

# De stand van de MKA-chirurgie

De regulering, organisatie en financiering van de  
Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie in Nederland

Eindrapport, september 2016

in opdracht van





[Voorwoord](#)  
[Samenvatting](#)  
[Verantwoording](#)  
[MKA-chirurgen in Nederland](#)

1

## De regulering van de MKA-chirurgie

- a. [Bekostiging van ziekenhuizen](#)
- b. [Bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten](#)
- c. [Bekostiging van MKA-chirurgen](#)

2

## De organisatie van de MKA-chirurgie

- a. [Algemeen](#)
- b. [Binnen ziekenhuizen](#)
- c. [Binnen zelfstandige klinieken](#)

3

## De financiering van de MKA-chirurgie

- a. [Binnen ziekenhuizen](#)
- b. [Binnen zelfstandige klinieken](#)

4

## Ervaringen van de vakgroepen

- a. [Ervaringen van de vakgroepen](#)
- b. [Conclusie](#)





De MKA-chirurgie heeft in de afgelopen jaren veel en grote veranderingen meegemaakt. Lange tijd bleven de MKA-chirurgen in relatieve luwte hun bijzondere werk doen, maar door een aantal stelselwijzigingen is er veel veranderd:

- De doorvoering van honorariumkortingen op aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- De overheveling van het Budgettair Kader Kaakchirurgie naar het brede Budgettair Kader Medisch Specialistische Zorg.
- Diverse kostenonderzoeken en meerdere herijkingen van de kostentarieven.
- Grote aanpassingen in de prestatiestructuur kaakchirurgie.
- De invoering van integrale bekostiging en het samenvoegen van de kosten- en honorariumdelen van de tarieven.
- Het invoeren van nieuwe governancestructuren in ziekenhuizen.
- De verschillende keuzes die kaakchirurgen daardoor maakten, zoals: in loondienst gaan bij een ziekenhuis, zich aansluiten bij een Medisch Specialistisch Bedrijf of een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf opzetten.
- De blijvende discussies over de positie van de kaakchirurgie. De MKA-chirurg voert immers haar werk uit op het snijvlak van de mondzorg en de medisch specialistische zorg.

Deze, maar ook andere externe factoren, hebben geleid tot een nieuwe positie van de MKA-chirurg en roepen de begrijpelijke vraag op waar de MKA-chirurgie nu staat. En in het verlengde daarvan: Wat is het toekomstperspectief van de MKA-chirurgie?

Het Sectiebestuur Tandartsspecialisten van de KNMT heeft aangegeven graag te beschikken over een helder en toegankelijk overzicht van alle wijzigingen in de afgelopen jaren. De MKA-chirurgie wil vooruitstrevend, innovatief en ondernemend blijven, goed voorbereid op de toekomst en onderscheidend in kwalitatief goede patiëntenzorg. Transparantie over waar de MKA-chirurgie nu staat en hoe het daar gekomen is helpt daarin. Zorgmarkten heeft onderzoek gedaan naar de stand van de MKA-chirurgie in Nederland. De uitkomsten van dit onderzoek worden in dit rapport gepubliceerd.

### **Gertjan Dicker**

Voorzitter Bestuur Sectie Tandarts-specialisten (STS) KNMT  
Opdrachtgever onderzoek

### **Johan van Ingen**

Voorzitter Specialisten Onderhandelingscommissie Kaakchirurgie (SOCK)  
Klankbordgroep onderzoek

### **Cornelis Jan Diepeveen**

Zorgmarkten  
Projectleider onderzoek

September 2016



# Samenvatting



De KNMT werkt aan een toekomstvisie voor de MKA-chirurgie in Nederland en is voornemens deze begin 2017 aan het veld aan te bieden. De vragen die de KNMT in ieder geval wil beantwoorden: Wat is de toekomstige positie van de MKA-chirurgie? Hoe wil de beroepsgroep zich onderscheiden? Hoe willen de MKA-chirurgen het ondernemerschap vormgeven? Hoe kan deze toekomstvisie in het zich snel ontwikkelende zorglandschap worden verankerd? Uiteraard is hierin ook de inbreng van de NVMKA van groot belang.

Om zo'n toekomstvisie te ontwikkelen is het essentieel dat er eerst een volledig en transparant overzicht is over waar de MKA-chirurgie nu staat en welke ontwikkelingen in de regulering, organisatie en financiering van de MKA-chirurgie daartoe hebben geleid.

In opdracht van het Bestuur van de Sectie Tandarts-specialisten (STS) van de KNMT heeft Zorgmarkten daarom onderzoek gedaan naar de regulering, organisatie en financiering van de MKA-chirurgie in Nederland. De Specialisten Onderhandelingscommissie Kaakchirurgie (SOCK) heeft bij dit onderzoek als klankbordgroep gefungeerd.

Er is zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Ten aanzien van de wijzigingen in de regulering is op kwalitatieve wijze in kaart gebracht welke stelsel- en bekostigingswijzigingen invloed hebben gehad op de positie van de MKA-chirurgie ([hoofdstuk 1](#)). Ten aanzien van de organisatie en financiering van de MKA-chirurgie is een uitgebreide enquête uitgezet onder alle vakgroepen MKA-chirurgie in Nederland ([hoofdstuk 2](#) resp. [hoofdstuk 3](#)). Ook is gevraagd aan de vakgroepen naar hun ervaringen ([hoofdstuk 4](#)).

## Wijzigingen in regulering van de MKA-chirurgie

De bekostigingsregels voor medisch specialistische zorg (MSZ) zijn de afgelopen jaren dikwijls veranderd. Mede onder invloed van deze veranderingen zijn er ook aanpassingen geweest in de regels voor het bekostigen van de MKA-chirurgie.

## Kostentarieven

De kostentarieven van MKA-chirurgische verrichtingen vielen voorheen onder de Functiegerichte Budgettering (FB) van ziekenhuizen. Dit systeem was tot 2005 van toepassing op de gehele medisch specialistische zorg en op de MKA-chirurgie. De declaraties van MKA-chirurgische verrichtingen 'vulden' dus samen met declaraties van overige ziekenhuiszorg het jaarbudget. Wanneer er MKA-chirurgie was geleverd werden twee dezelfde losse verrichtingen gedeclareerd; één met een kostentarief en één met een honorariumtarief. Voor sommige verrichtingen was ook nog sprake van een honorariumtarief voor anesthesie.

Per 2005 werden de DBC's ingevoerd. Declaraties voor MKA-chirurgie bleven gebaseerd op verrichtingen. Hoewel ziekenhuizen MKA-chirurgie niet declareerden als DBC, werden er wel andere mogelijkheden gezocht om de MKA-chirurgie te laten aansluiten bij de MSZ. Zo moesten de kostentarieven en honorariumtarieven vanaf 2009 op één factuur terecht komen. In 2012 werden het DOT-systeem en volledige prestatiebekostiging ingevoerd. 'DOT' staat voor 'DBC's Op weg naar Transparantie'. Doel van het nieuwe DOT-systeem was: de bekostiging van DBC's inzichtelijker maken.

En wat betekende dit voor de MKA-chirurgie? Ook in 2012 werd de MKA-chirurgie nog altijd gedeclareerd op basis van verrichtingen, niet op basis van DBC's. Toch was er wel een verandering: de kostentarieven van de MKA-verrichtingen werden nu directe inkomsten voor het ziekenhuis. Het werd voor ziekenhuizen dus belangrijk dat de kostentarieven van de MKA-chirurgie voldoende dekkend waren.

De NZa besloot in april 2012 om een nieuw kostprijsmodel voor de MSZ vast te stellen. Ziekenhuizen werden verplicht om elk jaar kostprijzen aan te leveren, ook voor de MKA-chirurgie. De kostprijsinformatie vormde de basis voor de herijking van de kostendelen van tarieven.





Ook de tarieven voor MKA-chirurgie werden op basis van dit model herijkt. Dat leverde een aanzienlijke tariefdaling op per 1 januari 2014, waartegen de KNMT bezwaar maakte bij de NZa. Aangezien de kwaliteit van de kostprijsberekening niet bij alle partijen in orde was, bood de NZa de mogelijkheid om de kostprijzen over 2012 opnieuw aan te leveren. Acht ziekenhuizen maakten van die mogelijkheid gebruik. Op basis van die nieuwe ronde stegen de kostprijzen van MKA-chirurgie. Dit had vooral te maken met de verbeterde toerekening van kosten van verpleging aan de prestaties van MKA-chirurgie. De tariefverhoging ging op 1 juni 2014 van start.

Er waren echter nog steeds twijfels over de kwaliteit van de kostprijzen. Gezien de aanhoudende bezwaren van de KNMT en het gegeven dat slechts een beperkt aantal ziekenhuizen nieuwe kostprijzen had aangeleverd, besloot de NZa in overleg met de KNMT en andere branchepartijen een aanvullend onderzoek te starten naar de kostprijzen van de MKA-chirurgie. Ook het toepassen van de halveringsregel kreeg aandacht, evenals het toerekenen van kosten aan verrichtingen zoals consulten, verpleegdagen en dagverpleging. Op basis van dit onderzoek kon een tariefverhoging van de kostendelen worden doorgevoerd in de integrale tarieven van 2015. Daarmee kwam de productiewaarde van de kostentarieven weer in de buurt van het niveau van 2013.

## Honorariumtarieven

Aangezien MKA-chirurgie bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 aangemerkt werd als verzekerde zorg (net als MSZ) en ook grotendeels in de ziekenhuisomgeving plaatsvond, is MKA-chirurgie sinds de invoering van de ZVW steeds meer gelieerd aan MSZ. Zodoende lag het voor VWS en NZa voor de hand om ook de MKA-chirurgie onderdeel te maken van de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen. In 2008 kwam er op voorstel van VWS en onder coördinatie van DBC-Onderhoud een projectgroep Kaakchirurgie. Die kreeg de opdracht

een integraal DBC-bekostigingssysteem te ontwikkelen voor de MKA-chirurgie. In de projectgroep waren alle relevante partijen vertegenwoordigd: het Ministerie van VWS, NMT, NFU, NVZ, OMS, ZN, NZa en DBC-Onderhoud.

Uiteindelijk besloot de NZa dat er geen DBC's zouden komen voor de MKA-chirurgie. Ten eerste omdat dit specialisme zich goed leent voor een bekostiging op basis van verrichtingen; het omvat doorgaans gerichte chirurgische activiteiten zonder een langdurig voor- en na-traject. Ten tweede omdat de verwevenheid met andere medisch specialismen beperkt was.

Tot 2009 stond de bekostiging van MKA-chirurgie nog los van de DBC-systematiek. Net als vrijgevestigde medisch specialisten vielen de MKA-chirurgen onder de categorie 'vrije beroepsbeoefenaars'. Zowel de medisch specialisten als de MKA-chirurgen kenden eigen tariefbeschikkingen voor de honoraria die zij in rekening brachten. Voor de MKA-chirurgen vond bekostiging plaats op basis van de 'tariefbeschikking tandartspecialisten mondziekten en kaakchirurgie'.

In 2010 en 2011 werden aanzienlijke kortingen doorgevoerd op de honorariumtarieven van de medisch specialisten. Na twee jaren van kortingen op de honorariumtarieven besloten de vrijgevestigde medisch specialisten, de ziekenhuizen en de minister een convenant af te sluiten voor de bekostiging van medisch specialisten tussen 2012 en 2014. De NZa stelde per instelling een 'honorariumomzetplafond' vast: een limiet aan de uitgaven aan vrijgevestigde medisch specialisten. Het bestuur van het ziekenhuis moest vervolgens met de vrijgevestigde medisch specialisten bepalen hoe de beschikbare financiële middelen onder die specialisten verdeeld werden. Dit systeem werd het 'beheersmodel' genoemd.

Echter was ook dit model niet van toepassing op de MKA-chirurgie. Daarmee viel de MKA-chirurgie buiten de omzetplafonds en gingen de





MKA-chirurgen ook geen onderdeel uitmaken van de Collectieven van medisch specialisten die toen werden opgericht door de vrijgevestigde medisch specialisten.

In oktober 2012 vroeg de minister van VWS aan de NZa om voorbereidingen te treffen voor de herijking van het honorariumdeel van de tarieven voor MKA-chirurgie. Aanleiding was het politieke Lente-akkoord van 2012, met daarin diverse bezuinigingen en hervormingen. Voor de MKA-chirurgie werd per 2014 een taakstellende besparing van € 20 miljoen ingeboekt. De NZa liet allereerst een onderzoek uitvoeren door onderzoeksbureau Sira om de honorariumomzet van MKA-chirurgen, de productieaantallen en het aantal fte MKA-chirurgen in kaart te brengen. De uitkomst van dit onderzoek werd door de NZa vergeleken met de gemiddelde honorariumomzet van medisch specialisten onder het beheersmodel. Dit leidde tot een structurele korting van de honorariumomzet van MKA-chirurgen van € 38 miljoen, in plaats van de eerder ingeboekte € 20 miljoen. Deze korting werd op verzoek van de KNMT niet in één keer doorgevoerd, maar in twee stappen. Eerst een structurele korting van € 20 miljoen in 2014 en daar bovenop nog een structurele korting van € 18 miljoen vanaf 2015.

### Integrale bekostiging

In 2015 werd voor de gehele MSZ (inclusief de MKA-chirurgie) integrale bekostiging ingevoerd: kostentarieven en honorariumtarieven zijn samengevoegd tot één integraal tarief. Het zelfstandig declaratierecht voor vrijgevestigde medisch specialisten en MKA-chirurgen werd opgeheven. Alleen instellingen voor medisch specialistische zorg mogen vanaf 2015 nog DBC's en andere zorgproducten declareren. Binnen ziekenhuizen werden naar aanleiding van integrale bekostiging nieuwe organisatiestructuren ontwikkeld om het mogelijk te laten zijn ook per 2015 als vrije beroepsbeoefenaar werkzaam te blijven. Medisch specialisten maken in die nieuwe organisatiemodellen met het

ziekenhuis afspraken over vergoeding van geleverde diensten. Ook voor MKA-chirurgen was er per 2015 geen sprake meer van een apart honorariumtarief. MKA-chirurgen moesten, net als vrijgevestigde medisch specialisten, ervoor zorgen dat zij voldoende ondernemend waren om als vrije beroepsbeoefenaar werkzaam te kunnen blijven. De MKA-chirurgie neemt vanouds een zelfstandige en onafhankelijke positie in en koos daarom ook vaak voor een aparte entiteit voor de MKA-chirurgie: het Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB). Hierin speelt mee dat de MKA-chirurgie ook tot 2015 geen onderdeel uitmaakte van de 'collectieven van vrijgevestigde specialisten' die ten behoeve van het beheersmodel waren opgericht. Verder hadden MKA-chirurgen, vaker dan andere medisch specialisten, al eigen personeel in dienst en eigen apparatuur in bezit, waardoor er duidelijker sprake was van een onderneming. Ook zijn MKA-chirurgen vaker werkzaam in meerdere ziekenhuizen, wat het lastig maakt onderdeel te zijn van één MSB.

### Organisatie en financiering van de MKA-chirurgie

Er zijn in Nederland 273 MKA-chirurgen geregistreerd van 64 jaar of jonger. Ze werken vanuit een vakgroep in één of meerdere ziekenhuizen en/of zelfstandige klinieken. Verder zijn er 42 MKA-chirurgen in opleiding geregistreerd.

Om de organisatie en financiering van de MKA-chirurgie in kaart te brengen is een uitgebreide enquête uitgezet onder alle vakgroepen. De enquête was opgedeeld in drie delen:

- A. Vragen over de vakgroep.
- B. Vragen over de ziekenhuizen.
- C. Vragen over de zelfstandige klinieken.

Onderdeel B en C werden ingevuld afhankelijk van in welk type instellingen en in hoeveel instellingen een vakgroep werkzaam was. Dus een vakgroep die in twee ziekenhuizen werkte en in één zelfstandige kliniek vulde twee keer onderdeel B in (voor elk ziekenhuis een keer)



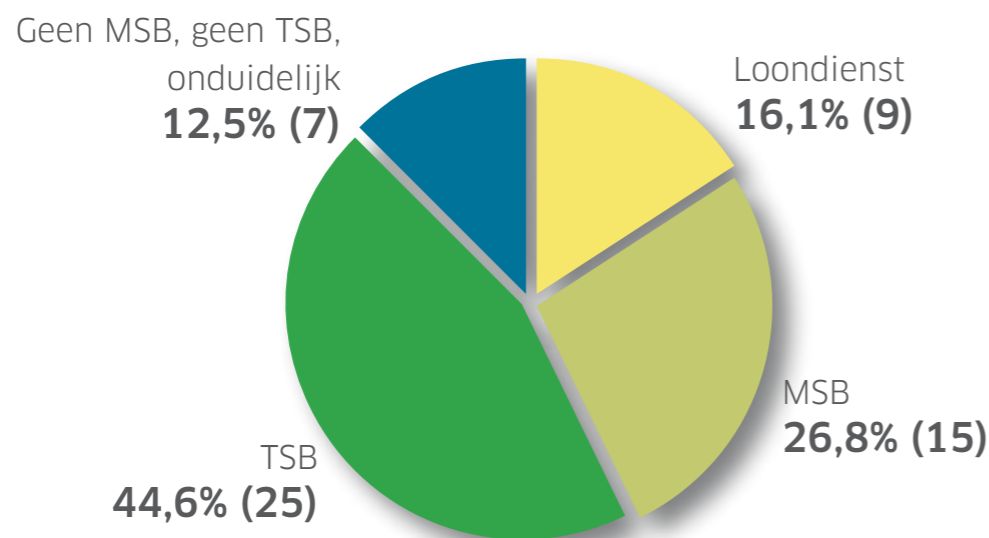


en één keer onderdeel C. Er zijn in Nederland 67 vakgroepen MKA-chirurgie bekend, 46 daarvan hebben deelgenomen aan onderzoek. Deze 46 vakgroepen waren werkzaam in 56 ziekenhuizen en 20 zelfstandige klinieken. Dit heeft veel informatie opgeleverd over de organisatie en financiering van de MKA-chirurgie die in dit rapport is verwerkt. In deze samenvatting slechts een selectie van de informatie.

