag in de grootte van een jaaromzet. Voor de goodwill wordt meestal een lening afgesloten die binnen vijf tot tien jaar wordt afgelost. De goodwill is een juridisch instrument en levert problemen op bij pogingen tot het opheffen van het vrije beroep (Meurs et al. 2012). In een interview kwam aan bod dat voor de goodwill van alle vrijgevestigde medisch specialisten in Nederland een claim van twee miljard euro ligt.

Voor vrijgevestigde specialisten in Nederland hebben er de afgelopen jaren meerdere veranderingen plaatsgevonden wat betreft het inkomen. Tot 1995 werden vrijgevestigde medisch specialisten bekostigd door middel van het verrichtingsstelsel. Zij werden dus betaald per verrichting. Iedere extra behandeling die uitgevoerd werd, leverde extra inkomen op. Om de productieprikkel te reduceren werd in 1995 de lumpsum budgettering ingevoerd. De omzet van specialisten werd bevroren en elke specialist kreeg een vast bedrag betaald gebaseerd op de bevroren omzet (Meurs et al. 2012). Dit was een soort abonnementenbekostiging (Folmer & Westerhout 2008). Nadeel bij dit systeem was dat de verschillen tussen specialismen in stand werden gehouden. Daarnaast ontstonden er wachtlijsten. Vanaf 2008 werd het inkomen berekend met DBC's door een uurtarief te vermenigvuldigen met de normtijd. Het DBC-systeem is echter te gedetailleerd geworden.

Dit leidt tot een groot administratief tijdsbeslag (Berg et al. 2006). Sinds 2012 is er prestatiebekostiging via DBC's op weg naar transparantie (DOT) onder een beheersmodel met een omzetplafond dat door de minister en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) jaarlijks wordt vastgesteld. Ontvangen omzet boven dit plafond moet worden afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds (Orde van Medisch Specialisten 2012). De Raad van Bestuur van de instelling moet met het collectief van vrijgevestigde medisch specialisten afspraken maken over vaste en variabele betalingen. De variabele betalingen worden vaak gebaseerd op de Logex-methodiek. Deze methodiek poogt het honorariumbudget rechtvaardig en transparant te verdelen door middel van benchmarking. Maatschappen worden met elkaar vergeleken op basis van prestatie-indicatoren. Er wordt een naar verhouding groter deel van het honorariumbudget toegewezen aan productieve en efficiënte maatschappen (Logex 2012).

“In de vrijgevestigde praktijk is het inkomen wel rechtstreeks en direct afhankelijk van de productie. En die productie hangt samen met de totale zorgkosten.” (leidinggevende medisch specialist universitair medisch centrum 24 maart 2013)

Bij de verrichtingenbekostiging hangt het inkomen van vrijgevestigde specialisten samen met de geleverde zorg. Vrijgevestigde specialisten zullen daarom mogelijk meer naar eigenbelang handelen dan specialisten in loondienst. Volgens het rationeel keuze institutionalisme is het vanzelfsprekend dat er geen optimale collectieve uitkomst wordt bereikt als individuen naar eigenbelang handelen (Hemerijck 2001). De hoeveelheid geleverde zorg heeft impact op de totale medisch specialistische zorgkosten. In Nederland zijn de totale medisch specialistische zorgkosten ongeveer 23,6 miljard euro (Meurs et al. 2012). Er bestaat een hefboomwerking tussen de productie van medisch specialisten en deze macro zorgkosten. Als een medisch specialist zijn eigen inkomen kan laten stijgen door meer te produceren, zorgt deze hefboom ervoor dat de macro zorgkosten met ongeveer factor zeven toenemen. Er zijn namelijk circa 17.000 medisch specialisten in Nederland. Iedere individuele medisch specialist neemt dus beslissingen over ongeveer 1,4 miljoen euro aan zorgkosten. Indien een maatschap via een productietoename 100.000 euro extra probeert te innen, levert dat 700.000 euro extra zorgkosten op. Er is een omzetplafond om dit in bepaalde mate te voorkomen (Orde van Medisch Specialisten 2012). In het interview kwam naar voren dat het voor de kostenbeheersing beter zou zijn als een negatieve hefboom wordt gecreëerd. Het inkomen van medisch specialisten neemt alleen toe bij daling van de totale medisch specialistische kosten bij een gelijk gebleven of toegenomen productie. Ook in een rapport van de Nederlandse Federatie Universitaire Medische Centra (NFU) komt naar voren dat medisch specialisten door het marktstelsel groei nastreven. Ze hebben weinig prikkels om terughoudend te zijn met het verlenen van

zorg. In het rapport wordt voorgesteld om het stelsel te hervormen zodat zorgaanbieders minder worden beloond voor groei van hun aanbod en meer voor het leveren van gezondheidswaarde voor de patiënt (NFU 2013).

6.1.4. Onderscheid loondienst en vrije vestiging

Uit interviews is gebleken dat het onderscheid tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst is ontstaan doordat private organisaties publieke taken vervullen. De Nederlandse gezondheidszorg is voornamelijk ontstaan uit particulier initiatief. In academische ziekenhuizen waren vroeger al specialisten in loondienst, want deze organisaties waren publiek. Door padafhankelijkheid bepaalt het verleden welke paden er nu gekozen kunnen worden. Tot 1999 hadden hoogleraren in academische ziekenhuizen het recht op vrije praktijkvoering binnen het ziekenhuis. Daarnaast zijn in 1996 alle kinderartsen als experiment in dienstverband gaan werken. Bestaande regels werden vervangen door nieuwe regels, oftewel *displacement*.

“Bij bepaalde specialismen loont het eigenlijk meer of past het beter om voor het loondienstverband te kiezen. De aard van het specialisme is soms heel erg aan de ziekenhuisorganisatie gekoppeld. Sommige specialismen zijn veel meer onderdeel van de ziekenhuisorganisatie als geheel.” (hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg 25 maart 2013)

Uit bovenstaand citaat blijkt dat het voor sommige specialismen meer loont of beter past om voor een dienstverband te kiezen. Naast kinderartsen zijn geriateren hier een voorbeeld van. De keuze voor specialisten om in dienstverband of vrijgevestigd te gaan werken, hangt tevens samen met persoonlijke voorkeur, het inkomen en de goodwill. Daarnaast is het een sociaal-cultureel fenomeen, vrije vestiging wordt vaak in verband gebracht met autonomie en eigen verantwoordelijkheid. Volgens van Oorschot (1995) geniet de zelfstandige praktijk doorgaans dan ook meer aanzien dan het dienstverband. De zelfstandige praktijkvoering wordt gezien als een onderdeel van de ideologie van de vrijheid en de autonomie (van Oorschot 1995). Hieruit blijkt dat zowel formele als informele instituties invloed hebben op de keuzen van actoren.

Het onderscheid tussen loondienst en vrije vestiging is momenteel aan het vervagen, onder andere door de integrale tarieven die ingevoerd gaan worden. Ook ontstaan er steeds meer combinaties, zoals loondienst met een variabele component of vrije vestiging met een vaste component. In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) te Amsterdam wordt gebruik

gemaakt van een gemengd systeem. Sinds 1996 zijn alle medisch specialisten in dit ziekenhuis in loondienst. Zij krijgen een vast salaris op basis van de AMS of individuele afspraken. Wat er jaarlijks overblijft van het honorariumbudget wordt verdeeld onder vakgroepen door middel van de bovengenoemde Logex-methodiek. Medisch specialisten in het OLVG hebben dus de voordelen van het vrije beroep met substantieel meer zekerheid. Het doel van deze systematiek is het bereiken van harmonisatie binnen het ziekenhuis. Door de Logex-methodiek wordt geprobeerd geld eerlijker tussen vakgroepen te verdelen.

Er wordt regelmatig gezegd dat vrijgevestigde medisch specialisten productiever zijn dan specialisten in loondienst. Dit wordt in meerdere interviews ontkend. Er worden productieafspraken gemaakt tussen het ziekenhuis en de vakgroep of maatschap. De medisch specialisten moeten zich hieraan houden, ongeacht of ze in loondienst of vrijgevestigd zijn.

