



HET WITTE BOEK DEEL V

Modellen 2015



Orde van Medisch Specialisten

HET WITTE BOEK DEEL V

Modellen 2015

Colofon

Het Witte Boek deel V is een uitgave van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) te Utrecht en is bestemd voor leden van de OMS. Het Witte Boek deel V vindt u op de website www.orde.nl

Vragen

Heeft u vragen of opmerkingen over Het Witte Boek deel V? Meld uw vragen of opmerkingen via infodesk@orde.nl of (030) 28 23 666.

Redactie

Orde van Medisch Specialisten

Vormgeving

IJzersterk, Rotterdam

Copyright

© Orde van Medisch Specialisten

Alle opgenomen informatie is eigendom van de Orde van Medisch Specialisten. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk is toegestaan mits met bronvermelding.

Vrijwaring

De Orde van Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van Het Witte Boek deel V. Desondanks accepteert de OMS geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) is een beroepsvereniging voor en door medisch specialisten.

De OMS:

- zet zich in voor de kwaliteit van de zorg die door de medisch specialisten wordt geleverd;
- behartigt de belangen van medisch specialisten in het vrij beroep, medisch specialisten met een dienstverband en universitair medisch specialisten;
- speelt een belangrijke initiërende, coördinerende en stimulerende rol in processen ter verbetering van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg;
- levert haar leden juridische en financiële adviezen in het kader van de individuele dienstverlening.

De OMS werkt in de praktijk nauw samen met de wetenschappelijke verenigingen, die staan voor de 29 erkende medisch specialismen.

Voorwoord	7
1 Inleiding	8
2 Integrale bekostiging per 2015	12
3 Samenwerkingsmodel	18
4 Governance	30
5 Randvoorwaarden en aandachtspunten	34
6 Plan van aanpak	38
7 Samenvatting en conclusie	42
Bijlage	
Bijlage 1 – Fiscale analyse	46
Bijlage 2 –Juridische vormgeving mede-eigenaarschap	53
Bijlage 3 – Regiomaatschap	55
Bijlage 4 - Vragen	57
Bijlage 5 - Interviews, advies en achtergronddocumenten	59

Voorwoord

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) neemt met dit Witte Boek deel V het initiatief om de positionering van de medisch specialist richting 2015 op een concrete manier in te vullen. En kiest voor een gefaseerd samenwerkingsmodel dat een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verder gelijkrichten van belangen tussen ziekenhuis en medisch specialist.

Samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist is cruciaal om de ambities binnen de zorg te realiseren. De maatschappelijke agenda bevat belangrijke doelstellingen op het gebied van kwaliteit, veiligheid, kostenbeheersing en doelmatigheid.

Het samenwerkingsmodel dat de OMS voorstelt, draagt bij aan de verdere ontwikkeling van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf dat in staat is om deze maatschappelijke doelstellingen te realiseren. Het model bouwt voort op de meer zakelijke en professionele verhouding die door de invoering van het beheersmodel en de vorming van collectieven lokaal is ontstaan tussen medisch specialist en raad van bestuur.

Een belangrijk uitgangspunt bij de ontwikkeling van het samenwerkingsmodel is dat invoering van integrale bekostiging leidt tot behoud van keuzevrijheid om in vrij beroep of dienstverband te werken. De NZa laat hiervoor in het concept advies aan VWS over integrale tarieven niet veel ruimte.

Het is uiteindelijk aan de minister van VWS om een besluit te nemen. De OMS acht het van groot belang dat zij vanuit haar verantwoordelijkheid de voorwaarden schept waaronder een samenwerkingsmodel kans heeft. De OMS is ervan overtuigd dat alleen met samenwerking wordt bijgedragen aan gelijkgerichtheid van belangen en het realiseren van de uitdagende doelstellingen in de zorgsector. De minister heeft de sleutel in handen om rust en ruimte te creëren waarbinnen ziekenhuis en medisch specialist de maatschappelijke agenda samen kunnen waarmaken.