Gemiddeld besteden de 46 vakgroepen 80,1% van hun tijd aan directe en indirecte patiëntenzorg. Voor algemene ziekenhuizen geldt een percentage van gemiddeld 83,4%. Voor academische ziekenhuizen ligt dit percentage lager, gemiddeld 63,3%.

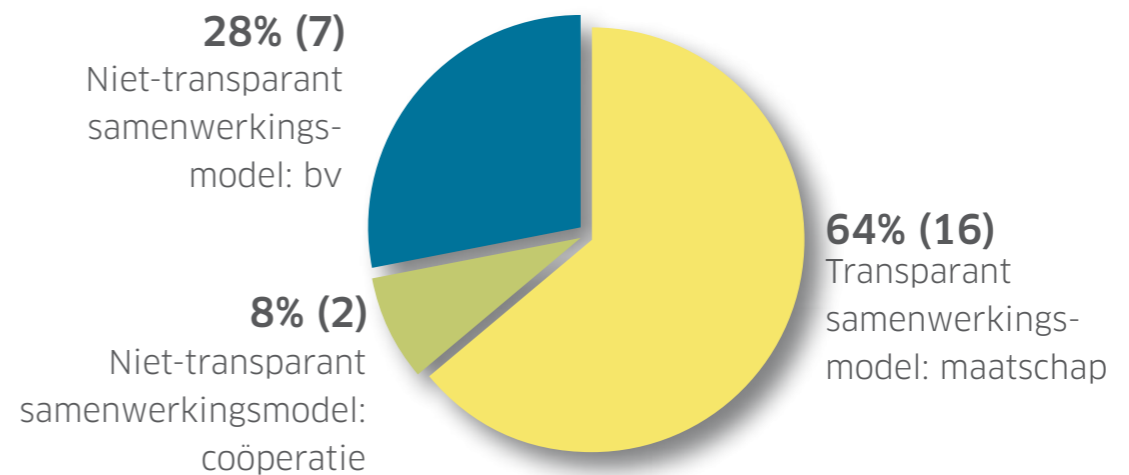
Voor de vakgroepen die in loondienst zijn van het ziekenhuis (16,1%) is er niet veel veranderd bij de invoering van integrale bekostiging. Deze vakgroepen waren ook voor de overgang naar integrale bekostiging in loondienst. Dit betreft in ieder geval de acht UMC's, maar ook twee algemene ziekenhuizen. Ook blijkt uit dit onderzoek dat er geen enkele MKA-chirurgie vakgroep is die naar aanleiding van de invoering van integrale bekostiging de overstap heeft gemaakt naar loondienst.

### Model anno 2016



Verder valt op dat nog een aanzienlijk deel van de vakgroepen (12,5%) aangeeft (nog) geen onderdeel te zijn van een MSB, maar zich ook nog geen TSB kan noemen. Verder onderzoek naar deze vakgroepen wijst uit dat hier doorgaans een wil is om een TSB op te richten, maar dat dit nog niet goed gelukt is, bijvoorbeeld omdat er druk is vanuit het ziekenhuis of het MSB om zich aan te sluiten bij het MSB. Dat is opvallend omdat integrale bekostiging per 2015 is ingevoerd en er blijkbaar voor deze vakgroepen halverwege 2016 nog geen duidelijkheid is.

44,6 % van de vakgroepen in ziekenhuizen heeft bij de invoering van integrale bekostiging een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB) opgericht en is daar ten algemene tevreden over. De TSB's hebben in grote meerderheid gekozen voor het fiscaal transparant samenwerkingsmodel. Dat wil zeggen dat er geen sprake is van een collectieve bv of coöperatie, maar enkel van een maatschapsvorm.



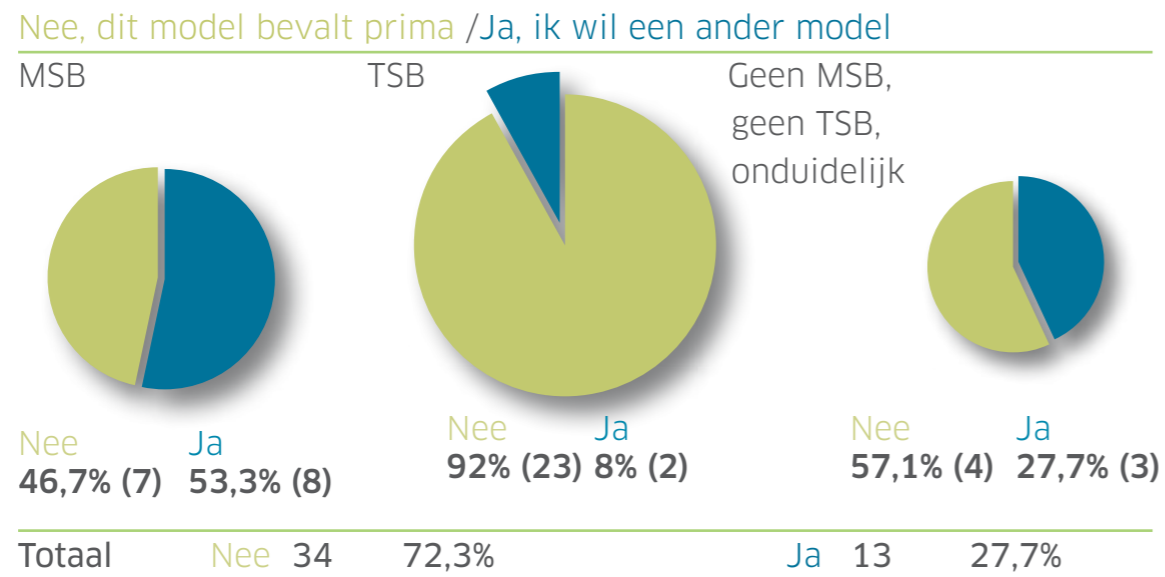
Voor al deze TSB-vakgroepen geldt dat het TSB ook hun voorkeursmodel was en men wil dan ook voorlopig niet van organisatie model veranderen.





Dit in tegenstelling tot de vakgroepen in ziekenhuizen die deel uitmaken van een Medisch Specialistisch Bedrijf (26,8%) waarin ook andere vrijgevestigde medisch specialisten (niet MKA-chirurgen) zijn vertegenwoordigd. Doorgaans was dit voor deze MKA-vakgroepen niet het voorkeursmodel, maar heeft men toch voor een MSB moeten kiezen. Meer dan de helft van deze vakgroepen geeft aan alsnog van organisatiemodel te willen veranderen, doorgaans naar een TSB-model.

### Overweging om van model te veranderen



Een ruime meerderheid van de TSB's geeft aan dat de beleidsinvloed ten opzichte van het ziekenhuis gelijk is gebleven ten opzichte van voor de overgang naar integrale bekostiging. De vakgroepen die deel uitmaken van een MSB vinden echter bij meerderheid dat hun beleidsinvloed op het ziekenhuis is verkleind. Een zelfde lijn is te zien als het gaat over de samenwerking met het ziekenhuisbestuur. Vakgroepen die deel uitmaken van een MSB ervaren vaker dat de samenwerking met het ziekenhuisbestuur slechter is geworden dan TSB's. De vakgroepen van wie de positie nog onduidelijk is ervaren ook in ruime meerderheid een verslechterde samenwerking met het ziekenhuisbestuur. Naar mening van bijna alle vakgroepen is de samenwerking met andere specialismen in het ziekenhuis gelijk gebleven na de invoering van integrale bekostiging.



# Verantwoording



## Opdrachtgever

De opdrachtgever voor dit onderzoek is het Sectiebestuur Tandarts-specialisten van de KNMT. Er is in dit traject samengewerkt met de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie (NVMKA). Tussenresultaten zijn inhoudelijk besproken met de Specialisten Onderhandelingscommissie Kaakchirurgie (SOCK). De SOCK heeft in dit onderzoek ook als klankbord gefungeerd.

Dit onderzoek is uitgevoerd door het projectteam van Zorgmarkten. Medewerkers van de KNMT werkorganisatie zijn ingezet als inhoudelijk klankbord en ter praktische ondersteuning van dit traject.

## Aanpak

Dit onderzoek richt zich op drie pijlers: regulering, organisatie en financiering van de MKA-chirurgie. Er is zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Ten aanzien van de wijzigingen in de regulering is op kwalitatieve wijze in kaart gebracht welke stelselwijzigingen invloed hebben gehad op de positie van de MKA-chirurgie. Ten aanzien van de organisatie en financiering van de MKA-chirurgie is een uitgebreide enquête uitgezet onder alle vakgroepen MKA-chirurgie in Nederland.

## Enquête

De enquête was opgedeeld in drie delen:

- A. Vragen over de vakgroep.
- B. Vragen over de ziekenhuizen.
- C. Vragen over de zelfstandige klinieken.

Onderdeel B en C werden ingevuld afhankelijk van in welk type instellingen en in hoeveel instellingen een vakgroep werkzaam was. Dus een vakgroep die in twee ziekenhuizen werkte en in één zelfstandige kliniek vulde twee keer onderdeel B in (voor elk ziekenhuis een keer) en één keer onderdeel C.

Na aankondiging in de KNMT-nieuwsbrief zijn de enquêtes eind april 2016 uitgestuurd. Om de respons te verhogen zijn meerdere herinneringen verstuurd en zijn alle non-responders telefonisch of via een persoonlijke mail benaderd. De NVMKA heeft een ondersteuningsbericht gestuurd aan al haar leden. Begin juni is de enquête gesloten.

De uitkomsten van deze enquête zijn geanalyseerd door onderzoekers van Zorgmarkten in het programma SPSS. Deze analyses zijn uitgevoerd op de losse onderdelen A, B en C. Waar er sprake was van (te) weinig waarnemingen op een bepaald resultaat en waar deze waarneming mogelijk te herleiden is naar een specifieke instelling, zijn de resultaten niet gerapporteerd. Na afronding van dit onderzoek heeft Zorgmarkten alle herleidbare gegevens verwijderd en is de dataset definitief geanonimiseerd.

### Definitie van 'vakgroep'

In een ziekenhuis of UMC gaat het om een vakgroep of Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB). In een zelfstandige kliniek (kaakchirurgische kliniek of ZBC) om een collectief van kaakchirurgen. Wanneer een MKA-chirurg in een ziekenhuis of zelfstandige kliniek de enige kaakchirurg is, dan is deze MKA-chirurg zelf ook een vakgroep.

Sommige vakgroepen zijn in meerdere ziekenhuizen en/of klinieken actief. De vakgroep die in gelijke samenstelling in meerdere ziekenhuizen of klinieken actief is, vulde één vragenlijst in, niet meerdere. Als de samenstelling van vakgroepen niet gelijk is, beschouwde dit onderzoek deze vakgroepen als verschillend, óók wanneer veel kaakchirurgen uit de ene vakgroep eveneens in de andere vakgroep werken. Elke vakgroep ontving in dat geval een eigen vragenlijst.

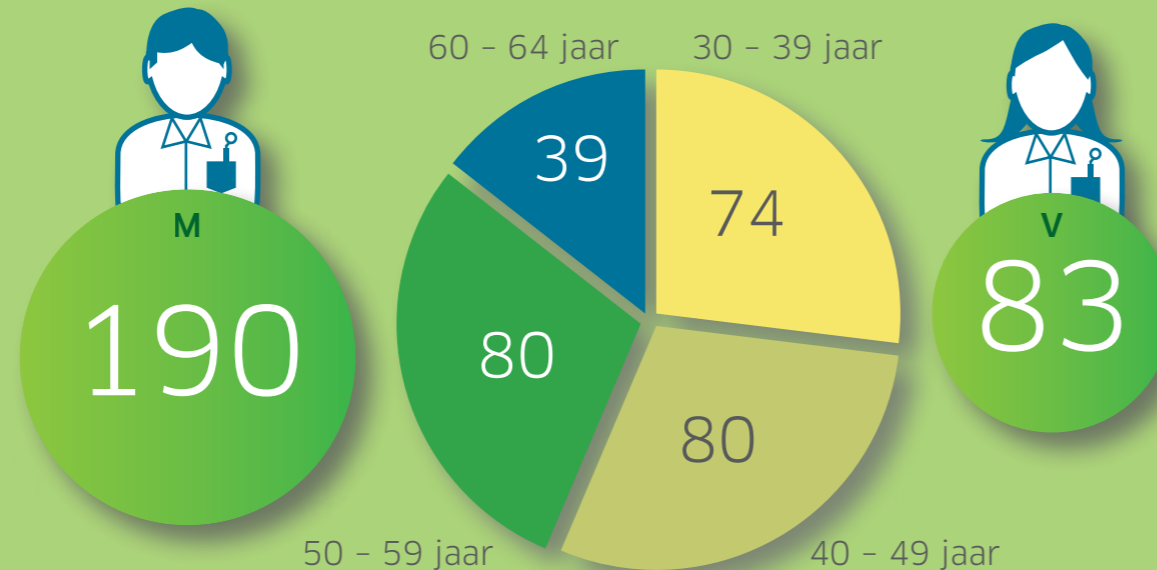


# Over de MKA-chirurgie in Nederland



Er zijn in Nederland 273 MKA-chirurgen geregistreerd van 64 jaar of jonger. Deze MKA-chirurgen werken vanuit een vakgroep in één of meerdere ziekenhuizen en/of zelfstandige klinieken.

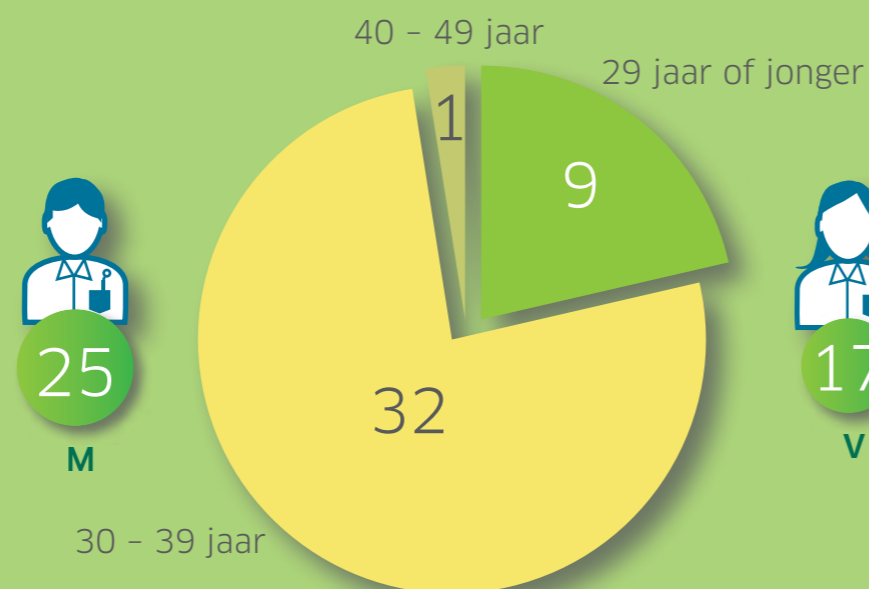
Er zijn in Nederland 67 vakgroepen MKA-chirurgie bekend.



## Opleiding tot MKA-chirurg

Om MKA-chirurg te worden is allereerst een tandarts- en artsdiploma nodig. De volgorde van beide studies maakt niet uit. Na de opleiding tandheelkunde en geneeskunde volgt de vierjarige opleiding tot MKA-chirurg aan één van de acht universiteiten die verbonden zijn aan een Universitair Medisch Centrum (UMC). Daarna kunnen nog diverse vervolgopleidingen volgen.

Verder zijn er 42 MKA-chirurgen in opleiding geregistreerd.



Bron: KNMT, januari 2016



# De regulering van de MKA-chirurgie



1

- a. Bekostiging van ziekenhuizen
- b. Bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten
- c. Bekostiging van MKA-chirurgen

ZORGAANBIEDER



ZORGVERZEKERAAR



MKA-CHIRURG



# De regulering van de MKA-chirurgie



## Veranderingen in bekostiging

De bekostigingsregels voor medisch specialistische zorg (MSZ) zijn de afgelopen jaren dikwijls veranderd. Mede onder invloed van deze veranderingen zijn er ook aanpassingen geweest in de regels voor het bekostigen van chirurgie voor mond, kaak en aangezicht (MKA). Hieronder staan de belangrijkste ontwikkelingen op een rij.