“Het idee bestaat dat specialisten in loondienstverband minder geneigd zouden zijn om nog eens een extra tandje bij te zetten. Toch denk ik niet dat je dat zo kan zeggen. Als je ook specialisten zelf hoort die in loondienst zijn, die zeggen: ja flauwekul, we doen net zo goed diensten, we werken net zo hard.” (secretaris Raad van Bestuur topklinisch ziekenhuis 15 mei 2013)

Vrijgevestigde specialisten in Nederland verdienen doorgaans meer dan specialisten in loondienst. In Nederland zou het voor de kostenpost inkomens van medisch specialisten dus gunstiger zijn als er meer specialisten in loondienst zouden werken. De mogelijkheid om alle medisch specialisten bij wet te verplichten om in loondienst te werken, is juridisch niet haalbaar. Een beginsel van het overeenkomstenrecht is namelijk contractsvrijheid. Medisch specialisten kunnen er dus voor kiezen wel of geen arbeidsovereenkomst te sluiten. De overheid kan medisch specialisten niet dwingen in loondienst te gaan werken. Ook zullen er problemen met de goodwill ontstaan die niet eenvoudig landelijk oplosbaar zijn. Wel is het realiseerbaar de situatie voor vrijgevestigde specialisten minder aantrekkelijk te maken, bijvoorbeeld door het afschaffen of versoberen van de bestaande fiscale voordelen, zoals de zelfstandigenaftrek (Meurs et al. 2012).

6.1.5. Ontwikkelingen

In mei 2011 is door de overheid, de ziekenhuizen en de medisch specialisten een convenant gesloten waarin onder meer is afgesproken dat per 2015 integrale tarieven worden ingevoerd. Er wordt dan één integraal tarief voor één geleverd zorgproduct gedeclareerd

door het ziekenhuis, ongeacht of de specialisten in loondienst of vrijgevestigd zijn. De medisch specialist wordt meer beschouwd als één van de mogelijke productiefactoren van het geleverde zorgproduct. De verwachting is dat dit met name zal zorgen voor verbeteringen wat betreft macrobeheersing en kwaliteit van zorg. Het ziekenhuisbestuur en de medische staf moeten afspraken gaan maken over productie, kwaliteit en doelmatigheid. Ook zal het bestuur met de medische specialisten moeten onderhandelen over hun salaris. Niet in alle interviews werd daar evenveel vertrouwen over geuit:

“Dan moet je je voorstellen dat de Raad van Bestuur, die dus geen inhoudelijke kennis heeft, met de medische staf, waar grote verschillen zitten tussen specialismen, moet gaan ruzie maken over wat per specialisme wordt uitgekeerd aan een specialist. Dat redt die directeur helemaal niet.” (voormalig directeur beroepsvereniging medisch specialisten 28 maart 2013)

De belangen van de instelling en de specialisten komen naar verwachting door de integrale tarieven meer op één lijn. Daarnaast zal door deze beleidsmaatregel de inkooprol van de verzekeraar belangrijker worden. Ook wordt verwacht dat de medisch specialist steeds meer aangesproken zal worden op zijn prestaties en financiële en kwalitatieve bijdragen aan het ziekenhuis (Meurs et al. 2012; Orde van Medisch Specialisten 2012). Een ander gevolg van de invoering van integrale tarieven is dat loondienst aantrekkelijker wordt voor medisch specialisten. Door de maatregel verliezen vrijgevestigde specialisten namelijk naar verwachting hun fiscale voordelen. Als gevolg hiervan zal de goodwill in waarde dalen en zullen er minder medisch specialisten starten in vrije vestiging (Meurs et al. 2012). Om voor fiscaal ondernemerschap in aanmerking te komen moet een zelfstandige namelijk voor meerdere opdrachtgevers werken. Doordat vrijgevestigde specialisten door de integrale tarieven bij het ziekenhuis gaan declareren in plaats van bij meerdere zorgverzekeraars, zullen zij voor de fiscus niet meer voor meerdere opdrachtgevers werken. Momenteel zijn er maatschappen bezig om te fuseren tot ziekenhuis overstijgende regionale verbanden. Zij proberen op deze manier te voorkomen dat per 2015 hun fiscale voordeel vervalt (van de Poel 2013). In rapport Meurs et al. (2012) wordt afwijzend geschreven over regiomaatschappen. In een interview komt naar voren dat het lijkt dat na het openbaar maken van dit rapport maatschappen zich in toenemende mate zijn gaan fuseren tot ziekenhuis overstijgende maatschappen.

Een andere ontwikkeling die momenteel te zien is in Nederland is het ontstaan van “anderhalvelijnszorg”. Er wordt onder andere eerder in het proces medisch specialistisch advies ingeschakeld. De patiënt blijft onder behandeling van de huisarts die de behandeling

uit het advies uitvoert in de huisartsenpraktijk. Hiertoe worden soms medisch specialisten in de huisartsenpraktijk uitgenodigd. Soms wordt dit ook uitgevoerd door huisartsen met een specialisatie, zoals bepaalde kleine verrichtingen. Dit is goedkoper dan in het ziekenhuis.

“Je ziet hier bij mijn eigen huisarts, daar komt één keer in de week een plastisch chirurg, één keer in de week een dermatoloog en er komt nog een ander specialisme.” (voormalig directeur beroepsvereniging medisch specialisten 28 maart 2013)

In een ander interview wordt benoemd dat het eerder inschakelen van medisch specialistisch advies veel opnames in de tweede lijn zal voorkomen. Ook werd het inzetten van andere zorgverleners voor de eenvoudige taken van medisch specialisten in interviews veel benoemd. Het volgende citaat illustreert dit:

“Kan dat slimmer, beter of anders? Moet je alles zelf doen of zou dat ook door ondersteuners, physician assistants of nurse practitioners gedaan kunnen worden? Of kan er wat meer naar de eerste lijn?” (secretaris Raad van Bestuur topklinisch ziekenhuis 15 mei 2013)

We moeten kritisch blijven kijken naar de taken van medisch specialisten. Als andere, goedkopere zorgverleners taken van medisch specialisten overnemen en daardoor bijvoorbeeld ook opnames in de tweede lijn voorkomen kunnen worden, zullen de macro zorgkosten minder stijgen dan verwacht wordt. Naar verwachting zijn er ook minder medisch specialisten nodig. Nader onderzoek naar de effecten van dit soort maatregelen is gewenst.

6.1.6. Lopende discussies

In Nederland is al jaren discussie over de hoogte van (semi-)publieke topinkomens en daarbinnen over het inkomen van de medisch specialist. Ook de media besteden regelmatig aandacht aan het inkomen van specialisten. Er bestaan verschillende beelden rondom het inkomen van medisch specialisten, die niet in alle gevallen overeenkomen met de werkelijkheid (Meurs et al. 2012). Het rapport Gezond Belonen (Meurs et al. 2012) heeft meer duidelijkheid over de inkomens verschaft, maar rustig is het op het front van het inkomen van medisch specialisten nog niet.

Op 16 januari 2013 besteedde het televisieprogramma ‘Debat op twee’ een aflevering aan de topinkomens in de publieke sector. Enerzijds werd gezegd dat een ‘ingetogen salaris’ bij het werk hoort. Je zou het werk moeten doen omdat je er passie voor hebt. Minister van

Binnenlandse Zaken, Ronald Plasterk, zei het normaal te vinden dat als je voor de publieke sector werkt, waar je met publiek geld betaald wordt en je een publieke taak vervult, je een goed salaris verdient, maar wel beperkt tot een maximum. Anderzijds beweert Milco Linssen, voorzitter van de Vereniging van Vrijgevestigde Specialisten dat kortingen op medisch specialisten economisch niets opleveren. Headhunter Ralf Knechtmans zegt dat er niet alleen gekeken moet worden naar het salaris van iemand, maar dat er ook gekeken moet worden naar wat ervoor gedaan wordt, hoe ingewikkeld het werk is en hoe schaars het talent van deze persoon is (Debat op Twee 2013). De Orde van Medisch Specialisten beweert, net als Milco Linssen, dat de telkens oploeiende discussie over artseninkomens een slechte invloed heeft op de kwaliteit en ook op de kosten van de gezondheidszorg. Specialisten moeten voldoen aan richtlijnen, bijvoorbeeld minimum aantal operaties per jaar die uitgevoerd moeten worden. Volgens de voorzitter van de OMS, de Grave, is het “bijzonder gevoelige materie, want artsen die niet aan die richtlijnen voldoen, raken hun baan kwijt. Het wordt heel moeilijk specialisten te motiveren hieraan te blijven meewerken als het nu toch weer over de inkomens gaat” (Het Financieele Dagblad 2012). De mogelijkheid bestaat dat specialisten door alle media-aandacht huiverig worden. De enorme eisen van transparantie brengen het tegenovergestelde teweeg. Hierdoor dreigt een vertrouwenscrisis in de gezondheidszorg.