In de aanloop naar besluitvorming door de minister dit najaar meent de OMS dat wachten niets oplevert. Wat helpt, is binnen het ziekenhuis aan de slag gaan, laten zien dat samenwerken loont. Lokaal moeten collectieven, met hun collega's in dienstverband, de raad van bestuur en de raad van toezicht aan de slag. In elk ziekenhuis moet een werkgroep 2015 zijn die (her-)positionering voorbereidt. Die een gezamenlijke 'stip op de horizon zet' en een pad uitstippelt waarin, mogelijk gefaseerd, wordt toegewerkt naar een toekomstbestendig samenwerkingsmodel.

Mochten de keuzes van de overheid het gekozen samenwerkingsmodel niet ondersteunen, dan ligt een koerswijziging voor de hand en gaat de OMS voorop. Vooralsnog schetst de OMS in dit Witte Boek de toekomst zoals zij die wenselijk acht voor haar achterban, mét oog voor de belangen van de patient, het ziekenhuisbestuur, de verzekeraar en de bredere maatschappelijke context.

Frank de Grave, voorzitter OMS

Janko de Jonge, vice-voorzitter OMS

Samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist is cruciaal om de ambities binnen de zorg te realiseren. De maatschappelijke agenda bevat belangrijke doelstellingen op het gebied van kwaliteit, veiligheid, kostenbeheersing en doelmatigheid.

01

Inleiding

Dit Witte Boek deel V 'Modellen 2015' van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) richt zich op de veranderende positie van de medisch specialist en bouwt voort op de Discussienota Positionering 2015 die de OMS eind 2012 uitbracht.

Dit Witte Boek deel V 'Modellen 2015' van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) richt zich op de veranderende positie van de medisch specialist en bouwt voort op de Discussienota Positionering 2015 die de OMS eind 2012 uitbracht.

Aanleiding voor deze veranderende positie is de invoering van integrale bekostiging per 2015 in de medisch specialistische zorg. Daarnaast bestaat het groeiend besef dat de medisch specialist als spil van de zorg toenemend moet participeren in zijn ziekenhuis om goede zorg te garanderen tegen beheersbare kosten.

“De medisch specialist” is de individuele dokter maar ook de medische staf of een ander vertegenwoordigend orgaan van medisch specialisten, zoals het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren of de vereniging van medisch specialisten in dienstverband (VMSD).

Welke modellen kan de medisch specialist overwegen om zich zodanig te positioneren dat zijn toegevoegde waarde voor de patiënt en de instelling binnen de veranderende context van de medisch specialistische zorg steeds optimaal is en blijft?

Het antwoord op deze vraag is niet eenvoudig. U zult hieraan binnen uw ziekenhuis gezamenlijk én individueel vorm en uitwerking moeten geven.

Met Het Witte Boek deel V 'Modellen 2015' biedt de OMS concrete handvatten voor het uitwerken van de positie van de medisch specialist. Het leidend principe is verdere gelijkgerichtheid van de belangen tussen medisch specialist en ziekenhuis te creëren. Dit biedt ziekenhuizen de mogelijkheid zich te ontwikkelen tot slagvaardige ondernemingen die de vele uitdagingen aankunnen waar de zorgsector de komende periode voor staat.

Het Witte Boek deel V 'Modellen 2015':

- *Informeert u over de status van relevante veranderingen per 2015 en de consequenties voor uw positie.*
- *Geeft richting aan de wijze waarop de OMS en haar achterban de samenwerking tussen medisch specialist en ziekenhuis willen vormgeven.*
- *Werkt een concreet samenwerkingsmodel uit om uzelf, uw vakgroep of maatschap en de medische staf te (her)positioneren in termen van participatie binnen het ziekenhuis.*

Essentieel is ook dat antwoord komt op de vraag of werken in vrij beroep, al dan niet met een fiscale ondernemersstatus, mogelijk blijft. Immers, het convenant dat de fiscale ondernemersstatus van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar onder voorwaarden garandeert, eindigt per 2015. De OMS is van mening dat een reële keuze tussen vrij beroep en dienstverband vanaf 2015 moet blijven bestaan en wordt hierin gesteund door de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Waar mogelijk geeft Het Witte Boek deel V 'Modellen 2015' dan ook inzicht in de fiscale consequenties van integrale bekostiging voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Een definitief advies hierbij kan de OMS pas geven als bekend is hoe integrale bekostiging per 2015 exact wordt ingericht. Besluitvorming hierover wordt in het najaar van 2013 verwacht. De OMS brengt dan een Addendum uit bij dit Witte Boek.