A. Bekostiging van MSZ in ziekenhuizen												
A.	Tot 2005: Functiegerichte Budgettering (FB)	invoering DBC-systematiek en gedeeltelijke prestatiebekostiging					invoering DOT-systematiek en volledige prestatiebekostiging			invoering integrale bekostiging		
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
B. Bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten												
B.	Tot 2005: verrichtingen en lumpsumbekostiging	invoering DBC-systematiek			invoering volledige prestatiebekostiging (op basis van DBC's)		korting honorarium- tarieven medisch specialisten		invoering beheersmodel		invoering integrale bekostiging	
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
C. Bekostiging van MKA-chirurgen												
C.					Tot 2009: bekostiging kaakchirurgische verrichtingen			integrale prestatie MKA-chirurgie (met kosten en honorariumtarief) en opname in DBC-tabellen en regelgeving			korting honorarium- tarieven MKA-chirurgen	invoering integrale bekostiging
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015





## A. Bekostiging van MSZ in ziekenhuizen

### Tot 2005 gold de Functiegerichte Budgettering (FB).

In dit bekostigingssysteem maakten zorgverzekeraars en ziekenhuizen lokaal afspraken over het MSZ-budget. Ze stelden dit jaarbudget vast op basis van een beperkt aantal algemene parameters, zoals aantallen opnames, aantallen verpleegdagen en aantallen polibezoeken.

Ziekenhuizen 'vulden' het budget vervolgens met declaraties van zorg. Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), een voorloper van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), stelde vast welke zorgverrichtingen ziekenhuizen konden declareren en tegen welk tarief. De kostentarieven voor deze 'CTG-verrichtingen' waren opgenomen in een aparte beleidsregel: de Tarieflijst instellingen. De inkomsten uit CTG-verrichtingen konden afwijken van het overeengekomen budget. Dan vond er een verrekening plaats. Het budget was daarbij leidend. Dat wil zeggen: als ziekenhuizen over het hele jaar genomen een hoger bedrag gedeclareerd hadden dan dit budget, dan moesten ze het verschil terugbetalen.

### *En wat betekende dit voor de MKA-chirurgie?*

De kostentarieven van MKA-chirurgische verrichtingen vielen onder de Functiegerichte Budgettering van ziekenhuizen – net als de overige ziekenhuiszorg. De declaraties van deze specifieke verrichtingen 'vulden' dus samen met declaraties van overige ziekenhuiszorg het jaarbudget. Voor de MKA-chirurgie waren er geen specifieke FB-parameters; alleen algemene parameters golden.

Ook van MKA-chirurgische verrichtingen waren de kostentarieven opgenomen in de Tarieflijst instellingen. Bij de tarieven stonden omschrijvingen (coderingen) van die verrichtingen. Deze omschrijvingen waren gebaseerd op de tariefbeschikking voor de MKA-chirurgen (vrije beroepsbeoefenaars). Wanneer er MKA-chirurgie was geleverd werden er dus twee dezelfde losse verrichtingen gedeclareerd; één met een kostentarief en één met een honorariumtarief. Voor sommige verrichtingen was ook nog sprake van een honorariumtarief voor anesthesie.

### In 2005 werden het DBC-systeem en een gedeeltelijke prestatie-bekostiging ingevoerd.

Ziekenhuizen declareerden vanaf 2005 grotendeels per 'diagnosebehandelcombinatie' (DBC) in plaats van per zorgverrichting. Een DBC omvat zowel de diagnostiek als de diverse zorgverrichtingen van de verschillende specialismen die nodig zijn voor een bepaalde behandeling.

Voor een klein deel van de ziekenhuiszorg (het 'B-segment') startte samen met deze DBC-introductie ook de 'prestatiebekostiging'. Dit betekende dat er niet langer een jaarbudget was dat gevuld moest worden; ziekenhuizen kregen hun voltooide B-segment-DBC's (prestaties) bekostigd zonder vooraf vastgesteld budget. Aan deze B-segment DBC's werden bovendien vrije kostentarieven gekoppeld. Dat betekende dat ziekenhuizen en verzekeraars moesten onderhandelen over de declareerbare kosten van DBC's.

Het grootste deel van de ziekenhuiszorg (het 'A-segment') viel echter nog onder het FB-systeem. Hierbij golden wél vastgestelde kostentarieven voor DBC's en was er wél sprake van een budget.

### *En wat betekende dit voor de MKA-chirurgie?*

Ziekenhuizen declareerden nog niet alle zorg als DBC. Niet de MKA-chirurgie bijvoorbeeld. Declaraties voor MKA-chirurgie bleven gebaseerd op verrichtingen. Deze verrichtingen vielen onder het gereguleerde A-segment en dienden dus om het FB-budget te 'vullen'.

Hoewel ziekenhuizen MKA-chirurgie niet declareerden als DBC, werden er wel andere mogelijkheden gezocht om de MKA-chirurgie te laten aansluiten bij de bekostigingsstructuren binnen de MSZ. Zo moesten de kostentarieven en honorariumtarieven op één factuur terecht komen. Zo was er sprake van een integrale prestatie met nog steeds twee gescheiden tarieven.

Dit vereiste dat MKA-chirurgische verrichtingen en de bijbehorende tarieven opgenomen werden in DBC-tabellen en DBC-regelgeving.

Dat gebeurde in 2009.





### In 2012 werden het DOT-systeem en volledige prestatiebekostiging ingevoerd.

'DOT' staat voor 'DBC's Op weg naar Transparantie'. Doel van het nieuwe DOT-systeem was: de bekostiging van DBC's inzichtelijker maken. Ondertussen ging het systeem van prestatiebekostiging voor alle ziekenhuiszorg gelden; niet alleen voor het B-segment. Voor het A-segment, dat tot 2012 onder de Functiegerichte Budgettering viel, kwam nog wel een transitie-model. Ondertussen werd vanaf 2012 ook een groter deel van de kostentarieven vrijgegeven: ruim 70 %.

### En wat betekende dit voor de MKA-chirurgie?

In 2012 kwam er geen verandering voor het declareren van het ziekenhuisdeel van de MKA-chirurgie. Deze chirurgie werd dus nog altijd gedeclareerd op basis van verrichtingen, niet op basis van DBC's. Toch was er wel een andere verandering: de kostentarieven van de MKA-verrichtingen werden nu directe inkomsten voor het ziekenhuis. Het werd voor ziekenhuizen dus belangrijk dat de kostentarieven van de kaakchirurgie voldoende dekkend waren.

A.

## Herijking kostentarieven MKA-chirurgie

De NZa besloot in april 2012 om een nieuw kostprijsmodel voor medisch specialistische zorg vast te stellen. Algemene ziekenhuizen en UMC's werden verplicht om elk jaar kostprijzen aan te leveren. Ze moesten dat voor het eerst vóór 1 juli 2013 doen; het ging toen over de kostprijzen over 2012. De kostprijsinformatie vormde de basis voor de herijking van de kostdelen van tarieven van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten in het gereguleerde segment in 2014. Ook de tarieven voor MKA-chirurgie werden op basis van dit model herijkt in 2014. Dat leverde een aanzienlijke tariefdaling op per 1 januari 2014, waartegen de KNMT een voorlopig bezwaar maakte bij de NZa.

B.

Aangezien de kwaliteit van de kostprijsberekening niet bij alle partijen in orde was, bood de NZa de mogelijkheid om de kostprijzen over 2012 opnieuw aan te leveren; uiterlijk 1 februari 2014. Acht ziekenhuizen maakten van die mogelijkheid gebruik. Op basis van die nieuwe ronde stegen de kostprijzen van MKA-chirurgie. Dit had vooral te maken met de verbeterde toerekening van kosten van verpleging aan de prestaties van MKA-chirurgie. De tariefverhoging ging op 1 juni 2014 van start. Er waren echter nog steeds twijfels over de kwaliteit van de kostprijzen.

C.

Gezien de aanhoudende bezwaren van de KNMT en het gegeven dat slechts een beperkt aantal ziekenhuizen nieuwe kostprijzen had aangeleverd, besloot de NZa in overleg met de KNMT en andere branchepartijen een aanvullend onderzoek te starten naar de kostprijzen van de MKA-chirurgie. Niet alleen de kwaliteit van de kostprijzen werd onder de loep genomen. Ook het toepassen van de halveringsregel kreeg aandacht, evenals het toerekenen van kosten aan verrichtingen die eigenlijk bij de prestaties MKA-chirurgie hoorden, zoals consulten, verpleegdagen en dagverpleging.

Op basis van dit onderzoek konden de kostentarieven van 110 van de 124 kaakchirurgische prestaties worden herijkt. Deze 110 prestaties vertegenwoordigden 99,94 % van de totale productiewaarde van de MKA-chirurgie. De tariefverhoging van de kostdelen werd doorgevoerd in de integrale tarieven van 2015. Daarmee kwam de productiewaarde van de kostentarieven weer in de buurt van het niveau van 2013.





### In 2015 werd de integrale bekostiging ingevoerd.

Concreet betekent dit dat de kostentarieven en honoriumtarieven zijn samengevoegd tot één integraal tarief. Het zelfstandig declaratierecht voor vrijgevestigde medisch specialisten is opgeheven. Alleen instellingen voor medisch specialistische zorg mogen nog DBC's en andere zorgproducten declareren. Binnen ziekenhuizen worden nieuwe organisatiestructuren ontwikkeld om het mogelijk te laten zijn ook per 2015 als vrije beroepsbeoefenaar werkzaam te blijven. Medisch specialisten maken met het ziekenhuis afspraken over vergoeding van geleverde diensten.

[Meer informatie](#) over gevolgen integrale bekostiging voor medisch specialisten.

#### *En wat betekende dit voor de MKA-chirurgie?*

Ook voor MKA-chirurgen verviel het zelfstandig declaratierecht bij de invoering van integrale bekostiging. Nadat er in 2009 al 'integrale prestaties' kwamen, werd er nu ook een integraal tarief geïntroduceerd en was er geen sprake meer van een apart honorariumtarief. MKA-chirurgen moesten, net als vrijgevestigde medisch specialisten, ervoor zorgen dat zij voldoende ondernemend waren om als vrije beroepsbeoefenaar werkzaam te kunnen blijven. In de '[Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg](#)' van december 2014 meldt de NZa het volgende over de MKA-chirurgie: 'De kaakchirurgie neemt in veel ziekenhuizen een eigenstandige positie in. In sommige ziekenhuizen waar een samenwerkingsmodel wordt voorbereid, gaat de kaakchirurgie onderdeel uitmaken van het MSB. In andere ziekenhuizen verenigen de kaakchirurgen zich in een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB). Doorgaans liften deze constructies voor kaakchirurgie binnen ziekenhuizen mee op de afspraken die het ziekenhuisbestuur maakt met het MSB.'

[Meer informatie](#) over gevolgen integrale bekostiging voor MKA-chirurgen.





## B. Bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten

### Tot 2005 was er sprake van betaling per verrichting en lumpsum-bekostiging.

Alle vrijgevestigde medisch specialisten werden tot 1995 betaald per verrichting. Maar dat jaar kwam er een financieringssysteem met een vast budget per specialist: de lumpsumbekostiging. Kenmerkend aan dit lumpsumbudget was dat het mede werd bepaald door FB-parameters. De lumpsumfinanciering – ook wel ‘lokaal initiatief’ genoemd – was aanvankelijk een experiment. Maar toen artsen massaal kozen voor deelname (omdat ze dan ook gevrijwaard waren van tariefkortingen) werd het systeem al snel de standaard.

De overgang naar de lumpsumbekostiging leidde tot een groeiend gat tussen vraag en aanbod. Zodra het maximum van het vastgestelde budget was bereikt, stokte namelijk de productie. Zo kwamen er lange wachtlijsten voor bepaalde vormen van specialistische zorg, zoals operaties, en verslechterde de situatie voor patiënten.

### In 2008 werd prestatiebekostiging ingevoerd (op basis van DBC's).

De lumpsumfinanciering voor specialisten werd afgeschaft. Ervoor in de plaats kwam de volledige prestatiebekostiging voor vrijgevestigde medisch specialisten. De specialismespecifieke uurtarieven werden vervangen door één onderbouwd uurtarief. Ook herijkte de NZa de normtijden van de DBC's en berekende zij nieuwe honorariumtarieven. Deze tarieven duiden sinds 2008 niet langer een maximum aan, maar een bandbreedte. Dat jaar was het uurtarief bijvoorbeeld € 135,50, maar het mocht in onderhandeling met de zorgverzekeraar maximaal € 6 naar boven of naar onder worden aangepast.

### In 2010-2011 werden de honorariumtarieven van medisch specialisten gekort.

Het Budgettair Kader Medisch Specialisten bleek in 2008 en 2009 fors overschreden te zijn. Dat eerste jaar ging het om een overschrijding van

€ 512 miljoen en in 2009 zelfs om € 606 miljoen. De overschrijdingen werden niet teruggehaald. Maar om zulke tegenvallers in het vervolg te voorkomen gaf de minister van VWS de NZa opdracht kortingen door te voeren op de honorariumtarieven. In 2010 voerde de NZa een korting door van € 512, een jaar later één van € 606 miljoen.

Het ging om gedifferentieerde tariefkortingen, gebaseerd op de overschrijdingen per specialisme. De inkomensongelijkheid tussen medisch specialisten werd op die manier intact gelaten. Er volgden diverse rechtszaken van medisch specialisten tegen de kortingen, maar zonder succes. De rechter stelde de NZa telkens in het gelijk.

### In 2012-2014 werd het beheersmodel ingevoerd.

Na de rechtszaken tegen de kortingen besloten de vrijgevestigde medisch specialisten, de ziekenhuizen en de minister een convenant af te sluiten voor de bekostiging van medisch specialisten tussen 2012 en 2014. Zij legden in dat convenant onder meer vast dat de NZa per instelling een ‘honorariumomzetplafond’ zou vaststellen, oftewel: een limiet aan de uitgaven aan vrijgevestigde medisch specialisten. Het bestuur van het ziekenhuis moest vervolgens zelf, samen met de vrijgevestigde medisch specialisten, bepalen hoe de financiële middelen onder die specialisten verdeeld werden. Dit systeem werd het ‘beheersmodel’ genoemd.

In het convenant werd ook vastgelegd dat het beheersmodel in 2015 plaats zou maken voor een systeem van integrale bekostiging. De invoering van het beheersmodel leidde tot het ontstaan van ‘collectieven van vrijgevestigde medisch specialisten’ in ziekenhuizen. Die collectieven maakten afspraken met het bestuur van het ziekenhuis over de verdeling van middelen. Hun honoraria hingen af van deze afspraken – en natuurlijk van hun productie. De collectieven zorgden ook dat de honoraria verdeeld werden onder vrijgevestigde medisch specialisten. Het beheersmodel leidde tot meer inkomensgelijkheid tussen medisch specialisten.

A.

B.

C.





### In 2015 werd de integrale bekostiging ingevoerd.

Sinds 2015 is er sprake van integrale bekostiging. Concreet betekent dit dat de kostentarieven en honoriumtarieven zijn samengevoegd tot één integraal tarief. Het zelfstandig declaratierecht voor vrijgevestigde medisch specialisten is opgeheven. Alleen instellingen voor medisch specialistische zorg mogen vanaf dat moment DBC's en andere zorgproducten declareren. Binnen ziekenhuizen zijn nieuwe organisatiestructuren ontwikkeld om het voor specialisten mogelijk te laten zijn ook vanaf 2015 als vrije beroepsbeoefenaar werkzaam te zijn. Doorgaans zijn de 'collectieven van vrijgevestigde medisch specialisten' omgezet naar een meer formeel organisatorisch verband: het medisch specialistische bedrijf (MSB).

Er zijn sinds 2015 verschillende organisatieverbanden voor medisch specialisten mogelijk. Op hoofdlijnen zijn dat:

- het loondienstmodel: de medisch specialisten zijn in loondienst;
- het transparante samenwerkingsmodel: vrijgevestigde medisch specialisten zijn verenigd in een supermaatschap;
- het niet-transparante samenwerkingsmodel: vrijgevestigde specialisten zijn verenigd in een cooperatie of bv;
- het participatiemodel: specialisten participeren in een ziekenhuis.

Transparant en niet transparant duiden in dit verband op de fiscale structuur van de organisatievorm.

### C. Bekostiging van MKA-chirurgen

#### Tot 2009 stond de bekostiging van MKA-chirurgie nog los van de DBC-systematiek.

Net als vrijgevestigde medisch specialisten vielen de MKA-chirurgen onder de categorie 'vrije beroepsbeoefenaars'. Zowel de medisch specialisten als de MKA-chirurgen kenden eigen tariefbeschikkingen voor de honoraria die zij in rekening brachten. Voor de MKA-chirurgen was dat de 'tariefbeschikking tandartspecialisten mondziekten en kaakchirurgie'. De bekostiging van de MKA-chirurgen vond dan ook plaats op basis van de verrichtingen en honorariatarieven in deze beschikking.

Tot het moment dat er forse stelselveranderingen kwamen, was de bekostiging van MKA-chirurgen stabiel. De eerste grote stelselverandering was de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Aangezien MKA-chirurgie daarin direct aangemerkt werd als verzekerde zorg (net als medisch specialistische zorg) en ook grotendeels in de ziekenhuisomgeving plaatsvond, is MKA-chirurgie sinds de invoering van de ZVW steeds meer gelieerd aan MSZ.