Nederlandse vrijgevestigde specialisten zitten volgens SEO economic research (2012) in de top in vergelijking met hun Europese collega's, specialisten in loondienst verdienen doorgaans minder dan elders. De discussie dat alle medisch specialisten verplicht in loondienst zouden moeten werken, laait telkens weer op. De Orde van Medisch Specialisten (2013) is van mening dat gedwongen dienstverband een maatregel is met averechts effect. De OMS wil af van deze discussie en pleit voor behoud van keuzevrijheid tussen loondienst en vrij beroep. Ieder ziekenhuis kan op deze manier zelf voor een geschikte werkvorm kiezen, volgens de Orde van Medisch Specialisten (2013). Neurochirurg dhr. Daemen stelt dat het vrije ondernemerschap een positieve invloed heeft op de kwaliteit van medisch specialistische zorg. Volgens hem verhoogt het de doelmatigheid en leidt het tot een hoge patiënttevredenheid (Vereniging Vrijgevestigd Medisch Specialisten 2013). De Vereniging Vrijgevestigd Medisch Specialisten (2013) is van mening dat alleen de arts uiteindelijk kan zorgen voor betaalbare kwaliteitszorg en dat gelijkwaardig zeggenschap daarbij van 'levensbelang' is. Op de bijeenkomst van de OMS kwam naar voren dat er veel medisch specialisten zijn die vrijgevestigd willen blijven werken. Ook onder specialisten in opleiding van de Jonge Orde overheerst een voorkeur voor het vrije beroep. De OMS vindt dat de overheid teveel energie steekt in het opheffen van fiscaal ondernemerschap. Als alle

specialisten in loondienst zouden gaan werken, zullen zich onder andere problemen met de goodwill voordoen.

In meerdere interviews kwam naar voren dat niet alle Nederlandse medisch specialisten een erg hoog inkomen hebben. In werkelijkheid zijn maar een klein deel van de specialisten echte grootverdieners. Enerzijds zijn de respondenten het erover eens dat de excessen aangepakt moeten worden. Anderzijds worden bijzondere medisch specialisten, bijvoorbeeld uit het buitenland, juist aangetrokken met een hoger salaris. Als een inkomensbegrenzing ingevoerd wordt, zullen bijzondere medisch specialisten op een andere manier geworven moeten worden.

In Nederland is ook de opleiding tot medisch specialist onderwerp van gesprek. Zo speelde er de afgelopen jaren de vraag of een eigen bijdrage aan de medisch specialistische opleiding gevraagd kan worden. De reden voor deze eigen bijdrage is het hoge private rendement van de opleiding tot medisch specialist (Ministerie van Financiën 2012). De Jonge Orde en de LVAG hebben hiertegen een petitie bij het ministerie van VWS aangeboden (de Jonge Orde 2012a). Ook heeft dit geleid tot een AIOS-actiedag. In de interviews kwamen verschillende argumenten naar voren tegen de eigen bijdrage voor AIOS. Er werd aangehaald dat door de lange opleiding medisch specialisten minder lang geld kunnen verdienen en ook minder lang pensioen opbouwen dan andere WO-afgestudeerden. Een ander argument dat aan bod kwam, is de toenemende werkloosheid onder startende medisch specialisten. Er is momenteel een tamelijk hoge werkloosheid onder medisch specialisten, met name onder medisch specialisten die net hun opleiding hebben voltooid (Jonge Orde 2012b). Dit komt onder andere door onzekerheid bij ziekenhuizen en maatschappen wat betreft de toekomst over de integrale tarieven. Tevens kwamen de argumenten van de studieschuld en goodwill die door vrijgevestigde specialisten betaald moet worden naar voren. Daarnaast kwam in verschillende interviews aan bod dat er niet geselecteerd moet worden op basis van financiële draagkracht, dit zal ten koste gaan van de kwaliteit. De eigen bijdrage is inmiddels van de baan.

In het huidige regeerakkoord van de VVD en de PvdA staat het voorstel de duur van de financiering van de opleiding terug te brengen tot het Europees minimum. Dit zou voor de meeste vervolgoopleidingen een verkorting van één tot twee jaar betekenen (Medisch contact 2012b). Uit een interview blijkt dat de Europese minima voor de vervolgoopleidingen tot medisch specialisten niet passen bij de praktijk:

“Dat Europees minimum stamt sowieso uit de zeventiger jaren en sluit helemaal niet meer aan bij de praktijk.” (vice-voorzitter beroepsvereniging arts-assistenten 29 april 2013)

Bovendien zijn twee jaar geleden de vervolgoopleidingen voor medisch specialisten geschrapt. Een voorbeeld hierbij is een chirurg in opleiding tot vaatchirurg volgde voorheen eerst de vervolgoopleiding chirurgie van zes jaar en vervolgens een opleiding tot vaatchirurg van twee jaar. De opleidingen voor subspecialisaties zijn nu opgenomen in de opleiding tot medisch specialisten. Hierdoor is extra verkorting niet aan de orde. Ook kwam in dit interview naar voren dat verschillende veldpartijen, onder andere de LVAG, de Jonge Orde, de NVZ, de NFU, de STZ, de GGZ en de KNMG, momenteel aan het onderhandelen zijn over een alternatief bezuinigingsvoorstel. Het verkorten van de opleiding tot het Europees minimum sluit volgens de geïnterviewde niet aan bij de praktijk.

6.2 Duitsland

In Duitsland zijn alle specialisten die in een ziekenhuis werken in loondienst. Respectievelijk eenenveertig procent van de specialisten heeft een eigen praktijk buiten het ziekenhuis (SEO economic research 2012). Het gemiddelde inkomen van een vrijgevestigde specialist is 167.540 euro. Voor een specialist in loondienst is dit 121.097 euro. Het totaal gemiddelde inkomen is 137.151 euro. Duitse medisch specialisten verdienen dus gemiddeld minder dan Nederlandse medisch specialisten (SEO economic research 2012). Een vrijgevestigde specialist werkt gemiddeld tweeënvijftig uur per week (gegevens over 2010). Voor een specialist in loondienst is dit vijfenvijftig uur, terwijl hij maar voor veertig tot tweeënvijftig uur gecontracteerd is (SEO economic research 2012). Er zijn in Duitsland meer specialisten per duizend inwoners dan in Nederland (0,98) en Engeland (0,91), namelijk 2,29 specialisten (SEO economic research 2012).

6.2.1. Opleiding

Het opleidingssysteem in Duitsland komt redelijk overeen met Nederland. De basisopleiding geneeskunde duurt in totaal ook zes jaar. De kosten van deze opleiding verschillen per deelstaat en bedragen voor de student tussen de tweehonderd tot duizend euro per jaar. Daarna wordt een opleiding tot medisch specialist van vier tot zes jaar gevolgd. Tijdens de Duitse opleiding tot medisch specialist is het echter meer studeren en meekijken dan zelf handelen. Deze specialisten komen dus met minder ervaring de markt op. De specialisten in opleiding krijgen een salaris van circa 55.000 euro. Ook in Duitsland zijn er restricties wat

betreft de toelating tot de opleidingen (SEO economic research 2012). Er zijn in Duitsland minder strenge regulaties met betrekking tot de opleiding dan in Nederland en Engeland (SEO economic research 2012). Er zijn dan ook meer specialisten per duizend inwoners dan in de andere landen. De gemiddelde zorgkosten per persoon zijn echter niet hoger dan in Nederland (OECD 2012).