Het Witte Boek deel V 'Modellen 2015' is een initiatief van de OMS. De aftrap voor het uitwerken van modellen gaf de OMS dit voorjaar door, in aanvulling op de Discussienota Positionering 2015 (november 2012), zes regiobijeenkomsten te organiseren met bestuurders van medische staven en collectieven. Vervolgens zijn gesprekken gevoerd met veldpartijen en adviesbureaus en is een samenwerking aangegaan met LOGEX. Er is een gefaseerd samenwerkingsmodel ontstaan dat is voorgelegd in werkgroepbijeenkomsten met medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders. De onderdelen in het model zijn juridisch en fiscaal getoetst. Het model is inmiddels in veel ziekenhuizen gepresenteerd aan medische staf/collectief en raad van bestuur.

Het Witte Boek is geen richtlijn. De visie en modellen die de OMS in dit Witte Boek presenteert zijn niet bindend. Ze dienen ter overweging en denkrichting om uw (her)positionering lokaal vorm te geven. Het is geschreven voor de medisch specialist in dienstverband en in vrij beroep werkzaam in een ziekenhuis. En in het bijzonder voor de medisch specialist die daarnaast de rol vervult van voorzitter van medische staf of ander lokaal vertegenwoordigend orgaan van vrij beroepsbeoefenaren (collectief) of medisch specialisten in dienstverband (VMSD).

Ook kan Het Witte Boek deel V 'Modellen 2015' dienen als naslagwerk voor andere betrokkenen, zoals de medisch specialist werkzaam in een universitair medisch centrum of ZBC en de raad van bestuur van een instelling voor medisch specialistische zorg.

De OMS presenteert Het Witte Boek deel V 'Modellen 2015' op www.orde.nl. Aanvullingen of wijzigingen hierop brengt de OMS uit in de vorm van een Addendum. Heeft u vragen of opmerkingen over Het Witte Boek deel V 'Modellen 2015'? Meld uw vragen of opmerkingen aan de OMS via infodesk@orde.nl.

Leeswijzer

Dit Witte Boek start in hoofdstuk 2 met een uiteenzetting van de belangrijkste wijziging per 2015: integrale bekostiging. Hoe deze bijdraagt aan gelijkgerichtheid van medisch specialist en ziekenhuis. Wat de NZa hierover adviseert en hoe de OMS hier tegenaan kijkt. In hoofdstuk 3 presenteert de OMS het gefaseerde samenwerkingsmodel, de uitgangspunten en principes die aan het model ten grondslag liggen en de parameters die relevant zijn bij lokale inrichting. Governance is het onderwerp van hoofdstuk 4. Er wordt in algemene zin ingegaan op governance in zorginstellingen. En meer specifiek op de inrichting van governance binnen het samenwerkingsmodel. Om het samenwerkingsmodel succesvol in te richten moet een aantal randvoorwaarden zijn ingevuld en is een aantal aandachtspunten relevant. Deze worden beschreven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 volgt de aanzet tot een plan van aanpak voor lokale ontwikkeling en implementatie van het samenwerkingsmodel. Een samenvatting en conclusie zijn opgenomen in hoofdstuk 7.

Een aantal bijlagen completeert dit Witte Boek. De bijlagen betreffen 1) een fiscale analyse, 2) een uiteenzetting van juridische vormgeving in geval van mede-eigenaarschap, 3) een toelichting op het ontstaan van en zienswijzen op regiomaatschappen, 4) een lijst van lokaal en individueel te beantwoorden vragen en tot slot 5) een overzicht van geïnterviewden, adviseurs en achtergronddocumenten.

02

integrale
bekostiging
per 2015

In de huidige context concentreert de financiële relatie tussen de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis zich vooral op de grenzen van kosten- en honorariumdeel.

In het convenant dat in 2011 is gesloten tussen VWS, de NVZ en de OMS voor de transitieperiode 2012 – 2014 is voorgesteld dat er in de medisch specialistische zorg vanaf 2015 één integraal tarief wordt gedeclareerd voor een zorgproduct. Dit is daarna in ongewijzigde vorm overgenomen in het regeerakkoord “Bruggen bouwen” dat gepubliceerd is op 29 oktober 2012.