#### In 2009 werd de MKA-chirurgie als verrichting opgenomen in de DBC-systematiek

Ziekenhuizen baseren hun bekostiging sinds 2005 op DBC's. Dit DBC-systeem werd eveneens de basis voor de bekostiging van medisch specialisten. En aangezien ook de MKA-chirurgie doorgaans in ziekenhuizen wordt geleverd, soms in combinatie met andere zorgverlening, lag het voor de hand om ook de MKA-chirurgie onderdeel te maken van de DBC-systematiek. Dit proces zou een aantal jaren gaan duren. Zo kwam er in 2008 op voorstel van VWS en onder coördinatie van DBC-Onderhoud een projectgroep Kaakchirurgie. Die kreeg de opdracht een integraal DBC-bekostigingssysteem te ontwikkelen voor de MKA-chirurgie. Ook MKA-chirurgische honoraria zouden dan in de DBC-tabellen komen te staan. In de projectgroep waren alle relevante





partijen vertegenwoordigd: het Ministerie van VWS, NMT, NFU, NVZ, OMS, ZN, NZa en DBC-Onderhoud.

Uiteindelijk besloot de NZa dat er geen zorgtrajecten zouden komen voor de MKA-chirurgie. Ten eerste omdat dit specialisme zich goed leent voor een bekostiging op basis van verrichtingen (het omvat doorgaans gerichte chirurgische activiteiten zonder een langdurig voor- en na-traject). Ten tweede omdat de verwevenheid met andere medisch specialismen beperkt was.

Wel kwam er voor de kaakchirurgische verrichtingen in 2009 een integraal prestatiesysteem en werden de honorariumtarieven opgenomen in de DBC-tabellen.

Voor de MKA-chirurgische verrichtingen gold daarbij nog steeds een duaal tarief. Anders gezegd: er was een kostentarief voor het ziekenhuis (het bedrag dat het ziekenhuis mocht declareren bij verzekeraars) en een honorariumtarief voor de vrijgevestigde medisch specialisten (het bedrag dat de MKA-chirurg en in voorkomende gevallen de anesthesioloog mocht factureren aan het ziekenhuis).

## Bekostiging mondzorg

Rond 2008 was er ook veel discussie over de bekostiging van de mondzorg, maar de MKA-chirurgie werd hierin al niet meer meegenomen. In 2009 kwam er een NZa-visiedocument uit over de mondzorg ('Bekostigingsstructuur mondzorg'). Daarin stond: 'Dit visiedocument richt zich op de bekostigingsstructuur van de totale markt voor mondzorg, met uitzondering van de zorg die geleverd wordt door kaakchirurgen in instellingen voor medisch specialistische zorg. Voor deze zorg loopt een traject om DBC-achtige producten te ontwikkelen, zodat de kaakchirurgische zorg zo veel mogelijk aansluit bij de bestaande bekostigingssystematiek van instellingen voor medisch specialistische zorg.'

## In 2014 werden de honorariumtarieven van MKA-chirurgen gekort.

Op 25 oktober 2012 vroeg de minister van VWS aan de NZa om voorbereidingen te treffen voor de herijking van het honorariumdeel van de tarieven voor kaakchirurgie. Aanleiding was het politieke Lente-akkoord van 2012, met daarin diverse bezuinigingen en hervormingen. In de voorjaarsnota 2012 staat over die herijking het volgende: 'De kaakchirurgen vallen niet onder de afspraken over uitgavenbeheersing met de medisch specialisten (beheersmodel medisch specialisten en bestuurlijk hoofdlijnenakkoord ziekenhuizen). Daarom is voor deze groep besloten om het honorariumdeel van de te declareren maximumtarieven te laten herijken door de Nederlandse Zorgautoriteit. Hiervoor is per 2014 een taakstellende besparing van € 20 miljoen ingeboekt.'

In de brief van 25 oktober 2012 gaf de minister aan dat de NZa de nieuwe tarieven (waarin de taakstellende besparing zou worden opgenomen) moest baseren op een verdeling van de honorariumomzet kaakchirurgen als onderdeel van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Anders gezegd: er moest een apart Budgettair Kader komen voor de MKA-chirurgie. Dit betekende dat de NZa de korting van € 20 miljoen pas kon doorvoeren nadat zij zou hebben bepaald hoe groot de honorariumomzet van kaakchirurgie was. Tot op dat moment was deze omzet een niet-geoormerkt onderdeel van het Budgettair Kader Mondzorg.

De NZa liet dan ook allereerst een onderzoek uitvoeren om de honorariumomzet van MKA-chirurgen, de productieaantallen en het aantal fte MKA-chirurgen in kaart te brengen. Uit het onderzoeksrapport van consultancybureau Sira bleek dat kaakchirurgen in 2011 met ZVW-zorg een honorariumomzet hadden behaald van € 98.212.700. In dat jaar waren er 230 fte aan kaakchirurgen. De gemiddelde honorariumomzet aan ZVW-zorg per kaakchirurg-fte lag daarmee op € 427.011.





Naar aanleiding van het Sira-onderzoek informeerde de minister de Tweede Kamer over haar plannen om de MKA-chirurgische honoraria te korten. Zij schreef:

‘Bij de tariefsherijking zal voor de gemiddelde honorariumomzet van kaakchirurgen worden aangesloten bij die van medisch specialisten. Onder het huidige beheersmodel medisch specialisten bedraagt de gemiddelde honorariumomzet € 270.000. Het gelijkstellen van de gemiddelde honorariumomzet van kaakchirurgen aan die van medisch specialisten resulteert in een structurele korting van de honorariumomzet van kaakchirurgen van € 38 miljoen, in plaats van de eerder ingeboekte € 20 miljoen.

Op basis van de inzichten uit het NZa-onderzoek bedraagt de structurele korting op de honorariumtarieven van kaakchirurgen € 38 miljoen. Gezien onder meer de beperkte voorbereidingstijd voor de beroepsgroep wil ik de NZa de ruimte geven deze korting in twee stappen door te voeren. Dat betekent een korting van € 20 miljoen in 2014 op het Budgettaire Kader voor de kaakchirurgen (het oorspronkelijke voorname) en een structurele korting van € 38 miljoen vanaf 2015.’

Op 12 juli 2013 gaf de minister de NZa de definitieve opdracht om de korting in de honorariumtarieven door te voeren per 2014. Het Budgettaire Kader voor de kaakchirurgie werd vastgesteld op € 84 miljoen euro. Hierbij werd rekening gehouden met een toegekende groeiruimte.

In 2014 gaf de minister de NZa de opdracht om de aangekondigde korting in 2015 door te voeren. Het honorariumbudget MKA-chirurgie werd voor 2015 vastgesteld op € 68 miljoen (inbegrepen index + groei).

### In 2015 werd de integrale bekostiging ingevoerd.

De MKA-chirurgie neemt vanouds een zelfstandig onafhankelijke positie in. De MKA-chirurgen maakten ook geen onderdeel uit van de ‘collectieven van vrijgevestigde specialisten’ die ten behoeve van het beheersmodel waren opgericht. In sommige ziekenhuizen ging de MKA-chirurgie onderdeel uitmaken van het MSB. In andere ziekenhuizen richtten de MKA-chirurgen een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB). Naast de unieke historische achtergrond van de MKA-chirurgie waren er ook andere redenen om een eigen TSB te starten. Zo hebben MKA-chirurgen vaker dan medisch specialisten al eigen personeel en eigen apparatuur. Ook zijn MKA-chirurgen vaker werkzaam in meerdere ziekenhuizen. Als ze zouden kiezen voor een MSB-constructie, zoals veel medisch specialisten, dan zouden ze deel moeten uitmaken van meerdere MSB’s. Dat zou onnodig complex worden.

## Budgettaire Kaders samengevoegd

Sinds 2015 is er sprake van één Budgettaire Kader Medisch Specialistische Zorg. Dit is een samenvoeging van de volgende drie Budgettaire Kaders Zorg (BKZ) tot één integraal kader medisch specialistische zorg:

- BKZ voor instellingen voor medisch specialistische zorg
- BKZ voor vrijgevestigde medisch specialisten.
- BKZ voor MKA-chirurgie.

Integraal kader medisch specialistische zorg 2015: € 20.354 mln.

Integraal kader medisch specialistische zorg 2016: € 21.146 mln.

A.

B.

C.





## Aanpassingen in prestaties MKA-chirurgie per 2015

In de afgelopen jaren is de prestatiestructuur aangepast. De volgende wijzigingen zijn doorgevoerd in de prestaties MKA-chirurgie per 2015:

### Nieuwe productgroepen

De verrichtingen waren tot en met 2014 ingedeeld in vijf categorieën:

- A. Consultatie.
- B. Verrichtingen.
- C. Diagnostische en niet-operatieve ingrepen.
- D. Kostenvergoedingen.
- E. Inlichtingen en rapporten.



In 2015 gingen deze categorieën op in negen medisch inhoudelijke productgroepen:

1. Consultatie
2. Diagnostiek en niet-chirurgische prestaties
3. Dentoalveolaire chirurgie
4. Kaakgewrichtspathologie
5. Preprothetische chirurgie
6. Traumatologie
7. Oncologie/reconstructie
8. Chirurgie
9. Kostenvergoedingen

### Afschaffing ANW-toeslagen

De toeslagen van 50 of 100 % voor avond-, nacht- en/of weekenddiensten (ANW) werden tot en met 2014 berekend op basis van het honorariumtarief van de MKA-chirurg. Omdat er per 2015 geen sprake meer zou zijn van aparte honorariumtarieven werd besloten deze toeslagen af te schaffen. Dit deel van het tarief werd opgenomen in het integrale tarief. Het precieze 'toeslagbedrag' dat bij iedere MKA-prestatie werd opgenomen, werd berekend op basis van de mate waarin die toeslag landelijk gezien gemiddeld voorkwam.

### Afschaffing assistente-toeslag

Ook de toeslag voor assistentie (25 % bovenop het honorarium) werd per 2015 afgeschaft. Deze toeslag kwam niet gelijkmatig voor bij alle instellingen die MKA-chirurgie aanboden. Daarom werd besloten om er één nieuwe prestatie van te maken, met een maximumtarief.





### Afschaffing honorariumtarief voor de anesthesioloog

Als er een anesthesioloog betrokken was bij de behandeling, mocht daarvoor tot en met 2014 het honorariumtarief in rekening worden gebracht. In 2015 werd dit honorariumtarief opgenomen in het integrale tarief. De basis hiervoor was het oorspronkelijke honorariumtarief, vermenigvuldigd met de mate waarin het honorarium landelijk gezien gemiddeld voorkwam per MKA-prestatie.

### Nieuwe prestaties voor MKA-verrichtingen

Als er in één zitting meerdere MKA- verrichtingen werden uitgevoerd, werd tot en met 2014 de MKA-ingreep en/of -verrichting met de hoogste puntwaarde volledig gedeclareerd. Elke daaropvolgende MKA-ingreep en/of -verrichting werd voor de helft van het tarief gedeclareerd (zowel qua kosten als qua honoraria). Die gang van zaken vertroebelde de productiecijfers en kwam de transparantie niet ten goede. Daarom werd besloten om deze declaratieregel af te schaffen en voor 21 MKA-verrichtingen nieuwe prestaties aan te maken. Die 21 prestaties dienden vastgelegd te worden wanneer het een tweede of volgende behandeling betrof in één zitting.

Voor alle overige prestaties gold vanaf 2015 dat, indien er sprake was van een gecombineerde behandeling, elke MKA-verrichting volledig in rekening mocht worden gebracht. Daarvoor corrigeerde de NZa de tarieven.

### Aanpassingen in prestaties MKA-chirurgie per 2017

De NZa heeft besloten dat de declaratiebepaling voor gecombineerde kaakchirurgische verrichtingen vanaf 2017 niet meer geldt.

De NZa wil daarmee de MKA-prestaties met de omschrijving 'uitgevoerd als verrichting met lagere puntwaarde' laten vervallen. Datzelfde geldt voor de tabel met puntwaarden. Vanaf 2017 kunnen alle MKA-verrichtingen dus als een reguliere prestatie worden gedeclareerd en maakt het voor die declaratie niet meer uit of deze zorg in één of meerdere sessies wordt geleverd. Met deze aanpassing is de laatste doorontwikkeling van de MKA-prestaties een feit en kan ook rond deze prestaties rust gecreëerd worden na jaren van diverse aanpassingen.

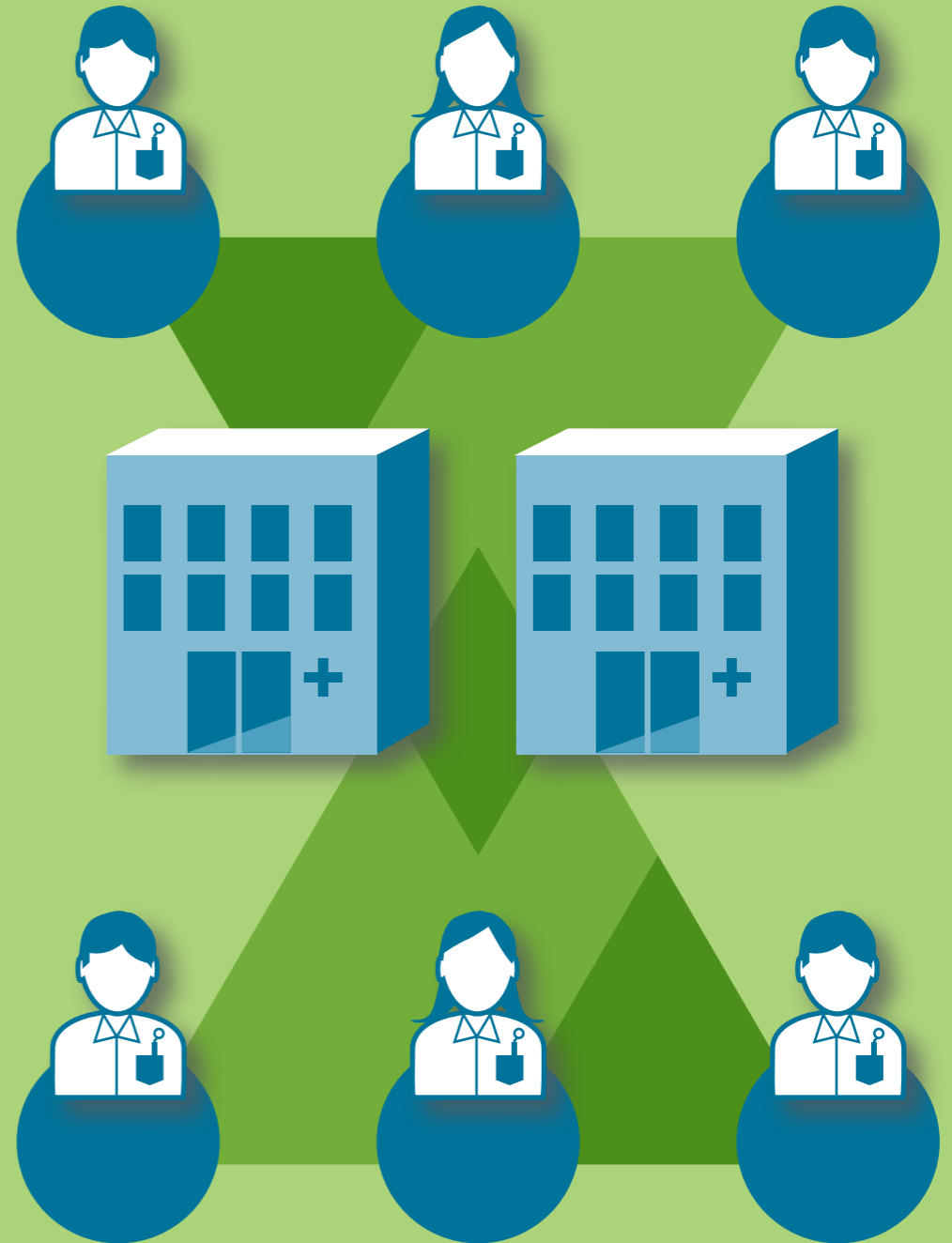


# De organisatie van de MKA-chirurgie



2

- a. Algemeen
- b. Binnen ziekenhuizen
- c. Binnen zelfstandige klinieken





## Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de enquête beschreven ten aanzien van de organisatie van de MKA-chirurgie in Nederland. De enquête was opgedeeld in drie delen:

- A. Vragen over de vakgroep.
- B. Vragen over de ziekenhuizen.
- C. Vragen over de zelfstandige klinieken.

Onderdeel B en C werden ingevuld afhankelijk van in welk type instellingen en in hoeveel instellingen een vakgroep werkzaam was. Dus een vakgroep die in twee ziekenhuizen werkte en in één zelfstandige kliniek vulde twee keer onderdeel B in (voor elk ziekenhuis een keer) en één keer onderdeel C.

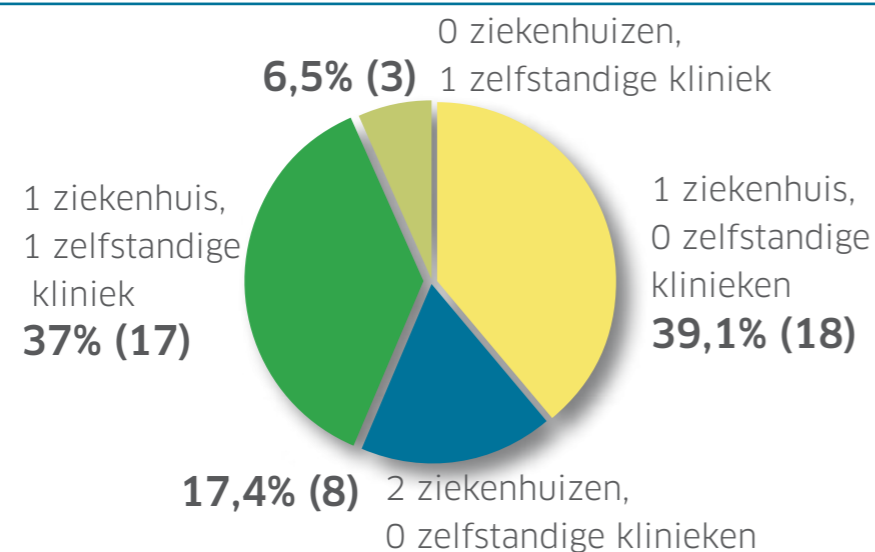
### A. Algemeen

#### Deelnamegraad vakgroepen

46 van de 67 vakgroepen hebben deelgenomen aan onderzoek.