6.2.2. Medisch specialisten in loondienst

Specialisten in loondienst krijgen een vast salaris. Er is hierbij een duidelijke hiërarchie te zien. Na de opleiding is een specialist eerst *Facharzt*, er wordt dan gemiddeld 82.000 euro per jaar verdiend. Na een paar jaar kan een *Facharzt Oberarzt* worden, waarbij men ook jonge specialisten opleidt en leiding geeft aan andere artsen. Er wordt dan gemiddeld 113.000 euro per jaar verdiend. Aan de top staat de *Chefarzt* voor gemiddeld 257.000 euro per jaar. De *Chefarzt* is doorgaans een hoogleraar (SEO economic research 2012).

Het gemiddelde inkomen zegt niet alles. De verschillen tussen inkomens bij verschillende specialismen zijn groot. Chirurgen verdienen bijvoorbeeld veel meer dan kinderartsen (Tagesschau 2012). Daarnaast is het systeem niet transparant, kwam in een interview naar voren:

“Die meisten Leute (auch Ärzte) finden das Honorarsystem der KVen nicht besonders transparent” (Leiterin der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Bundesministerium für Gesundheit 14 mei 2013)

In 2004 is het *Diagnosis Related Groups*, DRG-systeem, ingevoerd. Dit systeem is gebaseerd op het systeem in Australië. Door middel van DRG's worden patiënten op basis van hun diagnose, behandeling, leeftijd en geslacht ingedeeld in groepen met vergelijkbare kosten. In vergelijking met het aantal DBC's in Nederland zijn er veel minder DRG's dan in Duitsland. Dit verkleint de kans op datamanipulatie. Daarnaast kan een patiënt maar één DRG hebben in tegenstelling tot meerdere DBC's. Ziekenhuizen zijn sinds 2004 verplicht om DRG's te registreren, maar ze worden nog wel gefinancierd op basis van een budget (Hasaart 2011). Het ziekenhuis betaalt de salarissen aan de medisch specialisten en deze salarissen hebben geen directe samenhang met het DRG-systeem.

De *Chefarzt* mag daarnaast via het zogenoemde *Liquidationsrecht* particulier verzekerde patiënten behandelen in het ziekenhuis, de opbrengsten hiervan zitten wel bij het bovengenoemde inkomen in (SEO economic research 2012). In een interview bleek dat

particulier verzekerde patiënten aan het ziekenhuis het standaard bedrag voor een behandeling moeten betalen en dat de *Chefarzt* nog een aanvullend bedrag mag vragen aan deze patiënten. Deze inkomsten zijn meegenomen in het bovengenoemde inkomen van 257.000 euro van de *Chefarzt*.

6.2.3. Vrijgevestigde medisch specialisten

Naast medisch specialisten in ziekenhuizen, zijn er ook specialisten die in een privépraktijk werken. Zij worden ook wel *Niedergelassene* genoemd. *Niedergelassene* worden betaald per verrichting die zij uitvoeren. Zij behandelen voornamelijk particulier verzekerde patiënten. Ze worden betaald door particuliere zorgverzekeraars of door patiënten zelf (OECD 2008).

Naast *Niedergelassene*, heb je in Duitsland *Honorarärzte*. Dit zijn zelfstandige ondernemers die zich door verschillende opdrachtgevers laten inhuren, bijvoorbeeld door ziekenhuizen. Naar schatting zijn er circa vierduizend *Honorarärzte* in Duitsland. *Honorarärzte* worden per uur betaald. De tarieven zijn individueel onderhandelbaar. Uurtarieven variëren tussen 65 en 120 euro (Bundesverband der Honorarärzte 2013).

Het jaarsalaris van een vrijgevestigde specialist in Duitsland is gemiddeld 167.540 euro per jaar. Van dit bedrag zijn eventuele praktijkkosten al afgetrokken (SEO economic research 2012).

In Duitsland zijn meer dan twee keer zoveel specialisten als in Nederland. Zij verdienen gemiddeld minder, maar in totaal wordt er in Duitsland meer aan inkomens van medisch specialisten uitgegeven dan in Nederland. Daarnaast is het risico van meer specialisten dat zij meer macro kosten genereren. Als Duitse specialisten net zo productief zijn als Nederlandse specialisten, zou de Duitse bevolking meer dan twee keer zoveel medisch specialistische zorg gebruiken als de Nederlandse bevolking. Dit kan ook betekenen dat het Duitse systeem minder efficiënt is dan het Nederlandse systeem. Mogelijk is er een samenhang met de huisarts die in Duitsland geen poortwachtersfunctie heeft.

6.3 Engeland

In Engeland zijn alle specialisten die in een NHS-ziekenhuis werken in loondienst. Circa vijftig procent van de specialisten in loondienst heeft daarnaast een eigen praktijk. Zij

werken gemiddeld zesenvestig uur per week in het ziekenhuis en vijf uur per week in een privékliniek (SEO economic research 2012). In Engeland geldt sinds kort een gedragscode dat medisch specialisten tenminste vier uur per week voor de NHS moeten werken om in een privékliniek te mogen werken. Deze code is vooral ingevoerd om belangenconflicten te voorkomen (OECD 2008; Department of Health 2004). Het gemiddelde inkomen van een specialist in loondienst is 175.586 euro (SEO economic research 2012). Er zijn geen gegevens bekend over de inkomens van vrijgevestigde specialisten.

Er zijn in Engeland 0,91 specialisten per duizend inwoners (SEO economic research 2012). Er zijn naar verhouding dus minder specialisten dan in Nederland en Duitsland. Het salaris in loondienst is gemiddeld het hoogste. Dit kan verklaard worden door een hogere productiviteit of meer onderhandelingsmacht als er minder medisch specialisten in een land zijn (Meurs et al. 2012). Door het NHS-systeem hebben medisch specialisten in dit land minder autonomie dan in Nederland. De NHS beloofde medisch specialisten bij de invoering van het systeem dat zij hun autonomie mochten behouden. Sinds de jaren negentig staat de autonomie toch onder druk, onder andere door een groeiend publiek wantrouwen (Wallenburg 2012).

6.3.1. Opleiding

De opleiding tot medisch specialist is in Engeland aanzienlijk duurder en ook langer dan in Nederland en Duitsland. De opleiding duurt in totaal twaalf tot vijftien jaar. De eerste vijf jaar zijn bachelor en master en kosten 9814 euro per jaar. Daarna volgt ongeveer zeven tot tien jaar voor een specialisatie (SEO economic research 2012). De eerste twee jaar van de vervolgopleiding zijn *foundation training*. Daarna is men minimaal zes jaar *Specialty Registrar*. Na minimaal acht jaar training is men *consultant* (UCEA 2013). Tijdens de specialisatie krijgen specialisten in opleiding een salaris tussen de 26.487 en 67.400 euro (SEO economic research 2012). Het salaris stijgt naarmate men verder in de opleiding is (NHS Employers 2012). De vervolgopleiding wordt betaald door de NHS, dus door de overheid (Wallenburg 2012). In Engeland zijn, net als in Nederland, zware restricties wat betreft de toelating tot de opleiding (SEO economic research 2012). De universitaire geneeskunde opleiding heeft een beperkte instroom. De universiteit mag zelf toelatingseisen stellen, meestal zijn zeer hoge cijfers op het voortgezet onderwijs vereist. Daarnaast wordt er vaak een interview afgenomen voor toelating (Wallenburg 2012).