In dit hoofdstuk wordt deze wijziging verder verduidelijkt en worden de recente ontwikkelingen beschreven.

2.1 Met integrale tarieven naar gelijkgerichte belangen

De introductie van integrale bekostiging is meer dan een technische aanpassing van tarifiering en macrobeheersing. De OMS ziet dat deze verandering mogelijkheden biedt voor de medisch specialist, zowel in vrij beroep als in dienstverband, om de verhouding tussen ziekenhuis en medisch specialist te ontwikkelen naar meer gelijkgerichtheid.

Ook andere belanghebbenden, zoals de minister van VWS, de NZa en de NVZ, benadrukken gelijkgerichtheid als belangrijk resultaat van de invoering van integrale bekostiging.

Huidige situatie: kostendeel vs. honorariumdeel en MBI vs. beheersmodel

Momenteel bestaat het tarief van een DOT zorgproduct uit een kostendeel en honorariumdeel. Daarnaast kennen ziekenhuis en medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar elk een eigen vorm van macrobeheersing middels een generiek landelijk macrobeheersingsinstrument respectievelijk een landelijk en lokaal omzetplafond.

In de huidige context concentreert de financiële relatie tussen de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis zich vooral op de grenzen van kosten- en honorariumdeel. Ieder heeft een prikkel om zijn eigen 'deel' te optimaliseren. Hierin kunnen tegengestelde belangen bestaan:

- Welke kosten draagt de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar uit het honorariumdeel? Welke kosten draagt het ziekenhuis vanuit het kostendeel?
- Hoeveel productie moet de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar leveren om het lokaal omzetplafond te vullen, maar niet te overschrijden? Hoeveel productie wil of moet het ziekenhuis afspreken met de zorgverzekeraar? En moet rekening worden gehouden met een generieke korting vanuit het macrobeheersingsinstrument?
- Wat is de kostprijs van de te leveren DOT productie? Waar valt de marge? En hoe verhoudt zich dit tot het honorarium?

Voor het ziekenhuis en de medisch specialist in dienstverband spelen in de huidige context andere belangen. Vragen die spelen zijn:

- In hoeverre dekt de medisch specialist in dienstverband met de door hem gegenereerde honorariumomzet de werkgeverslasten van het ziekenhuis?
- Is de formatie, in het licht van productie en honorariumomzet optimaal?

Toekomstige situatie: integraal tarief en MBI

Per 2015 bestaat het tarief van een DOT zorgproduct niet langer uit een kostendeel en een honorariumdeel. Er zal sprake zijn van een grotendeels vrij onderhandelbaar integraal tarief, waaruit lokaal alle kosten van de DOT zorgproductie worden gedekt. Ook het honorarium/salaris van de medisch specialist. Daarnaast zal een integrale macrobeheersing worden ingericht die geen onderscheid meer maakt in kosten- en honorariumdeel.

In deze nieuwe context verdwijnt het grensvlak van kosten- en honorariumdeel. Vanuit financieel perspectief ontstaat de mogelijkheid tot een gezamenlijke prikkel om het integrale resultaat te optimaliseren.

- Wat is de kostprijs van de te leveren DOT productie? Waaruit bestaan deze kosten? Kunnen we de kostprijs verlagen door het DOT product doelmatiger in te richten?
- Hoeveel en welke productie willen wij afspreken met de zorgverzekeraar, rekening houdend met een eventueel integraal macrobeheersingsinstrument?

De focus verschuift naar de ontwikkeling van het gezamenlijk resultaat van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

Hiermee wordt de medisch specialist, meer dan voorheen, integraal onderdeel van de bedrijfsvoering van het ziekenhuis. De focus verschuift naar de ontwikkeling van het gezamenlijk resultaat van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

In deze nieuwe context zal ook een nieuw verdeelvraagstuk ontstaan. Door deregulering van het honorariumtarief zal lokaal overeengekomen moeten worden welk deel van de totale omzet dient ter dekking van de kosten van het ziekenhuis (inclusief de medisch specialist in dienstverband) en welk deel dient ter honorering van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

Om de gelijkgerichtheid van belangen ten aanzien van het gezamenlijk resultaat tot uitdrukking te laten komen, pleit de OMS voor financiële medeverantwoordelijkheid van de medisch specialist voor het ziekenhuisresultaat. In verdergaande vorm kan zelfs gedacht worden aan mede-eigenaarschap.