Meegedaan aan onderzoek	Aantal	Percentage
Ja	46	68,7 %
Nee	21	31,3 %
<b>Totaal</b>	<b>67</b>	<b>100 %</b>

In de grafiek is weergegeven in welke (combinaties van) instellingen deze vakgroepen werkzaam zijn.



#### Werkzaam in verschillende vakgroepen

De 46 vakgroepen hebben gerapporteerd dat er 213 MKA-chirurgen in werkzaam zijn. Bij 69 van de 213 MKA-chirurgen is aangegeven dat zij ook werkzaam zijn in een andere vakgroep. De onderzoekers hebben geen aanwijzingen dat er MKA-chirurgen zijn die onderdeel uitmaken van meer dan twee verschillende vakgroepen.

Aantal MKA-chirurgen in 46 vakgroepen	Aantal keren dat voor een chirurg werd aangegeven dat hij/zij ook in een andere vakgroep actief is	Aantal MKA-chirurgen dat in één vakgroep actief is
213	69	144

Dat bij 69 chirurgen is aangegeven dat zij eveneens actief zijn in een andere vakgroep, betekent dat het hier niet om 69 chirurgen gaat, maar om de helft daarvan: 34, naar beneden afgerond.

144 MKA-chirurgen zijn in één vakgroep actief. In totaal vertegenwoordigen deze 46 vakgroepen dus 178 MKA-chirurgen. Van deze 178 kaakchirurgen zijn er 34 actief in meer dan één vakgroep. Dat is ongeveer een vijfde deel.





## MKA-chirurgen in loondienst/ingehuurd

Op de vraag ‘Heeft u als vakgroep ook zelf MKA-chirurgen in loondienst/ingehuurd?’ antwoorden 27 vakgroepen van de 46 vakgroepen ‘ja’.

	Aantal vakgroepen	Percentage van totaal aantal vakgroepen	Aantal MKA-chirurgen
Ja	27	58,7 %	34*
Nee	19	41,3 %	-

Daarbij wordt door de onderzoekers opgemerkt dat het regelmatig voorkomt dat een MKA-chirurg uit een vakgroep ook voor één of meerdere dagdelen bij een andere vakgroep in loondienst is of door hen wordt ingehuurd.

Het zou eveneens kunnen dat een MKA-chirurg bij meerdere vakgroepen in loondienst is/wordt ingehuurd, alhoewel daar niet over is gerapporteerd. In dat laatste geval kan hier een dubbeltelling in zitten. Gemiddeld huren deze 27 vakgroepen 1,8 MKA-chirurg in voor gemiddeld 7,3 dagdelen.

### Analyse over 27 vakgroepen met MKA-chirurgen in loondienst / inhuur

	Aantal
Gemiddeld aantal MKA-chirurgen	1,8
Gemiddeld aantal dagdelen	7,3
Gemiddeld aantal dagdelen per MKA-chirurg (schatting)	4,1

## Patiëntenzorg

Voor dit onderzoek is een werkweek onderverdeeld in tien dagdelen. Iedere werkdag bevat in principe twee dagdelen: ochtend en middag. Alleen officiële avondpoli's kunnen in dit onderzoek ook meetellen als dagdeel. Avond-, nacht- of weekenddiensten worden niet meegerekend. Voor dit onderzoek gaan we uit van een maximale inzet van tien werkzame dagdelen per kaakchirurg.

Vakgroepen die in meerdere instellingen actief zijn, vulden hier de totale inzet van de kaakchirurgen in, ongeacht in welke instelling deze wordt uitgevoerd. Wanneer een individuele MKA-chirurg ook in een andere vakgroep werkzaam is, diende dit aangegeven te worden. Deze inzet (buiten deze vakgroep) werd niet opgenomen bij het aantal werkzame dagdelen.

Alle 46 vakgroepen hebben per MKA-chirurg ingevuld hoeveel dagdelen elke MKA-chirurg besteedt aan ‘directe en indirecte patiëntenzorg’ en aan ‘geen patiëntenzorg’.

### Wat valt onder ‘directe en indirecte patiëntenzorg’?

Het gaat in dit onderzoek in eerste instantie om de tijd die een kaakchirurg per week beschikbaar is voor het verlenen van directe en indirecte patiëntenzorg volgens de tariefbeschikking van de NZa. Oftewel: voor het leveren van kaakchirurgische prestaties.

### Wat valt onder ‘geen patiëntenzorg’?

De tijd die wordt besteed aan andere zaken dan de zorg voor een specifieke patiënt, zoals onderzoek, onderwijs en opleiding. Ook managementtaken vallen onder deze categorie. De werkzame dagdelen per week (niet zijnde directe en indirecte patiëntenzorg) moesten in de daarvoor bestemde kolom opgenomen worden.





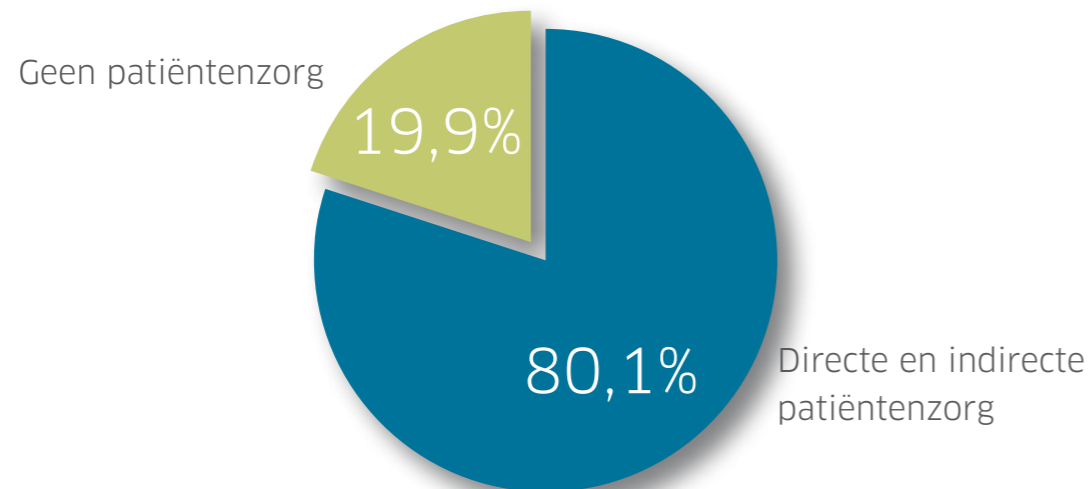
### Voorbeeld

Een MKA-chirurg levert voor de vakgroep directe en indirecte patiëntenzorg. Hij doet dat op maandag (de gehele dag), woensdag (de ochtend) en vrijdag (de middag). Dit is een aantal dagdelen van maandag = 2, woensdagmorgen = 1 en vrijdagmiddag = 1. Het totaal aantal werkzame dagdelen per week aan directe en indirecte patiëntenzorg van de betreffende kaakchirurg is (2+1+1 =) 4.

Op woensdagmiddag vervult de kaakchirurg managementtaken en donderdag geeft de kaakchirurg de gehele dag opleiding. Dit is een aantal dagdelen van woensdagmiddag = 1 en donderdag = 2. Het totaal aantal werkzame dagdelen per week, niet zijnde directe en indirecte patiëntenzorg, is (1+2 =) 3.

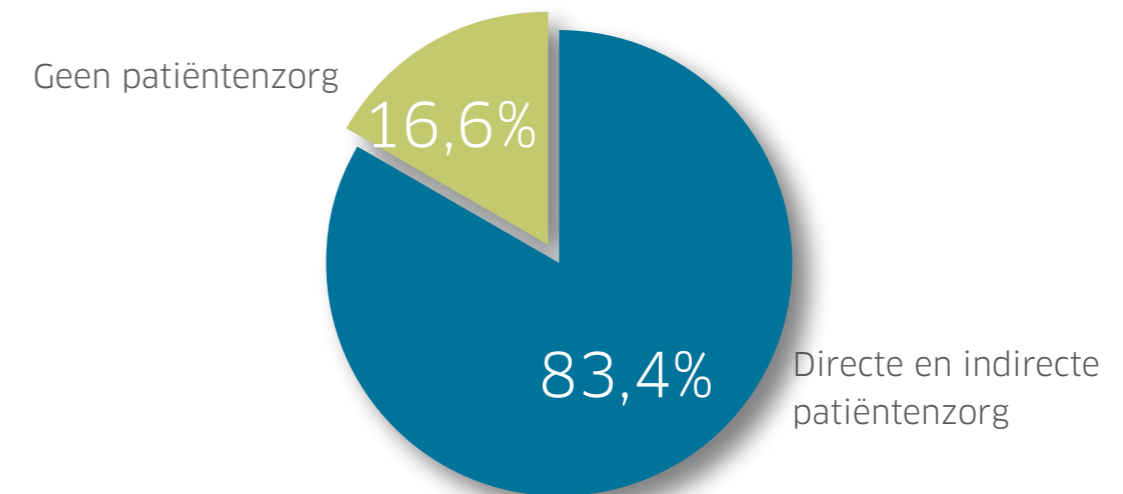
Hieronder staat hoeveel dagdelen de 46 vakgroepen gemiddeld besteden aan 'directe en indirecte patiëntenzorg' en aan 'geen patiëntenzorg'.

### Totaal over alle vakgroepen

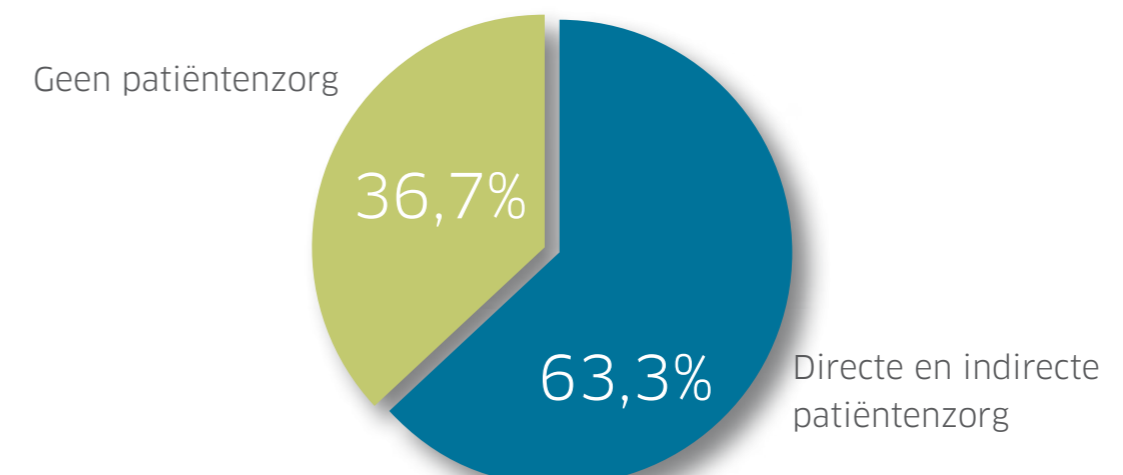


Er is een significant verschil tussen algemene en academische ziekenhuizen.

### Algemeen ziekenhuis



### Academisch ziekenhuis



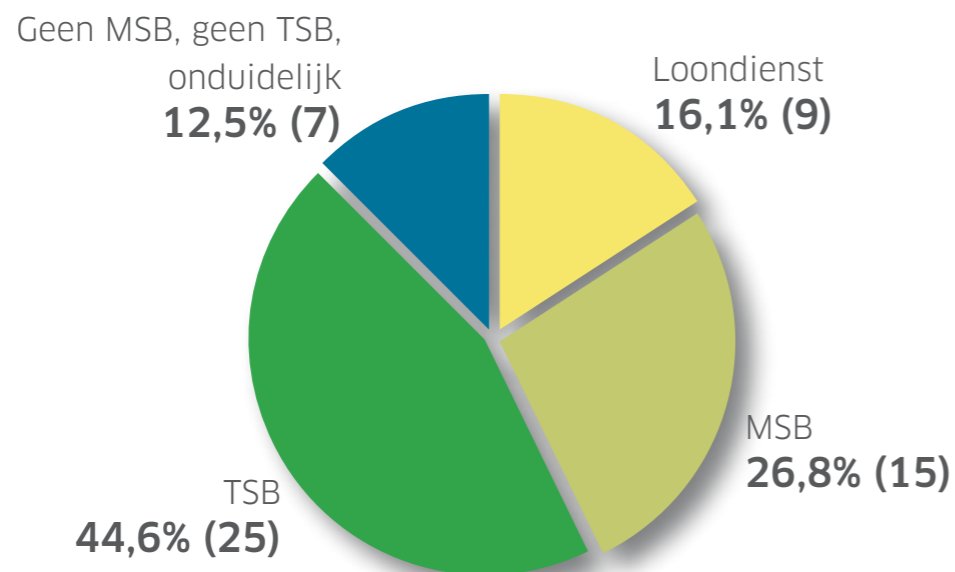


## B. Binnen ziekenhuizen

Hieronder is weergegeven hoe de vakgroepen MKA-chirurgie binnen ziekenhuizen zijn georganiseerd. In 16 % van de ziekenhuizen zijn de vakgroepen in loondienst. Aan de enquête hebben negen ziekenhuizen meegedaan waar vakgroepen MKA-chirurgie in loondienst zijn. Zeven hiervan betreft een UMC.

26,8 % van de vakgroepen maakt deel uit van een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) waarin ook andere vrijgevestigde medisch specialisten (niet MKA-chirurgen) zijn vertegenwoordigd. 44,6 % van de vakgroepen heeft een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf opgericht. 12,5 % van de vakgroepen geeft aan (nog) geen onderdeel te zijn van een MSB, maar noemt zich geen TSB. Telefonische consultatie van deze vakgroepen wijst uit dat hier doorgaans een wil is om een TSB op te richten, maar dat dit nog niet goed gelukt is. Ook is er soms druk vanuit het ziekenhuis of een MSB om zich bij dat MSB aan te sluiten. Voor deze vakgroepen is een aparte categorie opgenomen in onderstaande tabel.

### Model anno 2016



In de negen deelnemende ziekenhuizen waar de MKA-chirurgen in loondienst zijn, waren ze dit ook al in de periode tot 2015. In alle andere ziekenhuizen waren vakgroepen tot en met 2015 ook al vrijgevestigd. Dat betekent dat geen enkele vakgroep de overstap heeft gemaakt naar loondienst bij de invoering van integrale bekostiging. Voor de 25 TSB's geldt dat dit ook het voorkeursmodel was van de MKA-vakgroepen. Voor de MSB's gaat een ander verhaal op. 12 van de 15 MKA-vakgroepen die deel uitmaken van een MSB geeft aan dat dit niet het model van voorkeur was. Hun model van voorkeur was in bijna alle gevallen een eigen TSB.

Daadwerkelijke model in 2016	'Dit is ons model van voorkeur'	'Dit is niet ons model van voorkeur'	Totaal
Loondienst	9	0	9
MSB	3	12	15
TSB	25	0	25
Geen MSB, geen TSB, onduidelijk	4	3	7
<b>Totaal</b>	<b>41</b>	<b>15</b>	<b>56</b>

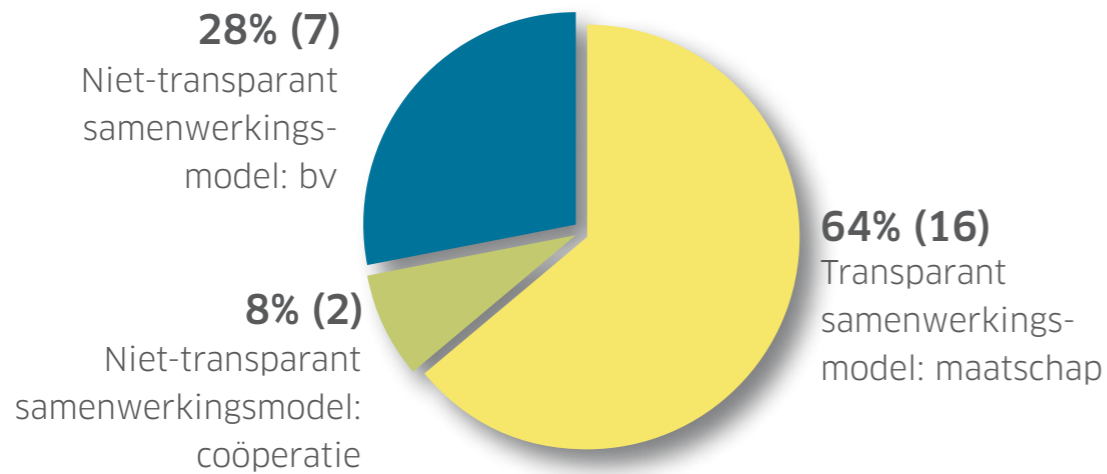
Daadwerkelijke model in 2016	'Ons model van voorkeur is een TSB'	'Ons model van voorkeur is een zelfstandige kliniek'	Totaal
MSB	11	1	12
Geen MSB, geen TSB, onduidelijk	2	1	3
<b>Totaal</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>15</b>





### Tandheelkundig Specialistische Bedrijven

De TSB's hebben in grote meerderheid gekozen voor het fiscaal transparant samenwerkingsmodel. Dat wil zeggen dat er geen sprake is van een collectieve bv of coöperatie, maar enkel van een maatschapsvorm.