6.3.2. Medisch specialisten in loondienst

In Engeland zijn alle specialisten die in een NHS-ziekenhuis werken in loondienst. Zij krijgen een vast salaris (SEO economic research 2012). Het vaste salaris is voor alle specialismen gelijk. De meeste specialisten ontvangen daarnaast een variabel inkomen, gebaseerd op *merit awards*. Dit zijn bonussen die kunnen oplopen tot 95 procent van het salaris. Bonussen worden toegekend op basis van overuren en gerealiseerde doelstellingen. Deze doelstellingen hebben bijvoorbeeld betrekking op kwaliteit, efficiëntie, klinische resultaten, ontwikkeling van diensten en multidisciplinair werken (OECD 2008). In een interview kwam naar voren dat er nationale en lokale bonussen zijn. De toekenning van bonussen is niet transparant. Het bovengenoemde gemiddelde inkomen van medisch specialisten in loondienst, 175.586 euro, is inclusief bonussen (NHS Employers 2012). Er wordt sinds 2003 via bonussen steeds meer gepoogd om medisch specialisten te belonen naar de kwaliteit, ook wel *pay-for-performance* genoemd (OECD 2008). Het systeem van bonussen is niet transparant, waardoor niet goed zichtbaar is in hoeverre deze effecten optreden. Er is sinds 2008 ook een proef gaande in het Noordwesten van Engeland om NHS-ziekenhuizen door middel van *pay-for-performance* te belonen. Er zijn indicatoren vastgesteld voor een aantal aandoeeningen met als doel onder andere kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren. Bij verbeteringen wordt een financiële beloning aan het ziekenhuis uitgekeerd (Eijkenaar et al. 2012).

Huisartsen worden sinds 2004 door middel van *pay-for-performance* gefinancierd (McDonald et al. 2009). Huisartsen hebben in Engeland de verantwoordelijkheid voor zeventig procent van het NHS-budget. In plaats van inkooporganisaties beoordelen huisartsen hoe beschikbare NHS-middelen het beste kunnen worden ingezet (Eijkenaar et al. 2012). Het meten van resultaten is in de primaire sector relatief goed ontwikkeld. In deze sector zijn kleine, maar significante verbeteringen opgetreden sinds de invoering van *pay-for-performance*. De inkomens van huisartsen zijn sinds de invoering gestegen (McDonald et al. 2009).

6.3.3. Vrijgevestigde medisch specialisten

Specialisten met een eigen praktijk genereren zelfstandig omzet. Zij worden betaald per verrichting. Zij moeten hier echter wel zelf hun praktijkkosten van betalen. De inkomens van deze specialisten variëren per specialisme, locatie en anciënniteit (Morris et al. 2008). De specialisten bepalen hun eigen tarieven (Hospitaldr 2013). Veel medisch specialisten in Engeland werken in een NHS-ziekenhuis en hebben daarnaast een eigen praktijk. Het is

ook mogelijk dat specialisten privépatiënten behandelen in een NHS-organisatie. Als de organisatie hiermee in stemt, kan een medisch specialist tegen betaling gebruik maken van de NHS-faciliteiten (Department of Health 2004). In een interview kwam naar voren dat het percentage specialisten dat ook voor privépatiënten werkt, verschilt per specialisme. Zo zal een plastisch chirurg eerder privéactiviteiten uitvoeren dan een geriater. Er was tot 2003 een regel dat medisch specialisten die fulltime in dienst zijn van de NHS, niet meer dan tien procent van hun NHS inkomen mogen verdienen in hun eigen praktijk (OECD 2008). De reden hiervan was angst dat specialisten niet meer aan hun contractuele verplichtingen bij de NHS zouden voldoen als zij ongelimiteerd zouden mogen verdienen. Deze regel werd niet nageleefd en is daarom geschrapt. Sinds 2003 mogen specialisten wel ongelimiteerd bijverdienen. Wel wordt het NHS-salaris negatief beïnvloed als het ondernemen van privéactiviteiten ten koste gaat van het NHS-werk (Morris et al. 2008).

“Data on income from non-NHS activity is very poor.” (consultant Engeland 19 mei 2013)

In interviews kwam naar voren dat er weinig bekend is over de inkomens van vrijgevestigde medisch specialisten in Engeland. Naar verwachting zijn de inkomsten uit privépraktijken hoog (The Observer 2000). Er bestaat de mogelijkheid dat er in Engeland meer verdiend wordt dan in Nederland.

In Engeland wordt dus al jaren gezocht naar een balans tussen NHS- en privéactiviteiten voor medisch specialisten. Er is weinig transparantie wat betreft de inkomsten en activiteiten van privéklinieken. Ook is de toekenning van bonussen voor het behalen van doelstellingen niet transparant. Het is positief dat ze in Engeland via beloningen pogen medisch specialisten efficiëntere en kwalitatief betere zorg te laten leveren. De effecten hiervan worden niet goed gemeten, waardoor verbeteren niet goed mogelijk is.

6.4 Overzicht landenvergelijking

Opleiding	Nederland	Duitsland	Engeland
Duur geneeskundestudie	6 jaar	6 jaar	5 jaar
Kosten geneeskundestudie p.j.	1600 euro	200-1000 euro	9814 euro
Duur vervolgopleiding	3 tot 6 jaar	4 tot 6 jaar	7 tot 10 jaar
Salaris vervolgopleiding p.j.	42.000-53.700 euro	55.000 euro	26.487-67.400 euro

Aantal specialisten per 1000 inwoners	0,98	2,29	0,91
--	------	------	------

* *verschilt per deelstaat*

Loondienst	Nederland	Duitsland	Engeland
Gemiddelde inkomen	139.849 euro p.j.	121.097 euro p.j.	175.586 euro
Gemiddeld aantal werkuren	47 uur per week	55 uur per week	46 uur per week
Bekostigingsmethode	Vast salaris + toeslagen	Vast salaris (hiërarchisch)	Vast salaris + bonussen
Meest voorkomende werkplek	UMC of algemeen ziekenhuis	Ziekenhuis	NHS-ziekenhuis

Vrijgevestigd	Nederland	Duitsland	Engeland
Gemiddelde inkomen	211.500 euro p.j.	167.540 euro p.j.	Onbekend
Gemiddeld aantal werkuren	55 uur per week	52 uur per week	5 uur per week*
Bekostigingsmethode	DOT met omzetplafond	Per verrichting	Per verrichting
Meest voorkomende werkplek	Algemeen ziekenhuis of ZBC	Privépraktijk	Privépraktijk

* *medisch specialisten in Engeland werken doorgaans naast hun baan bij de NHS in een privépraktijk*

7. Conclusie en discussie

In de conclusie zullen eerst de antwoorden op deelvragen besproken worden. Daarna wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord. In de discussie komen kanttekeningen aan bod die te plaatsen zijn bij het onderzoek.

7.1 Conclusie

Bij de beoordeling van de mogelijkheden en beperkingen voor het inzetten van beleidsmaatregelen in Nederland om het inkomen van medisch specialisten te beïnvloeden, is de inkomenspolitiek in Nederland vergeleken met de inkomenspolitiek in Duitsland en Engeland. Aan de hand van de institutionele theorie, de beschrijvingen van de drie zorgstelsels, verschillende vormen van inkomenspolitiek en de situatie in Nederland, Duitsland en Engeland zullen de mogelijkheden en beperkingen in Nederland besproken worden.

De institutionele inbedding van de gezondheidszorg verschilt in Nederland, Duitsland en Engeland. In Nederland is sinds 2006 de gehele bevolking verplicht verzekerd voor het basispakket. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden gereguleerd door de overheid. Er wordt gepoogd gereguleerde concurrentie met vrije prijzen te realiseren. Institutionele veranderingen zijn vaak geleidelijke processen. Aanpassingen duren daarom lang. In het Duitse zorgstelsel wordt onderscheid gemaakt tussen *Krankenkassen* en private verzekeringen. Dit was vóór 2006 in Nederland ook het geval. Werklozen, studenten, gehandicapten en personen met een inkomen onder een bepaalde hoogte kunnen zich aansluiten bij *Krankenkassen*. De rest van de bevolking kan zich vrijwillig verzekeren bij een particuliere verzekeraar. In Engeland wordt de zorg georganiseerd door de staat. Sinds 1948 wordt de gezondheidszorg gefinancierd uit algemene belastingen. De vermogende bevolking maakt hier in afnemende mate gebruik van. Zij gaan naar privéklinieken en kunnen zich hiervoor particulier verzekeren. Zowel in Duitsland als in Engeland bestaat er dus een tweedeling in de bevolking. Welgestelden verzekeren zich in deze landen apart. De inkomenspolitiek van medisch specialisten wordt beperkt door de gevestigde instituties die moeilijk te veranderen zijn.