Belangrijke voorwaarde van de minister is dat belangen van ziekenhuis en medisch specialist zoveel mogelijk op één lijn worden gebracht.

2.2 Fiscaal ondernemerschap en integrale tarieven

Tot en met 2014 wordt voldaan aan de ruling van de Staatssecretaris van Financiën die het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar onder voorwaarden garandeert. Dit is in 2011 overeengekomen in het convenant bekostiging medisch specialisten. Per 1 januari 2015 is het de vraag of nog aan de voorwaarden voor het fiscaal ondernemerschap kan worden voldaan.

De invoering van integrale tarieven kan zich, met het oog op fiscaal ondernemerschap, ontwikkelen als kans of bedreiging voor het creëren van gelijkgerichte belangen tussen raad van bestuur en medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

De mogelijkheid bestaat dat de inrichting van integrale bekostiging, met name de wijze van declareren, bijdraagt aan het voldoen aan de reguliere criteria voor het fiscaal ondernemerschap vanuit de wet en de fiscale rechtspraak. In dat geval ontstaan er voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en de raad van bestuur rust en ruimte om in een lokaal gekozen werkvorm en organisatievorm invulling te geven aan de gewenste gelijkgerichtheid van belangen tussen ziekenhuis en medisch specialist.

Mocht de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar binnen de nieuwe context van integrale bekostiging niet of moeizaam voldoen aan de reguliere criteria voor fiscaal ondernemerschap, dan leidt dit tot een risico voor zowel ziekenhuis als medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Als het fiscaal ondernemerschap niet - achteraf door de

belastingdienst - wordt toegekend, kan er heel wel sprake zijn van een (fictief) dienstverband. Dit leidt tot heffing van belasting en premies achteraf. Om dit te voorkomen, zal worden gezocht naar alternatieve scenario's.

Voor enkele medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren zal de overstap naar dienstverband een werkbare oplossing zijn, mits een aantal zaken zoals pensioenovergang en afkoop van goodwill wordt geregeld. Voor de meesten ligt een alternatief scenario voor de hand, waarbij in eerste aanleg vooral voor constructies zal worden gekozen buiten het ziekenhuis. Dit zal de (ver-)binding met het ziekenhuis en haar resultaten sterk verminderen. En is niet in lijn met het belang dat de OMS en ook andere belanghebbenden hechten aan meer gelijkgerichtheid van ziekenhuis en medisch specialist met het oog op het realiseren van de maatschappelijke agenda.

In bijlage 1 treft u een fiscale analyse aan waarin onder andere de criteria voor fiscaal ondernemerschap zijn uitgewerkt en een aantal scenario's is geschetst ten aanzien van het behoud van fiscaal ondernemerschap.

2.3 Concept advies NZa integrale tarieven

Op 30 januari 2013 kreeg de NZa opdracht van de minister van VWS om een uitvoeringstoets integrale tarieven medisch specialistische zorg uit te voeren. Uiterlijk 1 juli 2013 verwacht de minister een definitief advies.

Belangrijke voorwaarde van de minister is dat belangen van ziekenhuis en medisch specialist zoveel mogelijk op één lijn worden gebracht. Zij acht het van groot belang dat raad van bestuur en medische staf afspraken maken over productie, kwaliteit en doelmatigheid.

Op dit moment is het advies van de NZa aan VWS nog niet klaar. Wel heeft de NZa een concept advies opgesteld waarin richting wordt gegeven aan het te verwachten advies:

- De NZa gaat in haar concept advies uit van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf waarin medisch specialist en bestuur gelijkgerichte belangen hebben. Ze spreekt zich niet uit over de organisatievorm, wil niet dat de wijze van regulering dwingt tot een bepaalde organisatievorm en wil geen afbreuk doen aan de vrije keuze voor dienstverband of vrij beroep.
- Ten aanzien van het vervallen van de deelregulering van tarieven adviseert de NZa de bestaande indeling van gereguleerd en vrij segment te handhaven. En in het gereguleerd segment uit te gaan van een integraal maximumtarief waarin het honorarium als kostenpost wordt beschouwd.
- De NZa vermeldt dat het integraal tarief geen verbod op een gespecificeerde nota inhoudt.
- De NZa vermeldt dat zij in de declaratiebepaling vaststelt wie het integraal tarief declareert. Daarbij ziet de NZa twee mogelijkheden: het declaratierecht wordt vrijgelaten (en is lokaal overeen te komen), of de instelling declareert.
- Declaratie door de instelling met WTZi-toelating is de voorkeursoptie van de NZa. De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar declareert in de voorkeursoptie van de NZa uitsluitend aan de instelling. Deze 'aan' declaratie wordt beschouwd als onderlinge dienstverlening, waarvoor de NZa één algemene prestatie zou willen vaststellen.
- Bij deze voorkeursoptie merkt de NZa op dat deze kan leiden tot het vervallen van het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. En dat dit kan leiden tot organisatievormen waarin gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis en medisch specialist feitelijk wordt tegengewerkt. De NZa adviseert de minister dit gegeven te betrekken in haar besluitvorming dit najaar.

De OMS concludeert dat de NZa weliswaar het streven uit tot gelijkgerichtheid en vrije keuze voor dienstverband en vrij beroep, maar in de conceptuitwerking hiervoor niet veel ruimte laat.

De OMS is op het moment van schrijven van dit Witte Boek in gesprek met NZa en VWS over de consequenties van de door de NZa in concept voorgestelde uitwerking en streeft naar ruimte om te voldoen aan de criteria voor fiscaal ondernemerschap zodat er een vrije keuze blijft om te werken in vrij beroep of dienstverband.

2.4 Visie OMS

De OMS deelt het streven van de minister en de NZa om belangen van ziekenhuis en medisch specialist meer gelijk te richten. Met gelijkgerichte belangen kan samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist duurzaam vorm krijgen. En een goede samenwerking is randvoorwaardelijk voor het gezamenlijk realiseren van de grote en ambitieuze (maatschappelijke) doelstellingen binnen de zorgsector.

De OMS onderschrijft het streven om de deelregulering honorariumtarieven af te schaffen, de belemmeringen voor selectieve zorginkoop (omzetplafonds) weg te nemen en de macrokaders instellingen en vrijgevestigd specialisten samen te voegen.

De OMS ziet invoering van integrale bekostiging als kans om de randvoorwaarden voor samenwerking en realisatie van de maatschappelijke agenda te realiseren. Hiertoe moet lokaal een speelveld ontstaan waarin belangen gelijkgericht zijn. Herpositionering van de medisch specialist binnen de verdere ontwikkeling richting een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf is dan ook de insteek van het samenwerkingsmodel dat de OMS in dit Witte Boek presenteert.

Wanneer de medisch specialist, binnen het systeem van integrale tarieven, geen reële ruimte houdt om vrij te kiezen voor dienstverband of vrij beroep, voorziet de OMS onrust.

Dit is echter geen vanzelfsprekendheid. De medisch specialist moet binnen het systeem van integrale tarieven de mogelijkheid houden om ook de eigen positie vorm te geven binnen een geïntegreerd medisch bedrijf. Hierin is de vrij keuze voor vrij beroep of dienstverband een essentieel punt.

Wanneer de medisch specialist, binnen het systeem van integrale tarieven, geen reële ruimte houdt om vrij te kiezen voor dienstverband of vrij beroep, voorziet de OMS onrust. En constructies waarin medisch specialisten zich in eerste aanleg vooral op grotere afstand van het ziekenhuis organiseren. Beoogde doelstellingen die ten grondslag liggen aan de invoering van integrale bekostiging worden dan niet bereikt.

Ook de commissie Meurs voorziet geen grotere gelijkgerichtheid door een 'gedwongen' keuze voor dienstverband. Ze voegt hier aan toe dat participatie in juridische en financiële zin van medisch specialisten in een instelling in dat verband een interessante oplossingsrichting is, die onder meer gestimuleerd zou kunnen worden door een wet die winstuitkering in de curatieve zorg mogelijk maakt.