TSB's lijken niet veel beïnvloed door de rechtsvorm van het MSB. In de helft van de situaties is de rechtsvorm van het MSB en TSB in een ziekenhuis gelijk (11 van de 22 ziekenhuizen). In drie ziekenhuizen waar sprake is van een TSB, zijn de andere medisch specialisten in loondienst.

Rechtsvorm TSB	Rechtsvorm MSB / ziekenhuis				Totaal
	Loondienst	Maatschap	Coöperatie	Bv	
Maatschap	1	9	5	1	16
Coöperatie	0	0	2	0	2
Bv	2	1	3	1	7

Ten behoeve van het borgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg heeft een aantal ziekenhuizen instemmingsverklaringen gevraagd aan de in het ziekenhuis werkzame specialisten. MKA-chirurgen in 42,9 % van de vakgroepen hebben een dergelijke individuele verklaring getekend.

Model 2016	Wel getekend	Niet getekend	Totaal
Loondienst	0	9	9
MSB	5	10	15
TSB	16	9	25
Geen MSB, geen TSB, onduidelijk	3	4	7
<b>Totaal</b>			<b>56</b>

In geen van de ziekenhuizen onderhandelt de vakgroep MKA-chirurgie zelf met de zorgverzekeraar. 39,3 % geeft aan wel betrokken te zijn bij deze onderhandeling. TSB's worden vaker bij de onderhandeling betrokken dan MKA-vakgroepen die onderdeel zijn van het MSB. Dit valt te verklaren: het MSB participeert doorgaans als collectief in een onderhandeling.

Model 2016	Wel betrokken	Totaal niet betrokken	Percentage wel betrokken
Loondienst	4	5	44,4 %
MSB	3	12	20 %
TSB	13	12	52 %
Geen MSB, geen TSB, onduidelijk	2	5	28,6 %
<b>Totaal</b>	<b>22</b>	<b>34</b>	<b>39,3 %</b>





De vakgroepen die betrokken zijn, zijn vooral betrokken bij de overall afspraken en maar in beperkte mate bij de prijslijsten.

Aantal betrokken per model	Betrokken bij overall afspraken	Betrokken bij prijslijsten	Betrokken bij productievolume
Loondienst (4)	1	2	2
MSB (3)	3	0	2
TSB (13)	9	2	5
Geen MSB, geen TSB, onduidelijk (2)	0	0	2
<b>Totaal (22)</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>11</b>

Elk ziekenhuis moet jaarlijks aan de NZa kostprijzen aanleveren van de zorgproducten in het gereguleerde segment. Dit betreft ook de Overige Zorgproducten MKA-chirurgie. 26,8 % van de vakgroepen geeft aan hierbij betrokken te zijn, hoofdzakelijk in een controlerende rol.

Model	Totaal betrokken	Initiërende /actieve rol	Contro-lerende rol	Anders
Loondienst	4 (44,4 %)	1	2	1
MSB	1 (6,7 %)	0	1	0
TSB	8 (32 %)	2	6	0
Geen MSB, geen TSB, onduidelijk	2 (28,6 %)	0	2	0
<b>Totaal</b>	<b>15 (26,8 %)</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>1</b>

In 28,6 % van de ziekenhuizen zijn AIOS actief. Dit betreft in ieder geval alle academische ziekenhuizen, maar in mindere mate ook de algemene ziekenhuizen. In een academisch ziekenhuis zijn dit gemiddeld 7,3 AIOS en in een algemeen ziekenhuis 1,3.

AIOS	Ja	Gemiddeld aantal per ziekenhuis	Nee	Totaal
Type ziekenhuis				
Algemeen ziekenhuis	9	1,3	40	49
Academisch ziekenhuis	7	7,4	0	7
<b>Totaal</b>	<b>16</b>		<b>40</b>	<b>56</b>





### C. Binnen zelfstandige klinieken

Van de 46 deelnemende vakgroepen waren er twintig (ook) werkzaam in een zelfstandige kliniek. Deze twintig zelfstandige klinieken zijn als volgt te categoriseren:

Zorg in zelfstandige kliniek	Aantal	%
Kliniek levert alleen kaakchirurgie	8	40 %
Kliniek levert ook andere vormen van medisch specialistische zorg	4	20 %
Kliniek levert ook andere vormen van tandheelkundige zorg	8	40 %
<b>Totaal</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

De zelfstandige klinieken hebben de volgende toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Toelating WTZi	Instelling voor mondzorg	Instelling voor MSZ	Totaal
Kliniek levert alleen kaakchirurgie	1	7	8
Kliniek levert ook andere vormen van medisch specialistische zorg	0	4	4
Kliniek levert ook andere vormen van tandheelkundige zorg	6	2	8
<b>Totaal</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	

#### Toelichting Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

Zorginstellingen hebben een WTZi-toelating nodig als zij zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz) voor vergoeding in aanmerking komt.

#### Instellingen voor medisch specialistische zorg

Niet elke instelling mag te allen tijde medisch specialistische zorg leveren die valt onder de basisverzekering. Dat mag een instelling alleen als zij een WTZi-toelating heeft als 'instelling voor medisch specialistische zorg'. Ze moet die toelating zélf aanvragen bij het CIBG (onderdeel van het ministerie van VWS).

#### Instellingen voor kaakchirurgische zorg

Wat voor bovengenoemde instellingen voor medisch specialistische zorg geldt, geldt ook voor instellingen die kaakchirurgische zorg leveren die valt onder de basisverzekering.

#### Instelling voor mondzorg

Instellingen die mondzorg leveren hoeven geen aanvraag te doen voor een toelating bij het CIBG, maar zijn automatisch - van rechtswege - toegelaten.



# De financiering van de MKA-chirurgie



3

- a. Binnen ziekenhuizen
- b. Binnen zelfstandige klinieken





## Inleiding

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de enquête beschreven ten aanzien van de financiering van de MKA-chirurgie. Wat betreft de financiering van de MKA-chirurgie waren de vragen onderverdeeld in:

A. Financiering MKA-chirurgie binnen ziekenhuizen

B. De financiering van MKA-chirurgie binnen zelfstandige klinieken

Deze onderdelen zijn ingevuld door de 46 deelnemende vakgroepen afhankelijk van in welk type instellingen en in hoeveel instellingen een vakgroep werkzaam was. Dus een vakgroep die in twee ziekenhuizen werkte en in één zelfstandige kliniek vulde twee keer onderdeel A in (voor elk ziekenhuis een keer) en één keer onderdeel B.

## A. Financiering MKA-chirurgie binnen ziekenhuizen

### Inkomsten

Ook in de jaren tot en met 2014, voorafgaand aan de invoering van integrale bekostiging, werden de kaakchirurgische verrichtingen in de meeste situaties gedeclareerd door het ziekenhuis (zowel het kostentarieff als het honorariumtarief).

Declaratie kaakchirurgische verrichtingen t/m 2014	Aantal	%
Het ziekenhuis declareerde zowel het kostentarieff als honorariumtarief	48	85,7 %
De vakgroep declareerde zowel het kostentarieff als het honorariumtarief	5	8,9 %
Het ziekenhuis declareerde het kostentarieff en de vakgroep declareerde het honorariumtarief	3	5,4 %
<b>Totaal</b>	<b>56</b>	<b>100 %</b>

Vakgroepen in ziekenhuizen maken vanaf 2015 financiële afspraken met het ziekenhuisbestuur. De meest gemaakte afspraak in 2016 is de PxQ-afpraak met omzetplafond (57,1%).

Afspraak met ziekenhuis	Ja	%	Nee	%
P x Q met plafond	32	57,1 %	24	42,9 %
P x Q zonder plafond	13	23,2 %	43	76,8 %
Lumpsum	8	14,3 %	48	85,7 %
Anders	7	12,5 %	49	87,5 %

De meeste - namelijk 47 - MKA-vakgroepen in ziekenhuizen leveren ook zorg die niet onder de basisverzekering valt (83,9%). Gemiddeld is 7,4% van de zorg geleverd door deze vakgroepen onverzekerde zorg. Voor academische ziekenhuizen ligt dit gemiddelde percentage overigens hoger (9,9%) en voor algemene ziekenhuizen lager (5,7%).

Wel/geen onverzekerde zorg	Aantal	%
Wel	47	83,9 %
Geen	9	16,1 %

Van de 47 vakgroepen die naast verzekerde ook onverzekerde zorg levert, heeft 34% voor deze onverzekerde zorg nog geen financiële afspraken gemaakt met het ziekenhuis. 53,2% geeft aan voor onverzekerde zorg een PxQ-afpraak te hebben gemaakt zonder plafond.

Afspraak met ziekenhuis	Aantal vakgroepen
PxQ met plafond	1 2,1 %
PxQ zonder plafond	25 53,2 %
Lumpsum + volume zonder doorleverplicht	1 2,1 %
Lumpsum met doorleverplicht	- 0 %
Hierover zijn geen afspraken gemaakt	16 34 %
Anders	4 8,5 %
<b>Totaal</b>	<b>47</b>

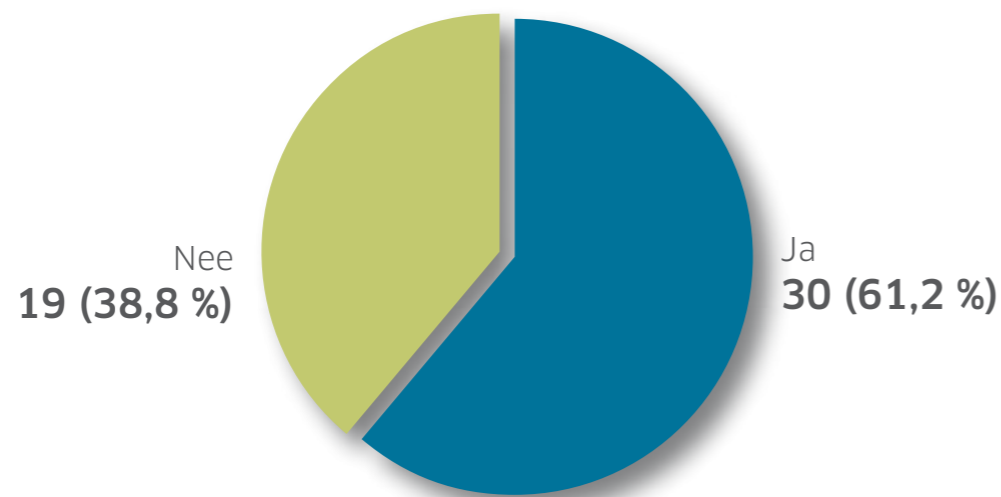




## Uitgaven

Van de vakgroepen in ziekenhuizen betaalt 61,2% voor het zorgverlenende werk van niet-kaakchirurgen in ziekenhuizen. Het gaat dan om eigen medewerkers en/of medewerkers die formeel onder contract staan bij het ziekenhuis. In deze analyse zijn de zeven deelnemende academische ziekenhuizen buiten beschouwing gelaten.

### Betaalt u zelf voor medewerkers?



Van de medewerkers die betaald worden door vakgroepen en geen kaakchirurg zijn, is 76,7% administratief medewerker en 50% mondhygiënist.

Type medewerker	Aantal	%
Tandartsen	7	23,3 %
Artsen niet in opleiding tot kaakchirurg (ANIOS)	5	16,7 %
Doktersassistenten/tandartsassistenten	7	23,3 %
Mondhygiënisten	15	50 %
Administratief medewerkers	23	76,7 %
Overige medewerkers	4	13,3 %

MKA-chirurgen in een Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf (TSB) betalen relatief vaker medewerkers dan MKA-chirurgen die onderdeel uitmaken van een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). In deze analyse zijn de negen ziekenhuizen waar kaakchirurgen in loondienst zijn buiten beschouwing gelaten.

Betaalt u zelf voor medewerkers?	Ja	%	Nee	%	Totaal
MSB	8	53,3 %	7	46,7 %	15
TSB	18	72 %	7	28 %	25
Geen MSB, geen TSB, onduidelijk	4	57,1 %	3	42,9 %	7
<b>Totaal</b>	<b>30</b>		<b>19</b>		



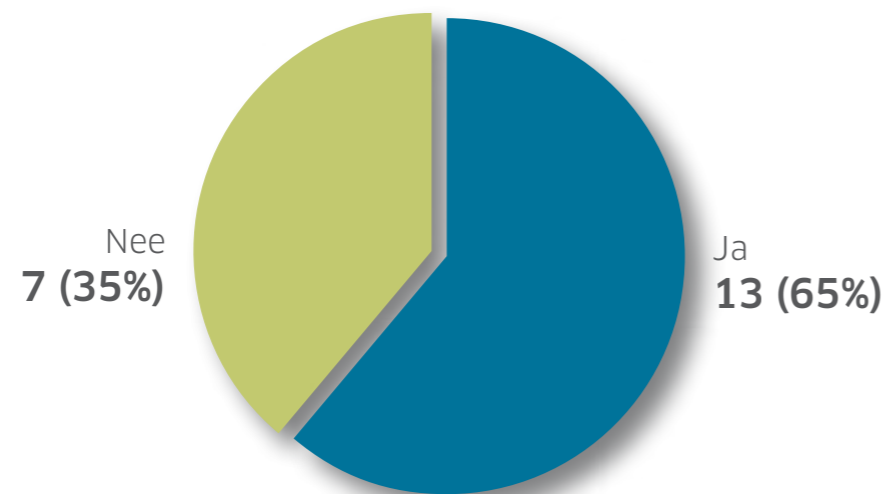


## B. De financiering van MKA-chirurgie binnen zelfstandige klinieken

### Contract

Dertien van de twintig zelfstandige klinieken (65%) geven aan een contract gesloten te hebben met de zorgverzekeraars voor de zorg die valt onder de basisverzekering.

### Heeft kliniek contract voor zorg basisverzekering?



Klinieken die ook andere vormen van medisch specialistische zorg leveren en instellingen die ook mondzorg leveren hebben relatief vaker een contract met de zorgverzekeraars voor zorg die onder de basisverzekering valt. Slechts een minderheid van de klinieken die alleen MKA-chirurgie leveren, heeft zo'n contract.

### Wel of geen contract voor basisverzekering

	Ja		Nee		Totaal
Kliniek levert alleen kaakchirurgie	3	37,5 %	5	62,5 %	8
Kliniek levert ook andere vormen van medisch specialistische zorg	4	100 %	0		4
Kliniek levert ook andere vormen van tandheelkundige zorg	6	75 %	2	25 %	8
<b>Totaal</b>	<b>13</b>		<b>7</b>		

Veertien van de twintig vakgroepen (70%) in zelfstandige klinieken leveren ook zorg die niet onder de basisverzekering valt. Twee van deze veertien klinieken hebben ook een contract met de zorgverzekeraar voor de levering van deze niet door de basisverzekering gedekte zorg.

### Levering van zorg niet-basisverzekering

Wel/geen onverzekerde zorg	Aantal	%
Wel	14*	70 %
Geen	6	30 %





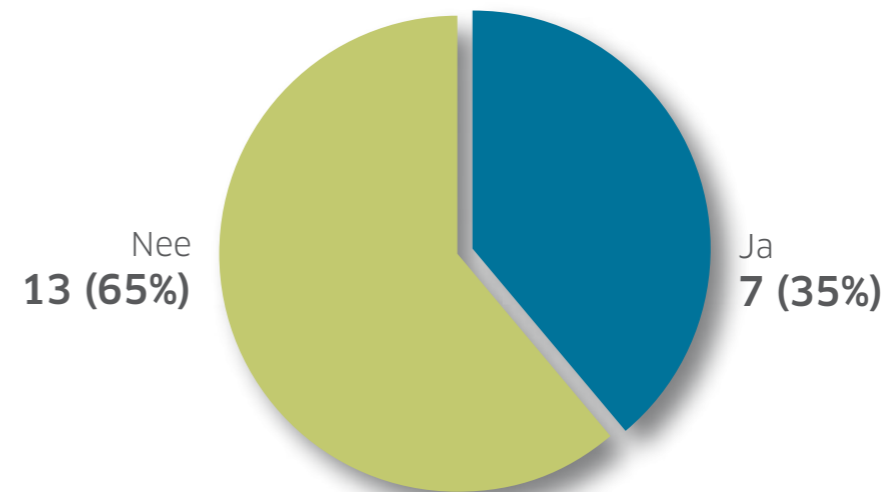
Het aandeel onverzekerde zorg ligt logischerwijs hoger in instellingen die ook mondzorg leveren. Reguliere mondzorg is voor volwassenen (18+) namelijk onverzekerde zorg. Wanneer deze instellingen buiten beschouwing worden gelaten, blijkt dat gemiddeld 14,8% van de zorg die door deze klinieken wordt geleverd niet onder de basisverzekering valt. Dat is precies het dubbele van het gemiddelde percentage in ziekenhuizen (7,4%).