In Engeland duurt de opleiding tot medisch specialist aanzienlijk langer en is ook duurder dan in Nederland en Duitsland. Over de inkomens in Engeland zijn geen harde gegevens

bekend, maar het gemiddelde inkomen is naar verwachting hoger dan in Nederland en Duitsland. Er is dus een verband tussen de duur en kosten van de opleiding en het inkomen van medisch specialisten. Via de opleiding kan het aanbod van medisch specialisten gereguleerd worden. In Nederland wordt het aanbod gereguleerd door een beperkt aantal plaatsen voor de vervolgopleiding te bekostigen. Doordat er in Duitsland minder strenge restricties zijn voor de opleiding, zijn er naar verhouding meer dan twee keer zoveel medisch specialisten als in Nederland. De Duitse bevolking gebruikt niet twee keer zoveel medisch specialistische zorg als de Nederlandse bevolking. Het is mogelijk dat het Nederlandse systeem en Nederlandse medisch specialisten efficiënter zijn dan in Duitsland. Dit is institutioneel ingebed, mogelijk is er een samenhang met de huisarts die in Duitsland geen poortwachtersfunctie heeft. Ook kan via de opleiding invloed uitgeoefend worden op (toekomstig) medisch specialisten. Huidige geneeskunde studenten en arts-assistenten zullen in de toekomst de medisch specialistische zorg uitvoeren. Het is van belang dat incompetent en onethische zorgverleners geweerd worden.

De bekostigingsmethode die voor medisch specialisten gehanteerd wordt, is tevens van invloed op de inkomens van medisch specialisten en op de macro zorgkosten. Bij het verrichtingensysteem, een medisch specialist wordt betaald per verrichting, krijgt een medisch specialist financiële prikkels om zorg te leveren. Productieprikkels om het inkomen te laten toenemen, zullen vrijwel altijd leiden tot een stijging van de zorgkosten. Bij een vast salaris heeft een medisch specialist daarentegen geen financieel belang voor een hoge arbeidsproductiviteit. Dit kan de efficiëntie remmen, hoewel veel respondenten dat niet zo ervaren. Bij een abonnementenbekostiging krijgt een zorgverlener een vast bedrag per verzekerde en ligt het risico volledig bij de zorgverlener. Een nieuwere methode die steeds meer wordt ingezet is *pay-for-performance*. Een medisch specialist wordt beloond voor prestaties. Informatie over prestaties blijft echter een probleem bij deze methode. In de praktijk worden vaak gemengde methoden gebruikt. In Nederland wordt voornamelijk gebruikt gemaakt van vaste salarissen of bekostiging via DBC's, een combinatie tussen de verrichtingen- en abonnementenbekostiging. In Duitsland worden medisch specialisten doorgaans gefinancierd op basis van vaste salarissen of per verrichting. In Engeland bestaat het inkomen van medisch specialisten uit een vast bedrag en een variabel bedrag. Men probeert om het variabele deel in te richten door middel van *pay-for-performance*. Ook wordt gewerkt met een verrichtingensysteem.

Er kan tevens een maximum inkomen of een hoger belastingtarief worden vastgesteld voor medisch specialisten om het inkomen te beïnvloeden. In Nederland wil de overheid een maximum inkomen voor medisch specialisten opleggen door middel van de Wet Normering

Topinkomens (WNT). Dit is nog niet ingevoerd en zou alleen gelden voor specialisten in loondienst. In Duitsland en Engeland is geen sprake van dit soort maatregelen. Door gevestigde instituties zijn zulke maatregelen moeilijk uitvoerbaar en afdwingbaar.

Er is een samenhang tussen het inkomen van medisch specialisten en de arbeidsverhouding. Ook hierdoor worden de totale zorgkosten beïnvloed. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen specialisten in loondienst en vrijgevestigde specialisten. Vrijgevestigde specialisten verdienen doorgaans meer dan specialisten in loondienst. De arbeidsverhouding heeft een grote invloed op de bekostigingsmethode. Door de institutionele inbedding in Nederland is het niet mogelijk om zoals in Engeland alle medisch specialisten in ziekenhuizen in loondienst te nemen. De medisch specialist medeverantwoordelijk maken voor de resultaten van het ziekenhuis zal de kwaliteit van zorg naar verwachting verhogen. De effecten hiervan voor de inkomens en de macro zorgkosten zijn niet bekend. In Nederland gaan waarschijnlijk door de integrale tarieven, die in 2015 ingevoerd worden, de belangen van medisch specialisten meer gelijk lopen met de belangen van ziekenhuizen. In Engeland worden bonussen toegekend aan medisch specialisten voor onder andere klinische resultaten. De bonussen worden niet transparant toegekend, daardoor zijn de effecten onduidelijk.

In dit onderzoek is duidelijk geworden dat er in Engeland minder transparantie is over de inkomens dan in Nederland. In Engeland wordt waarschijnlijk meer inkomen gegenereerd vanuit privépraktijken dan bekend is. De inkomens van Nederlandse medisch specialisten zijn waarschijnlijk slechts gering hoger of zelfs lager zijn dan de inkomens van specialisten in Engeland. In Duitsland zijn er veel meer specialisten dan in Nederland. In totaal wordt er in Duitsland meer aan inkomens van medisch specialisten uitgegeven dan in Nederland. In vergelijking met Duitsland zijn Nederlandse medisch specialisten productiever en/of efficiënter. De Nederlandse gezondheidszorg is daarnaast beter toegankelijk dan in Engeland en Duitsland. Dit komt onder andere door het verplichte basispakket en de zorgtoeslag.

Er kan worden aangesloten bij het rapport Gezond Belonen (Meurs et al. 2012), waarin gesteld wordt dat het terugbrengen van de inkomens van medisch specialisten in Nederland slechts een geringe invloed zal hebben op het begrotingstekort. Vanwege de publieke opinie zal het wenselijk zijn om de inkomens van uitschieters te begrenzen. Dit is een politieke beslissing. De mogelijkheden om de inkomenspolitiek van medisch specialisten in Nederland te beïnvloeden worden beperkt door gevestigde instituties. Veranderingen kunnen alleen geleidelijk of via een omweg doorgevoerd worden. De integrale tarieven gaan

wel mogelijkheden bieden ten aanzien van het beheersen van de macro zorgkosten. Specialisten moeten worden beloond voor het leveren van efficiënte, kwalitatief hoogwaardige zorg met een maximaal gezondheidseffect, het zogenaamde *pay-for-performance*. Ook zal het helpen een systeem te creëren waardoor een negatieve hefboom ontstaat; het inkomen van de medisch specialist blijft in stand of neemt toe als door activiteiten van medisch specialisten de macro zorgkosten afnemen. Een andere maatregel die genomen kan worden, is het verschuiven van taken van medisch specialisten naar andere zorgverleners. Er zijn veel zorgverleners, zoals huisartsen en verpleegkundig specialisten, die taken van medisch specialisten kunnen overnemen. Nader onderzoek is gewenst naar de effecten van deze optie op het aantal medisch specialisten en hun inkomen.

7.2 Discussie

In dit onderzoek is gepoogd een beeld te schetsen van de inkomenspolitiek van medisch specialisten in Nederland, Duitsland en Engeland. Hoewel maximaal is ingezet op het in beeld brengen van de complete situatie in drie landen is gebleken dat dit niet geheel gelukt is.

Deze scriptie beschrijft de opzet en uitvoering van een kwalitatief onderzoek. Bij een kwalitatief onderzoek is het moeilijker de betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen dan bij een kwantitatief onderzoek. Een deel van het onderzoek berust namelijk op meningen en verwachtingen die moeilijk in maat en getal kunnen worden uitgedrukt. Toch is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat hiermee meer de diepte ingegaan kan worden. De betrouwbaarheid en validiteit zijn gewaarborgd, onder andere door gebruik te maken van data- en methodetriangulatie; de interviews zijn gecombineerd met documentonderzoek.