In het najaar brengt de OMS een Addendum uit bij dit Witte Boek waarin de implicaties van het definitieve advies van de NZa, de besluitvorming van de minister en de afspraken die de OMS met haar maakt, voor u worden uitgewerkt.

03

Samen-
werkingsmodel

In de afgelopen twee jaar is er door de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar in een relatief korte periode veel bereikt.

3.1 Uitgangspunten

Rust en ruimte

Ondanks het recente NZa concept advies aangaande integrale tarieven en de onzekerheid die dit met zich meebrengt, staat de OMS voor positionering van de medisch specialist gericht op samenwerking. De OMS is ervan overtuigd dat alleen hiermee wordt bijgedragen aan gelijkgerichtheid van belangen en het realiseren van de maatschappelijke agenda.

De OMS acht het van groot belang dat VWS vanuit haar verantwoordelijkheid de voorwaarden schept waarbinnen een samenwerkingsmodel kans heeft.

In het samenwerkingsmodel gaat de OMS van het volgende uit:

- Het besluit van de minister over de inrichting van integrale bekostiging biedt voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar reële ruimte om te voldoen aan de (reguliere) criteria waaraan de Belastingdienst de fiscale ondernemersstatus toetst.
- Winstuitkering door ziekenhuizen wordt mogelijk, in lijn met het nu voorliggende wetsvoorstel.
- De reikwijdte van de Wet Normering Topinkomens wordt niet verbreed naar alle medewerkers in de (semi) publieke sector.

Handhaving collectief

In de afgelopen twee jaar is er door de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar in een relatief korte periode veel bereikt. Vrij beroepsbeoefenaren hebben zich lokaal verenigd in een collectief, zijn onderlinge verdeelafspraken overeengekomen en hebben afspraken gemaakt met de raad van bestuur. Door grotere interne stabiliteit zijn zij een steeds professionelere partner binnen ziekenhuizen.

Gelet op de inrichting van een stabiele governancestructuur gaat het in dit Witte Boek beschreven samenwerkingsmodel uit van handhaving van het collectief van vrij beroepsbeoefenaren. Dit vormt het orgaan dat namens de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar afspraken maakt met de raad van bestuur én honorarium verdeelt. Het verdeelmodel dat binnen het collectief is overeengekomen ten tijde van het beheersmodel kan hiertoe worden voortgezet en/of worden doorontwikkeld.

Het samenwerkingsmodel betreft ook de medisch specialist in dienstverband. Zijn lokale vertegenwoordiging is dan ook sterk gewenst. Dit kan op verschillende manieren vorm krijgen. Bijvoorbeeld via een vereniging van medisch specialisten in dienstverband (VMSD). Deze fungeert dan als pendant voor het collectief van vrij beroepsbeoefenaren en is bedoeld als volwaardig gesprekspartner ten opzichte van de raad van bestuur. Een andere mogelijkheid is dat de medisch specialist in dienstverband integraal onderdeel wordt van het medisch specialistisch collectief.

Gefaseerd samenwerkingsmodel

Herpositionering van de medisch specialist gericht op verdere ontwikkeling van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf vormt het uitgangspunt bij de ontwikkeling van het nieuwe samenwerkingsmodel.

In de herpositionering van de medisch specialist ziet de OMS participatie als leidend principe. Dit betekent actieve deelname binnen het ziekenhuis, leidend tot het krijgen én nemen van verantwoordelijkheid.

Om tot de keuze voor een samenwerkingsvorm te komen, moet lokaal een afweging worden gemaakt ten aanzien van de financiële risico's die de medisch specialist bereid is te lopen. In essentie komt de keuze neer op het bepalen van het lokaal wenselijk en haalbaar optimum tussen:

- De mate waarin de medisch specialist financiële risico's loopt, bijbehorende zeggenschap en verantwoordelijkheid krijgt en verantwoording aflegt.
- De mate van gelijkrichten van belangen.

Wellicht zijn de gezamenlijke ambities groter dan de mogelijkheden die er lokaal zijn tot 2015 om deze te realiseren. In dat geval adviseert de OMS een gefaseerde implementatie afgestemd op de lokale ontwikkelingsnelheid.