Instelling	Aantal	Gemiddeld % onverzekerde zorg
Levert geen mondzorg	8	14,8 %
Levert ook mondzorg	6	43,3 %
<b>Totaal</b>	<b>14</b>	

### Uitgaven

Van de vakgroepen in zelfstandige klinieken betaalt 35% voor het zorgverlenende werk van niet-kaakchirurgen. Het gaat dan om medewerkers die in loondienst zijn en/of om medewerkers die ingehuurd worden. Ter vergelijking: voor de vakgroepen in ziekenhuizen gold een percentage van 61,2%. Dit grote verschil kan verklaard worden vanuit het feit dat MKA-chirurgen binnen zelfstandige klinieken ook zelf vaak in loondienst zijn van de kliniek. Datzelfde geldt dan voor het ondersteunende personeel.

### Betaalt u zelf voor medewerkers?



# Ervaringen van de vakgroepen



4

- a. Ervaringen van de vakgroepen
- b. Conclusie





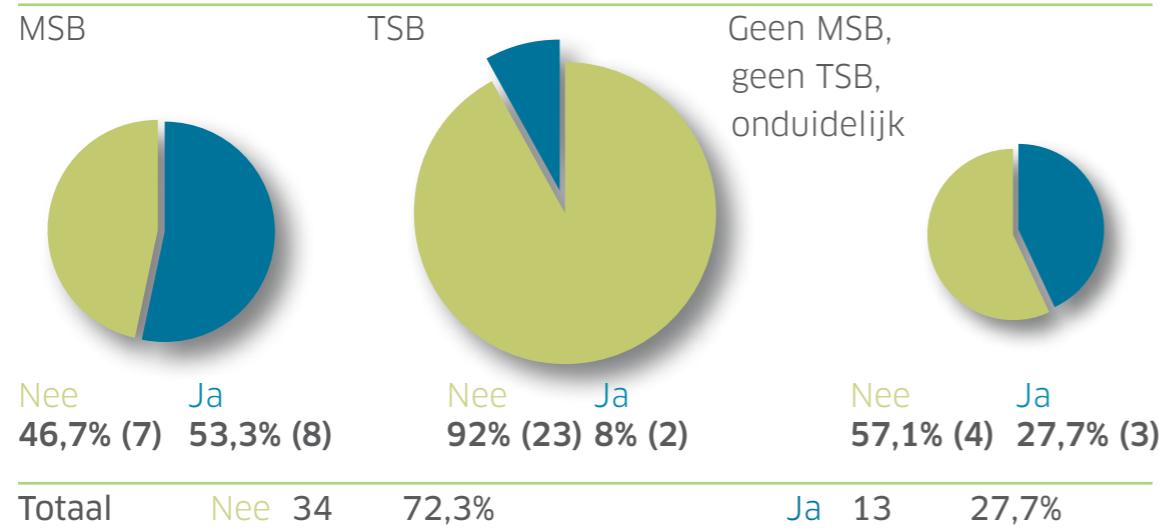
## Ervaringen van de vakgroepen

### Overweging om te veranderen van organisatiemodel

Dertien van de 47 vakgroepen in ziekenhuizen (de negen loondienstziekenhuizen buiten beschouwing gelaten) overwegen om in de komende twee jaar te veranderen van organisatiemodel. Dit betreft hoofdzakelijk de vakgroepen die onderdeel uitmaken van een MSB. Van die subgroep overweegt meer dan de helft (53,3%) om van organisatiemodel te veranderen. Deze uitkomst is in lijn met de eerdere constatering dat 80% van de MKA-vakgroepen binnen een MSB aangeeft dat dit niet het model van hun voorkeur was. De overweging om te veranderen van organisatiemodel speelt slechts beperkt bij de vakgroepen die een TSB vormen.

### Overweging om van model te veranderen

Nee, dit model bevalt prima / Ja, ik wil een ander model

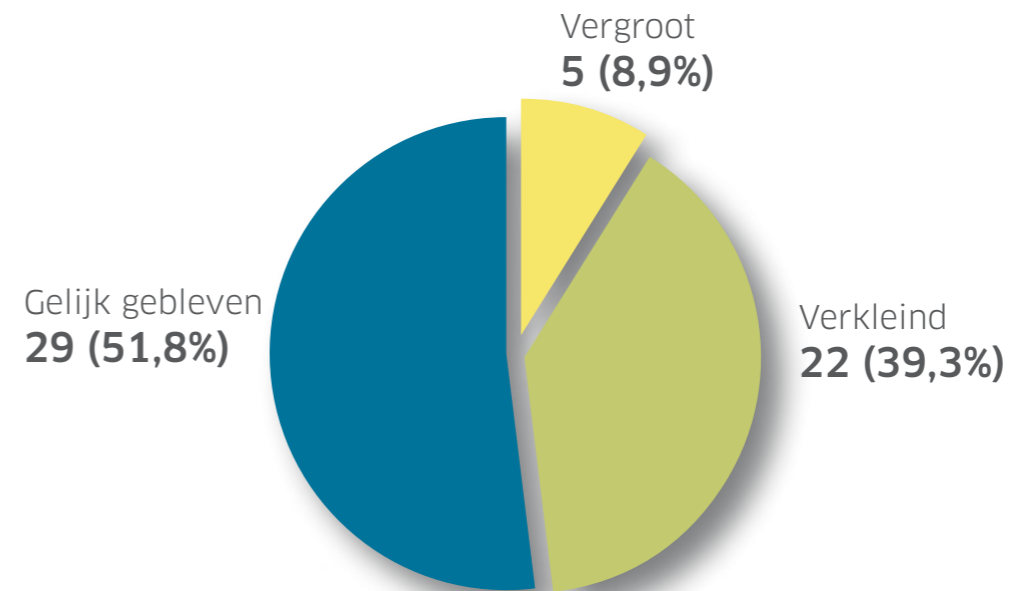


De vakgroepen die nu onderdeel zijn van een MSB en een ander model overwegen, willen in dat andere model los staan van het MSB. Zij willen een eigen TSB.

Ons huidig model	We willen onderdeel worden van een MSB	We willen los staan van een MSB, met een eigen TSB	We willen los staan van ziekenhuis en een zelfstandige kliniek starten
MSB (8)		8	
TSB (2)	1		1
Geen MSB, geen TSB, onduidelijk (3)		1	2
<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>3</b>

### Beleidsinvloed vakgroepen op het ziekenhuis

Naar mening van een kleine meerderheid van de MKA-vakgroepen is hun beleidsinvloed op het ziekenhuis gelijk gebleven na de invoering van integrale bekostiging. 39,3% van de vakgroepen geeft aan dat deze invloed kleiner is geworden.





Vooral de vakgroepen die deel uitmaken van een MSB vinden dat hun beleidsinvloed op het ziekenhuis is verkleind (53,3%). Zo zeggen zij:

- 'Er loopt meer via het MSB, waardoor je steeds verder van de onderhandeling af staat.'
- 'Tussen de Raad van Bestuur en de MKA-vakgroep is het MSB gekomen. Afspraken zijn niet meer direct met RuB te maken zoals voorheen het geval was.'
- 'Sinds ons toetreden tot het MSB hebben wij geen enkele invloed en zeggenschap meer over de eigen vakgroep. Het MSB-bestuur communiceert met de Raad van Bestuur. Via stemmingen in de coöperatie is er (theoretisch) sturing mogelijk. Maar beleidsbeslissingen aangaande onze eigen vakgroep moeten dus in stemming gebracht worden in het MSB. Daarmee is de invloed ernstig gereduceerd.'
- 'Het MSB beslist.'

De twee vakgroepen binnen het MSB die aangeven dat de beleidsinvloed is vergroot geven onder meer het volgende aan:

- 'Er wordt nu jaarlijks onderhandeld over de verdeling van de integrale tarieven.'
- 'Via coöperatie lijkt enige zeggenschap mogelijk. In ieder geval is ondernemen wat meer mogelijk op eigen initiatief.'

### Beleidsinvloed op ziekenhuis?

	Loondienst	MSB	TSB	Geen MSB / TSB
Vergroot	1 (11,1 %)	2 (13,3 %)	1 (4 %)	1 (14,3 %)
Verkleind	1 (11,1 %)	8 (53,5 %)	9 (36 %)	4 (57,1 %)
Gelijk gebleven	7 (77,8 %)	5 (33,3 %)	15 (60 %)	2 (28,6 %)
Totaal (56)	9	15	25	7

Een minderheid van de TSB's (36%) geeft aan dat de beleidsinvloed op ziekenhuizen kleiner is geworden. Zij zeggen daarbij onder andere:

- 'We zijn afhankelijk van het ziekenhuis.'
- 'Er is druk op het honorariumcomponent. Het ziekenhuis heeft in feite alle troeven in handen om honorarium te beperken ten gunste van eigen marge. De relatie met verzekeraar is diffuser geworden. Het verdwijnen van het eigen declaratierecht geeft het ziekenhuis meer macht. Het ziekenhuis regelt de interne verdeling van de totale ingekochte zorg en maakt daarbij keuzes. Het MSB (waar wij los van staan) blijkt ook een machtsfactor.'
- 'Minder bemoeienis met besluitvorming en afspraken met de verzekeraar. We zijn volledig afhankelijk van de strategie/visie van de directie (wie krijgt wat).'
- 'We hebben geen vrijheid meer in productie, vanwege de invoering van een omzetplafond.'
- 'Als TSB zij we in alle eerlijkheid te klein om te overleven in zo'n grote organisatie. Belangen van ons worden mondjesmaat door ziekenhuis overgenomen.'
- 'De druk op de organisatie om veranderingen te implementeren gaat ten koste van de tijd voor een "individuele aanpak". Er is onvoldoende kennis in de organisatie over specifieke kaakchirurgische details en bekostiging.'

Eén TSB geeft aan dat de beleidsinvloed ten opzicht van het ziekenhuis is vergroot:

- 'We hebben nu duidelijke afspraken gemaakt met het ziekenhuis en er gaat nu ook een geldstroom van het TSB richting het ziekenhuis.'





Het overgrote deel (60%) van de TSB's geeft aan dat de beleidsinvloed ten opzichte van het ziekenhuis gelijk is gebleven. Zij stellen onder meer het volgende:

- *'We participeren nog steeds in de besturen.'*
- *'Er is geen noemenswaardig verschil. Alleen de onderwerpen zijn iets specifiekler geworden.'*
- *'Er is nog steeds een goede relatie met de Raad van Bestuur.'*
- *'Het ziekenhuis heeft weliswaar een grotere machtspositie gekregen, maar aangezien zij voor de declaratie nog steeds volledig afhankelijk zijn van ons declaratiebestand is onze invloed tot op heden gelijk gebleven. Het behoud van die invloed kost wel meer inzet en moeite.'*
- *'Er is in dat opzicht vrij weinig veranderd. Wij zijn een kleine partij voor het ziekenhuis.'*

Ook de vakgroepen waarbij de positionering nog onduidelijk is, geven in meerderheid aan dat de beleidsinvloed is verkleind (57,1%). Ze merken daarbij diverse zaken op:

- *'Door de intrede van een nieuwe, "derde" partij (MSB) is het ziekenhuis bureaucratischer geworden en minder goed bestuurbaar.'*
- *'De beleidsinvloed is verkleind door budgetafspraken en dergelijke, waarbij wij slechts deels en voornamelijk achteraf worden betrokken.'*
- *'Wij hebben een conflict met de directie.'*

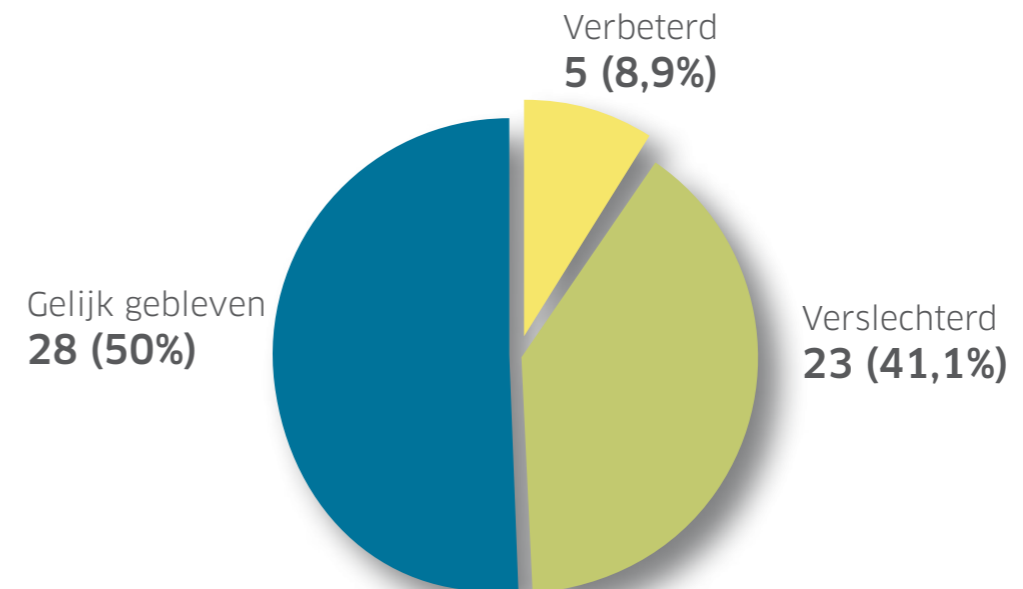
De ene vakgroep uit deze categorie die aangeeft dat beleidsinvloed is vergroot, zegt het volgende over die invloed:

- *'Er is sprake van gelijkgerichte belangen om te komen tot een kosten-effectieve en winstgevende kaakchirurgische bedrijfsvoering.'*

### Samenwerking met het ziekenhuisbestuur

De helft van de vakgroepen in ziekenhuizen geeft aan dat de samenwerking met het ziekenhuisbestuur gelijk is gebleven na de invoering van integrale bekostiging. Een minderheid van 41,1% geeft aan dat deze samenwerking is verslechterd.

#### Hoe is de samenwerking met het ziekenhuisbestuur?



Vakgroepen die deel uitmaken van een MSB ervaren relatief vaker dat de samenwerking met het ziekenhuisbestuur slechter is geworden (53,5%). Voor de TSB's ligt dat percentage op 40%. De vakgroepen wier positie nog onduidelijk is ervaren ook een verslechterde samenwerking met het ziekenhuisbestuur (57,1%).



## Hoe is de samenwerking met het ziekenhuisbestuur?

	Loondienst	MSB	TSB	Geen MSB / TSB
Verbeterd	1 (11,1 %)	2 (13,3 %)	1 (4 %)	1 (14,3 %)
Verslechterd	1 (11,1 %)	8 (53,5 %)	10 (40 %)	4 (57,1 %)
Gelijk gebleven	7 (77,8 %)	5 (33,3 %)	14 (56 %)	2 (28,6 %)
<b>Totaal (56)</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>7</b>

MKA-vakgroepen die deel uitmaken van een MSB zeggen onder andere het volgende over de in hun ogen slechtere samenwerking met ziekenhuisbesturen:

- 'Financiën geven een steeds grotere druk op het systeem voor het ziekenhuis.'
- 'Onderhandelingen over geld zijn niet altijd transparant, waardoor er frictie ontstaat.'
- 'Het ziekenhuis weet niet wat de zorg kost. Er is daardoor geen businessmodel te maken en ondernemen is dus niet goed mogelijk. Dat is zeer frustrerend.'
- 'Er wordt nauwelijks naar je geluisterd en alles moet besproken worden met het MSB. Er wordt over je gepraat en niet met je!'
- 'Het MSB zit er nu tussen.'
- 'Onderhandelingen met het ziekenhuis over honorarium uit het integraal tarief verlopen moeizaam. Voor ons kaakchirurgen dubbel zo lastig, aangezien wij géén benchmark hebben zoals de medisch specialisten, en wél een totaal andere productstructuur. Andere medisch specialisten hebben geen kaas gegeten van onze productstructuur. Communicatie met het ziekenhuisbestuur verloopt via het bestuur van het MSB.'
- 'Afspraken worden niet nagekomen.'
- 'Het MSB-bestuur is de tussenschakel.'

MKA-vakgroepen binnen een MSB's die een verbeterde samenwerking met het ziekenhuisbestuur ervaren, zeggen daarover onder meer dit:

- 'De MKA-chirurgische bekostigingsstructuur is meer op het netulies gekomen bij de organisatie en het stafbestuur/bestuur van het MSB.'
- 'Er zijn nu meer contacten voor de onderhandelingen over de verdeling van integrale tarieven.'

MKA-vakgroepen die deel uitmaken van een MSB en die een gelijk gebleven samenwerking ervaren met het ziekenhuis, zeggen daarover:

- 'Gevoelsmatig is het contact hetzelfde en ook de samenwerking gelijk.'
- 'De contacten met de Raad van Bestuur zijn nog immer aanwezig en zo nodig kan er worden bijgestuurd.'