Het regelen van interviews en het interviewen van personen in drie verschillende landen kost veel tijd. Er is daarom een beperkt aantal mensen geïnterviewd, vooral in Engeland en Duitsland. De resultaten zijn generaliseerbaar, omdat vooral onderzoekers op dit gebied en medewerkers uit overkoepelende organisaties of verenigingen zijn geïnterviewd. Ook heeft het interviewen van deze personen de mogelijkheid tot sociaal wenselijke antwoorden geminimaliseerd. Praten over inkomen lijkt namelijk nog altijd een taboe te zijn. Inkomen is daarom een weinig toegankelijk onderwerp om te onderzoeken. Daartegenover is het een voordeel dat alle interviews door één persoon zijn afgenomen. De onderzoeker heeft ongeveer vijf interviews afgenomen voor andere onderzoeken. De topiclijst voor de

interviews werd naarmate het onderzoek vorderde en meer kennis was vergaard, enigszins aangepast aan het voortschrijdend inzicht van de onderzoeker. Ook wel iteratief onderzoek genoemd.

De gegevens over het inkomen van medisch specialisten die gebruikt zijn in hoofdstuk vijf zijn afkomstig uit SEO economic research (2012). Dit SEO-onderzoek is gedaan in opdracht van de minister van VWS. De gegevens over de situatie in Duitsland en Engeland zijn incompleet. Zo zijn er in Engeland geen gegevens bekend over het inkomen van vrijgevestigde specialisten. Dit inkomen is naar verwachting erg hoog en is niet meegenomen. Tevens zijn voor de specialisten in loondienst in Engeland en Duitsland specialisten in opleiding meegenomen in het gemiddelde inkomen. In Duitsland zijn ook huisartsen meegenomen. Er zijn vervolgens schattingen gemaakt van de inkomens van medisch specialisten. In Nederland is dit niet het geval (SEO economic research 2012). De gegevens van Nederland zijn dus betrouwbaarder dan de gegevens van Duitsland en Engeland. Naar verwachting zijn de verschillen in inkomens in Nederland, Duitsland en Engeland dus minder groot dan in het SEO-onderzoek gesteld wordt. Het is zelfs mogelijk dat de inkomens in Nederland lager zijn dan in Engeland.

De interviews in Duitsland en Engeland waren moeilijker te regelen dan verwacht werd. Er zijn daarom minder Duitse en Engelse experts geïnterviewd dan gepland was. Er is daardoor minder inzicht verworven in de inkomenspolitiek in Duitsland en Engeland dan in die in Nederland. De onderzoeksvraag is daarom in een later stadium op Nederland gericht.

Bijlage 1: Literatuur

Bamrah, J.S., K. Chand. 2013. *NHS Change Day: what politicians could learn from healthcare staff*. Guardian Professional. 13 maart 2013. Bereikbaar op: <http://www.guardian.co.uk/healthcare-network/2013/mar/13/nhs-change-day-politicians-learn-healthcare-staff?INTCMP=ILCNETTXT3487>

Berg, M., M.J.A.M. Bos, H.L.F. Brom. 2006. *DBC's kunnen veel simpeler*. Medisch Contact. 3 februari 2006. 61 nr. 5: pag. 196-199.

Boyle, S. 2011. United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*.

(Bundesverband der Honorärärzte). 2013. *Bundesverband der Honorärärzte e.V.* 9 mei 2013. Bereikbaar op: <http://www.bv-honoraerzte.de/content/e136/>

Busse, R., A. Riesberg. 2005. *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen, WHO.

(Cao UMC). 2012. *Cao UMC 2011-2013*.

(CPB). 2002. *Financing medical specialist services in the Netherlands: Welfare implications of imperfect agency*. The Hague: june 2002.

(De Jonge Orde). 2012a. *Artsen opleiding zelf laten betalen? 15.000 keer 'nee!'*. 3 juli 2012. Bereikbaar op: http://www.dejongeorde.nl/over_de_jonge_orde/nieuws/artsen_opleiding_zelf_laten_betalen_15_000_keer_nee.html

(De Jonge Orde). 2012b. *Stuwmeer van 'jonge klare' medisch specialisten*. 20 juni 2012. Bereikbaar op: <http://www.dejongeorde.nl/assets/structured-files/Downloads/jonge+klaren+artikel+20-6-2012.pdf>

(Debat op Twee). 2013. *Veelverdieners: Graaiers of Grote talenten*. 16 januari 2013. Bereikbaar op: <http://debatop2.dossierjournalistiek.nl/seizoenen/3/afleveringen/16-01-2013>

(Department of Health). 2004. *A code of conduct for Privat Practice. Recommended Standards of Practice for NHS Consultants*. January 2004. Bereikbaar op: http://www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/DH_085195.pdf

(Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung). 2013. *Versicherung*. 11 mei 2013. Bereikbaar op: <http://www.dguv.de/inhalt/versicherung/index.jsp>

Eijkenaar, F., W. Van de Ven, E. Schut. 2012. *Uitkomstbekostiging in de zorg. Internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland*. Erasmus Universiteit Rotterdam. Bereikbaar op: <http://oldwww.bmg.eur.nl/personal/schut/Uitkomstbekostiging%20in%20de%20zorg%20-%20iBMG%20onderzoeksrapport%20052012.pdf>

(Erasmus Universiteit Rotterdam). 2013. *Master in Geneeskunde*. 11 maart 2013. Bereikbaar op: <http://www.eur.nl/master/opleidingen/geneeskunde/factsheet/>

Folmer, C, E. Westerhout. 2008. Financing medical specialists services in The Netherlands: Welfare implications of imperfect agency. *Economic Modelling* 25 (2008) 946-958.

Grinten, T.E.D., van der, J.K. Helderma. 2005. De gezondheidszorg: de (on)draaglijke traagheid van een stelselwijziging. In: Maarten van Arentsen & Willem Trommel. *Moderniteit en Overheidsbeleid. Hardnekkige beleidsproblemen en hun oorzaken*. Bussum, Coutinho, 2005, blz. 85-108.

Grinten, T.E.D., van der. 2007. Stelselherziening van de Nederlandse gezondheidszorg. *TSG* 85 (2007) nr. 4, blz. 227-23.

Hall, P.A., R.C.R. Taylor. 1996. *Political Science and the Three New Institutionalisms*. MPIFG Discussion Paper 96 / 6.

Ham, C. 2006. Creative destruction in the NHS. *BMJ*. 2006 April 29; 332(7548):984-985.

Hasaart, F. 2011. *Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. Juli 2011. Maastricht: Universitaire Pers.

Helderman, J.K., F.T. Schut, T.E.D. van der Grinten, W.P.M.M. van de Ven. 2005. 'Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands'. *Journal of Health Politics, Policy and Law* volume 30.

Helderman, J.K. 2007. *Bringing the market back in? Institutional complementary and hierarchy in Dutch housing and health care*. PhD dissertation, Erasmus University Rotterdam.

Helderman, J.K., B. Gwyn, G. France. 2012. The rise of the regulatory state in health care: a comparative analysis of the Netherlands, England and Italy. *Health Economics, Policy and Law* (2012), 7: 103-124.

Hemerijck, A.C. 2001. De institutionele beleidsanalyse: naar een intentionele verklaring van beleidsveranderingen. In: Abma, T. en R. in 't Veld (red.), 2001, *Handboek Beleidswetenschap*, Boom, Meppel.

(Het Financieele Dagblad). 2012. *Discussie over artsensalaris bedreigt zorgplannen*. 13 juni 2012. Bereikbaar op: <http://www.fd.nl/>

(Hospitaldr). 2013. *Setting up in private practice – guidance for consultants*. 18 mei 2013. Bereikbaar op: <http://www.hospitaldr.co.uk/guidance/setting-up-in-private-practice---guidance-for-consultants>

Jeurissen. 2005. *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*. Quantes uitgeverij.

(Logex). 2012. *Logex Verdeelmodel*. Bereikbaar op: <http://www.logex.nl/producten/medisch-specialisten/logex-verdeelmodel/>

Mahoney, J., K. Thelen. 2010. *Explaining Institutional Change*. New York: Cambridge University Press.

McDonald, R., J. White, T.R. Marmor. 2009. *Paying for Performance in Primary Medical Care: Learning about and Learning from "Success" and "Failure" in England en California*. 5 oktober 2009. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Duke University Press.

(Medisch Contact). 2012a. Numerus fixus geneeskunde afgeschaft. 17 februari 2012. Bereikbaar op: <http://medischcontact.artsennet.nl/artikel/110743/numerus-fixus-geneeskunde-afgeschaft.htm>

(Medisch Contact). 2012b. Regeerakkoord raakt dokters. 5 november 2012. Bereikbaar op: <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/123338/regeerakkoord-raakt-dokters.htm>

Meurs, P.L., M. Bontje, H. Borstlap, J. Legemaate. 2012. Gezond belonen. Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten. 10 oktober 2012.

(Ministerie van Financiën). 2012. *IBO Universitair Medische Centra*. 01 maart 2012. Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/05/23/rapport-interdepartementaal-beleidsonderzoek-universitair-medische-centra.html>

Morris, S., B. Elliot, A. Ma, A. McConnachie, N. Rice, D. Skatun, M. Sutton. 2008. Analysis of consultants' NHS private incomes in England in 2003/4. *J R Soc Med* 2008; 101: 372-380.

(NFU). 2013. *Naar effectieve, passende én betaalbare zorg*. Juni 2013. Bereikbaar op: <http://www.nfu.nl/actueel/advies-nfu-gebruik-wetenschap-om-zorgkosten-te-beheersen>

(NHS). 2000. *The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform*. Juli 2000. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health By Command of Her Majesty.

(NHS). 2013. *NHS history*. 24 maart 2013. Bereikbaar op: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1948.aspx>

(NHS Employers). 2012. *Pay Circular (M&D) 1/2012*. 6 juni 2012. Bereikbaar op: <http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/Pay-Circular-MD-1-2012.pdf>

Nicolai, H. 2003. *De eed en het geld. De positie van de medisch specialist in Nederland*. Utrecht: Het Petrus Camper Instituut.

(OECD). 2008. Health working paper no. 41. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries?

(OECD). 2012. *OECD Health data 2012 – Frequently Requested Data*. Bereikbaar op: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>

Oorschot, J.A., van. 1995. Professionele autonomie van de medisch specialisten. Van Gorcum. Assen. Pp. 4-19.

Or, Z., C. Cases, M. Lisac, K. Vrangbaek, U. Winblad, G. Bevan. 2010. Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Economics, Policy and Law (2010)*, 5, 269-293. Cambridge University Press 2010.

(Orde van Medisch Specialisten). 2012. Discussienota Positionering 2015. 16 november 2012. Bereikbaar op: <http://www.orde.nl>

(Orde van Medisch Specialisten). 2013. *Orde van Medisch Specialisten klaar met discussie over gedwongen dienstverband*. 24 januari 2013. Bereikbaar op: <http://www.orde.nl/pijlers/beroepsbelangen/vrij-beroep/nieuws/orde-van-medisch-specialisten-klaar-met-discussie-over-gedwongen.html>

Poel, P, van de. 2013. *Megamaatschap veroverd ziekenhuizen*. Skipr. 10 april 2013. Bereikbaar op: <http://www.skipr.nl/actueel/id14293-megamaatschap-veroverd-ziekenhuizen.html>

Putters, K. 2012. College Bestuurskundige aspecten hervormingsbeleid in de zorg. 19 november 2012. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

(UCEA). 2013. *Clinical training pathways*. 18 mei 2013. Bereikbaar op: <http://www.ucea.ac.uk/en/empres/clinical/clinicaltn/>

(Raad voor Volksgezondheid en Zorg). 2010a. Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden. Den Haag.

(Raad voor Volksgezondheid en Zorg). 2010b. Relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. Den Haag.

(Raad voor Volksgezondheid en Zorg). 2011. Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken. Den Haag.

(Rijksoverheid). 2012. Naar beter betaalbare zorg. Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven. Juni 2012.

(Rijksoverheid). 2013. *Topinkomens (semi)overheid*. 23 mei 2013. Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/beloningen-bestuurders/topinkomens-overheid>

Roemer, M.I. 1961. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. *Hospitals* 35 (1961).

Scholten, G.R.M., A.J.M Roex, J.W. Sindram. 1998. *Cost-control and medical specialist payment: the dutch alternative*. International Journal of Health Planning and Management. 13, 69-82 (1998).

Schut, F.T., F.F.H. Rutten. 2009. *Economie van de gezondheidszorg*. Derde, geheel herziene druk. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg.

(SEO economic research). 2012. Remuneration of medical specialists. An international comparison. 04 oktober 2012.

(SEO economisch onderzoek). 2010. De relatie tussen medisch specialisten en het ziekenhuis. Rapport in opdracht van het ministerie van VWS. Bijlage bij Tweede Kamerstuk 29 248 nr. 118. 7 mei 2010.

(SiRM). 2012. Achtergronddocument bij NVZ brancherapport ziekenhuizen vergelijking Europa. Rapport in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Den Haag, 12 juli 2012.

Swanborn, P.G. 2010. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vijfde druk. Den Haag: Boom Onderwijs.

(Tagesschau). 2012. *Interview: "Das Honorar-System versteht keiner mehr"*. 10 oktober 2012. Bereikbaar op: <http://www.tagesschau.de/inland/honorarstreit102.html>

(The Observer). 2000. *Doctors prescribe themselves £1m salaries*. Anthony Browne, health editor. 8 oktober 2000. Bereikbaar op: <http://www.guardian.co.uk/society/2000/oct/08/futureofthenhs.nhsstaff>

Thelen, K. 2004. *How Institutions Evolve*. New York: Cambridge University Press.

Velden, H. van der. Collectivisering en solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg: een historisch perspectief. *Gezondheid*, 1. 1993. pp. 264-281.

Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut. Is de Zorgverzekeringswet een succes? *TPEDigitaal* 2010, 4(1). p. 1-24.

(Vereniging van Universiteiten). 2003. *Nederlandse Artseneed*. Utrecht. Bereikbaar op: http://web.archive.org/web/20061208103301/http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R1290401169290340

(Vereniging Vrijgevestigd Medisch Specialisten). 2013. *Bestuur*. Bereikbaar op: <http://www.vvms.nl/bestuur>

Verkoulen, M. 2009. Het koninkrijk van de specialist. *Idee* jaargang 30 nummer 3, juni 2009.

Wallenburg, I. 2012. *The modern doctor. Unraveling the Practices of Residency Training Reform*. 31 oktober 2012. Vrije Universiteit Amsterdam.

(WHO). 2012. European Observatory on Health Systems and Policies. Bereikbaar op: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>

Bijlage 2: Geraadpleegde gesprekspartners

Dit onderzoek is gedaan onder begeleiding van dr. Iris Wallenburg. De taak van meezeer heeft dr. R. van Kleef op zich genomen. Voor het onderzoek hebben verschillende betrokkenen meegewerkt. Ik wil alle gesprekspartners hartelijk danken. Een aantal personen wilden graag anoniem blijven, dat wordt gerespecteerd. Daarnaast wil ik de volgende personen en organisaties bedanken:

- Bundesministerium für Gesundheit Berlin
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland
- dr. P. Batchelor (consultant Faculty of General Dental Practice UK)
- drs. W. van der Meij (vice-voorzitter Landelijke Vereniging van Medisch Specialisten in Opleiding)
- mr. A.J.M. van Bolderen (voormalig directeur Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband)
- Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam
- Orde van Medisch Specialisten
- prof. dr. P.L. Meurs (hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg)

Bijlage 3: Afkortingen

AIOS	Arts In Opleiding tot Specialist
AMS	Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in algemene ziekenhuizen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Cao	Collectieve arbeidsovereenkomst
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
DOT	DBC's op weg naar transparantie
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GKV	<i>Gesetzlichen Krankenversicherung</i>
HiT	<i>Health Systems in Transition</i>
KBV	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LVAG	Landelijke Vereniging voor Medisch Specialisten in Opleiding
NFU	Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra
NHS	<i>National Health Service</i>
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PvdA	Partij van de Arbeid
RIAGG	Regionale instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
UMC	Universitair Medisch Centrum
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	<i>World Health Organization</i>
WNT	Wet Normering Topinkomens
Wzt	Wet op de Zorgtoeslag
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
Zvw	Zorgverzekeringswet