De TSB's die een verslechterde samenwerking met het ziekenhuisbestuur ervaren, zeggen daar onder meer het volgende over:

- 'Het ziekenhuis wil zich niet houden aan de schriftelijk vastgelegde afspraken. Hiervoor is een rechtszaak nodig geweest om ons gelijk te halen (medisch scheidsgerecht).'
- 'Het ziekenhuis buit zijn machtspositie uit.'
- 'Het ziekenhuis werkt met het MSB samen en vergeet vaak ons te betrekken in de discussies.'
- 'Er kunnen geen goede afspraken gemaakt worden over de uiteindelijke honorering. Een juridisch geschil is begonnen over 2015.'
- 'Alles draait thans om het zoveel mogelijk "afknippen" van het honorarium om zodoende een maximaal kostenaandeel te kunnen overhouden.'
- 'Het ziekenhuis gaat meer op zijn strepen staan en wordt niet meer zo nerveus van onze wensen. Ze hebben de gekregen machtspositie uitgespeeld, waarbij een relatief kleine vakgroep in een niet-kernspecialisme makkelijk op een zijspoor kan belanden.'
- 'Belangen zijn diverser dan de laatste tien jaar. Dus er zijn meer tegenstrijdige belangen.'
- 'Er treden tegengestelde financiële belangen op ten gevolge van de invoering van het integraal tarief.'





- *'Er is competitie over de integrale gelden en de honorering voor de kaakchirurg is inzichtelijker. Hierdoor is er waarschijnlijk minder draagvlak bij het ziekenhuisbestuur.'*

De TSB's die de samenwerking met het ziekenhuisbestuur als gelijk ervaren, zeggen daarover dit:

- *'Er is dezelfde gunstige onderlinge verstandshouding. Het ziekenhuis heeft inzicht in waarom onze vakgroep anders is dan die van de meeste medisch specialisten.'*
- *'Onze wens voor het TSB is vervuld.'*
- *'De invoering van de integrale bekostiging heeft geen invloed gehad op samenwerking met het ziekenhuisbestuur.'*
- *'De samenwerking is op zich gelijk gebleven, maar door vele personele wisselingen op alle niveaus in de organisatie is het wel lastiger geworden om daar goed invulling aan te geven.'*
- *'De relatie was goed en dat is zo gebleven; de afdeling heeft enige goodwill bij de Raad van Bestuur.'*

De ene TSB die aangeeft dat sprake is van een verbeterde samenwerking met het ziekenhuisbestuur, zegt:

- *'Wij hebben nu meer en beter contact.'*

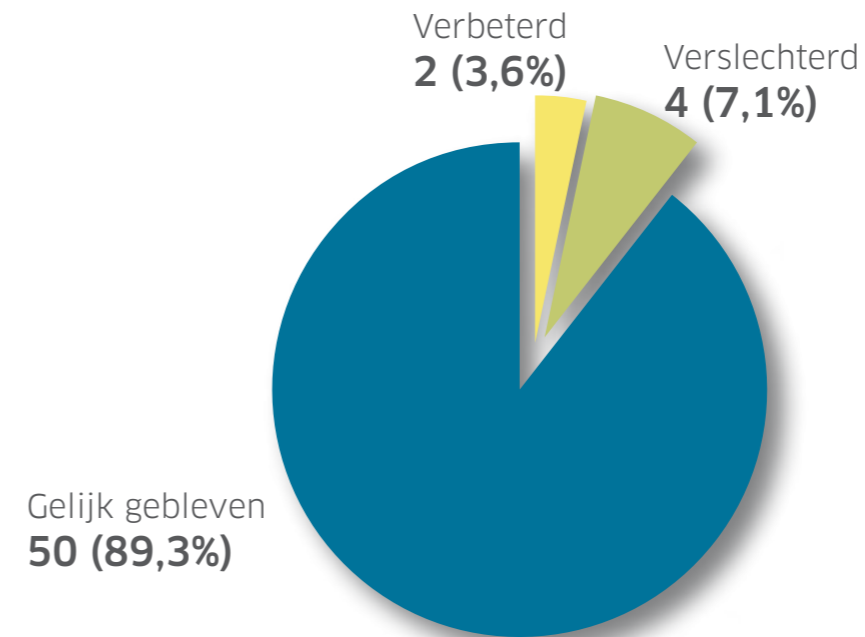
De vakgroepen waarbij de positionering nog onduidelijk is, geven ook in meerderheid aan dat de samenwerking met het ziekenhuisbestuur is verslechterd (57,1%). Ze merken daarbij onder andere het volgende op:

- *'Het MSB is een vertragende factor in het komen tot de beoogde samenwerkingsvorm.'*
- *'Het contact met het bestuur was goed en is nog steeds goed, maar door alle hectiek is er minder aandacht voor een kleine afdeling zoals de kaakchirurgie.'*

## Samenwerking met andere specialismen in ziekenhuizen

Naar mening van bijna alle vakgroepen (89,3%) is de samenwerking met andere specialismen in het ziekenhuis gelijk gebleven na de invoering van integrale bekostiging.

### Hoe is de samenwerking met andere specialismen?



Slechts een minderheid (20%) van de vakgroepen die deel uitmaken van een MSB geeft aan dat de samenwerking met andere specialismen is verslechterd. Deze vakgroepen zeggen daarover onder andere:

- *'Iedere vakgroep heeft zijn eigen agenda en de andere vakgroepen vinden het prachtig dat wij nu ook zijn opgenomen. Ik noem dat de kolchoze van de communistische heilstaat.'*
- *'Ze hebben ons het lidmaatschap van het MSB door de strot geduwd met als gevolg forse financiële aderlatingen.'*

De ene vakgroep die aangeeft dat de samenwerking is verbeterd stelt:

- *'Er worden nu meer afspraken gemaakt, bijvoorbeeld met de radiologie over de verdeling van integrale tarieven.'*





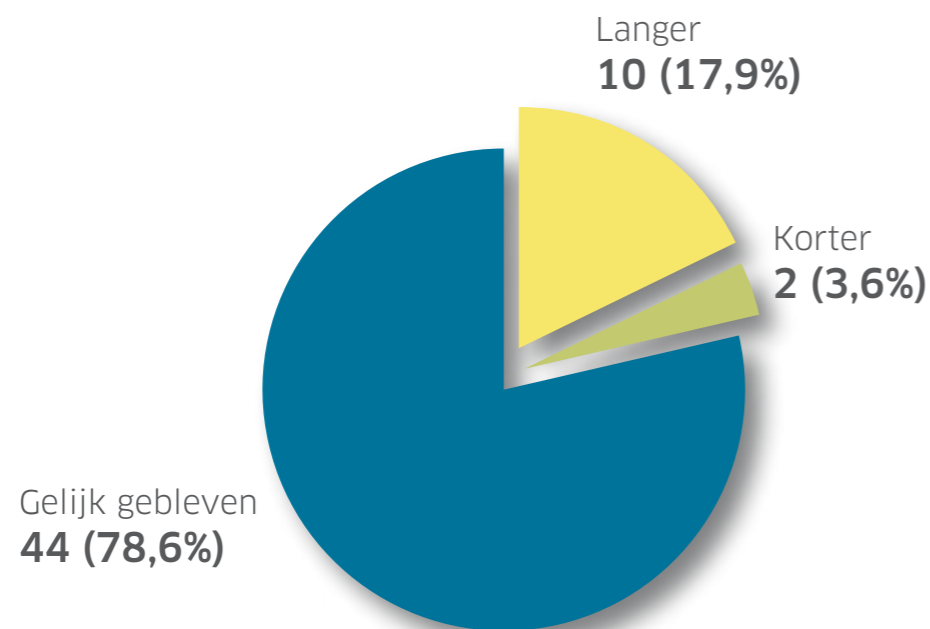
## Hoe is de samenwerking met andere specialismen?

	Loondienst	MSB	TSB	Geen MSB / TSB
Verbeterd	1 (11,1 %)	1 (6,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Verslechterd	0 (0 %)	3 (20 %)	0 (0 %)	1 (14,3 %)
Gelijk gebleven	8 (88,9 %)	11 (73,3 %)	25 (100 %)	6 (85,7 %)
<b>Totaal (56)</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>7</b>

## Wachlijsten in ziekenhuizen

17,9% van de vakgroepen geeft aan dat de wachlijsten voor kaakchirurgische behandelingen in het ziekenhuis langer zijn geworden na de invoering van integrale bekostiging. Het overgrote deel van de vakgroepen geeft aan dat deze gelijk zijn gebleven (78,6%).

## Wat is er gebeurd met uw wachtlijst?



De tien vakgroepen die aangeven dat wachlijsten langer zijn geworden verklaren het onderstaande.

Volgens de vijf vakgroepen die deel uitmaken van MSB's:

- *'Wanneer de productie het plafond overstijgt en dus meer productie niet betaald wordt gaan er wachlijsten ontstaan.'*
- *'Er traden tegelijkertijd veranderingen op in eigen risico voor de patiënt en in tandartstarieven, waardoor er aanvankelijk in 2015 een dip in patiëntenaanbod ontstond. Vervolgens is dit genormaliseerd en momenteel zijn onze toegangstijden al ruim een halfjaar (te) lang. Naar ons idee staat dit los van integrale bekostiging. We zijn er in ieder geval niet anders door gaan werken. Ook zijn we in staat geweest met RvB en het MSB aparte afspraken te maken over groei.'*
- *'Wij weten niet of er een causaal verband is met de invoering van integrale bekostiging.'*
- *'Sinds toetreding tot het MSB en de daarmee gepaard gaande extra korting op het honorarium (dus bovenop de korting van 40% in 2014 en 2015) van om en nabij nog eens 40% is de prikkel om te produceren enigszins verminderd.'*
- *'Tot op heden hebben we niet een extra MKA-chirurg kunnen aannemen, die er eerst wel was.'*

Volgens de drie TSB's:

- *'Het beschikbare honorarium is niet voldoende. We hebben geen doorleverplicht en de zorgvraag neemt toe. Wellicht komt dat ook door beperkte budgetten in onze omgeving.'*
- *'Dit het gevolg van de invoering van plafonds.'*
- *'De wachlijsten zullen langer worden aangezien er, zonder ons medeweten, plafondafspraken zijn gemaakt waardoor wij waarschijnlijk afgelopen jaar 10% voor niks hebben gewerkt en we daarom dit jaar ruim kerstreces nemen.'*





Volgens de vakgroep in loondienst:

- *'We hebben geen duidelijkheid over het plafond en zijn dus terughoudend met het maximaal inzetten van waarnemers.'*

Volgens de vakgroep waarbij de positionering nog onduidelijk is:

- *'We hebben minder behandeltijd tot onze beschikking gekregen en ook minder inzet van personeel op de poli.'*

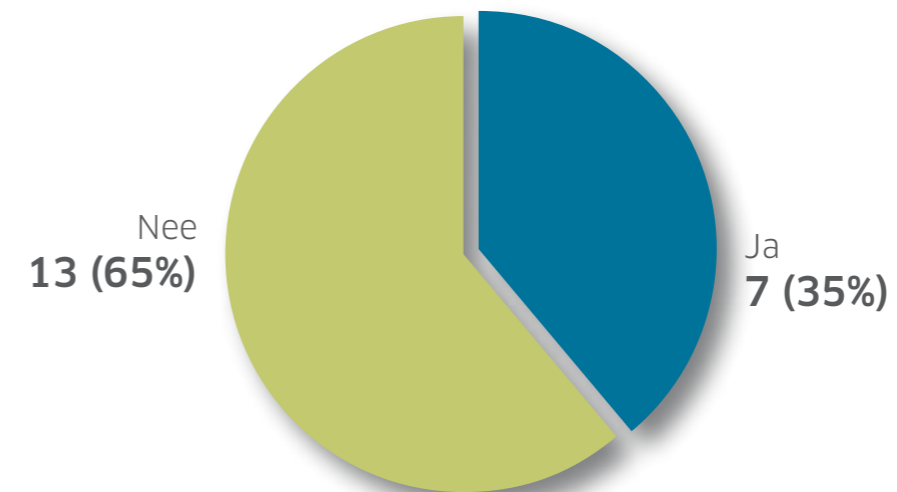
### Wat is er gebeurd met uw wachtlijst?

	Loondienst	MSB	TSB	Geen MSB / TSB
Langer	1 (11,1 %)	5 (33,3%)	3 (12 %)	1 (14,3 %)
Korter	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (8 %)	0 (0 %)
Gelijk gebleven	8 (88,9 %)	10 (66,7%)	20 (80 %)	6 (85,7 %)
<b>Totaal (56)</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>7</b>

### Ervaringen zelfstandige klinieken

35% van de vakgroepen in zelfstandige klinieken geeft aan gevolgen te hebben ondervonden van de invoering van integrale bekostiging.

### Gevolgen ondervonden van de invoering van integrale bekostiging?



De vakgroepen die gevolgen ondervonden, benoemen daarbij het volgende:

- *'Er was een tariefdaling en een discussie met de Raad van Toezicht over de verdeling van opbrengsten in honorarium en onkosten.'*
- *'We zijn er op deze manier achter gekomen wat de werkelijke kosten zijn van bepaalde zaken, zoals bijvoorbeeld de inkoopprijs van implantaten.'*
- *'Er is nu een andere wijze van honorariumberekening.'*
- *'De invoering van een omzetplafond begrenst onze omzet.'*





## B. Conclusie

Wat betreft de organisatie en financiering zijn de vakgroepen MKA-chirurgie in de enquêtes ook bevraagd op hun ervaringen. Ten algemene valt op dat nog een aanzienlijk deel van de vakgroepen (12,5%) aangeeft (nog) geen onderdeel te zijn van een MSB, maar zich ook nog geen TSB kan noemen. Verder onderzoek naar deze vakgroepen wijst uit dat hier doorgaans een wil is om een TSB op te richten, maar dat dit nog niet goed gelukt is, bijvoorbeeld omdat er druk is vanuit het ziekenhuis of het MSB om zich aan te sluiten bij het MSB. Dat is opvallend omdat integrale bekostiging per 2015 is ingevoerd en er blijkbaar voor deze vakgroepen halverwege 2016 nog geen duidelijkheid is.

Voor de vakgroepen die in loondienst zijn van het ziekenhuis (16,1%) is er niet veel veranderd. Deze vakgroepen waren ook voor de overgang naar integrale bekostiging in loondienst. Dit betreft in ieder geval de acht UMC's, maar ook twee algemene ziekenhuizen. Wel blijkt uit dit onderzoek dat er geen enkele MKA-chirurgie vakgroep is die naar aanleiding van de invoering van integrale bekostiging de overstap heeft gemaakt naar loondienst.

44,6 % van de vakgroepen in ziekenhuizen heeft bij de invoering van integrale bekostiging een eigen Tandheelkundig Specialistisch Bedrijf opgericht en is daar ten algemene tevreden over. Voor al deze vakgroepen geldt dat dit ook hun voorkeursmodel was en men wil dan ook voorlopig niet van organisatiemodel veranderen.

Dit in tegenstelling tot de vakgroepen in ziekenhuizen die deel uitmaken van een Medisch Specialistisch Bedrijf (26,8%) waarin ook andere vrijgevestigde medisch specialisten (niet MKA-chirurgen) zijn vertegenwoordigd. Doorgaans was dit voor deze MKA-vakgroepen niet het voorkeursmodel, maar heeft men toch voor een MSB moeten kiezen. Meer dan de helft van deze vakgroepen geeft aan alsnog van organisatiemodel te willen veranderen, doorgaans naar een TSB-model.

Een ruime meerderheid van de TSB's geeft aan dat de beleidsinvloed ten opzichte van het ziekenhuis gelijk is gebleven ten opzichte van voor de overgang naar integrale bekostiging. De vakgroepen die deel uitmaken van een MSB vinden echter bij meerderheid dat hun beleidsinvloed op het ziekenhuis is verkleind. Een zelfde lijn is te zien als het gaat over de samenwerking met het ziekenhuisbestuur. Vakgroepen die deel uitmaken van een MSB ervaren vaker dat de samenwerking met het ziekenhuisbestuur slechter is geworden dan TSB's. De vakgroepen wier positie nog onduidelijk is ervaren ook in ruime meerderheid een verslechterde samenwerking met het ziekenhuisbestuur. Naar mening van bijna alle vakgroepen is de samenwerking met andere specialismen in het ziekenhuis gelijk gebleven na de invoering van integrale bekostiging.



# Meer weten?

## **KNMT**

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) is de beroepsorganisatie van tandartsen, orthodontisten én MKA-chirurgen. Naast het bevorderen van de mondgezondheid van alle inwoners van Nederland behartigen zij ook de belangen van hun 8000 leden om zo optimale omstandigheden te creëren waaronder hoogwaardige tandheelkundige zorg kan worden verleend. De belangen van de MKA-chirurgen worden behartigd door het bestuur van de Sectie Tandarts-specialisten (STS) en de Specialisten Onderhandelingscommissie Kaakchirurgie (SOCK).

Website: [www.knmt.nl](http://www.knmt.nl)

## **Zorgmarkten**

Zorgmarkten is een bureau voor consultancy en interim-management op het gebied van organisatie, regulering en financiering van de zorg. Zorgmarkten heeft ruime ervaring met de uitvoering van complexe onderzoeken en het maken van adviezen op financieel-economisch of op organisatorisch vlak. Ook weet Zorgmarkten op efficiënte wijze en met passie en een gezonde dosis ambitie complexe projecten en programma's tot het gewenste resultaat te brengen.

Website: [www.zorgmarkten.nl](http://www.zorgmarkten.nl)

E-mail: [info@zorgmarkten.nl](mailto:info@zorgmarkten.nl)

ontwerp en opmaak: [www.taluut.nl](http://www.taluut.nl)