De afgelopen anderhalf jaar heeft de OMS uiteenlopende participatiemodellen onderzocht en besproken in werkgroepbijeenkomsten met medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders. Hieruit is een samenwerkingsmodel voortgekomen dat voldoet aan de gestelde doelen en daarnaast realistisch en haalbaar is in de korte periode tot aan 2015. Binnen het model bestaat ruimte voor gefaseerde implementatie, lokale keuzes en inrichting.

Drie componenten

Het samenwerkingsmodel bestaat uit drie componenten die eventueel gefaseerd kunnen worden doorlopen:

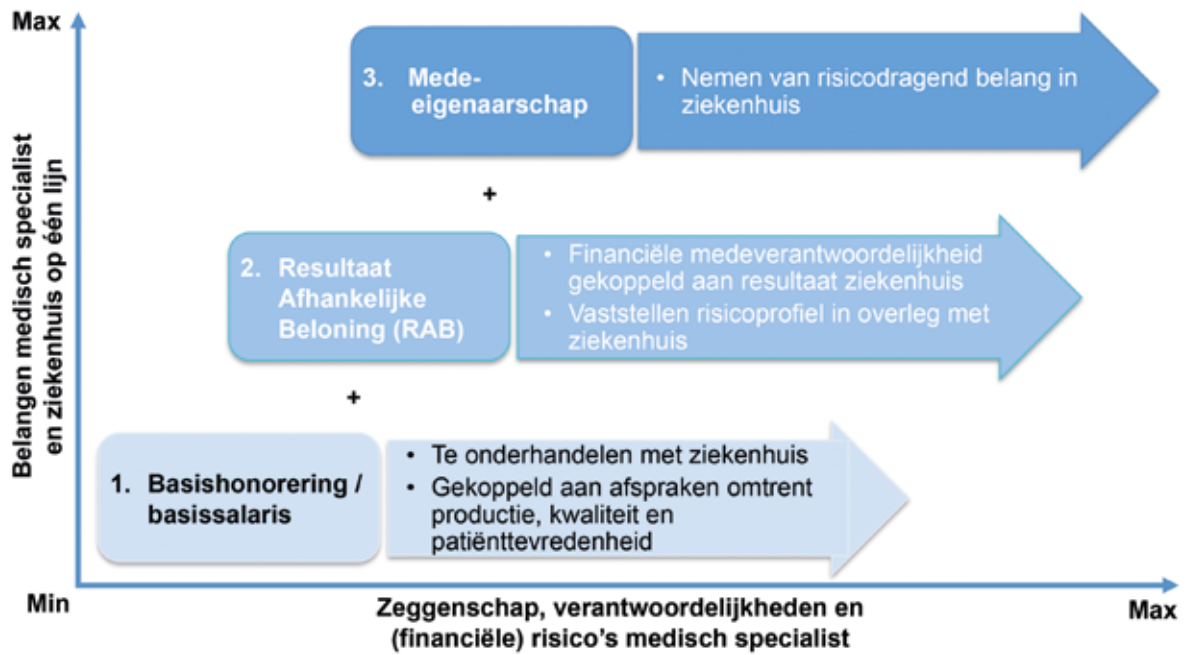
- 1 Basishonorering of basissalaris**
- 2 Financiële medeverantwoordelijkheid:** Om financiële medeverantwoordelijkheid te creëren, adviseert de OMS dat medisch specialisten (in vrij beroep én dienstverband) en het ziekenhuis als zakelijke partners afspraken maken over gezamenlijk te bereiken doelen en randvoorwaarden en hieraan een resultaatafhankelijke beloning koppelen.
- 3 Mede-eigenaarschap:** Meest vergaande vorm van samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist en bouwt voort op financiële medeverantwoordelijkheid.

Figuur 1 op de volgende pagina geeft de componenten van het samenwerkingsmodel schematisch weer, afgezet tegen x) de mate waarin de medisch specialist financiële risico's loopt en bijbehorende zeggenschap en verantwoordelijkheid krijgt en verantwoording aflegt en y) de mate van gelijkrichten van belangen.

3.2 Basishonorering

Invoering van integrale bekostiging betekent dat het omzetplafond vervalt en honorariumtarieven zijn gedereguleerd. Binnen deze context onderhandelt de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar vanuit het collectief direct met de raad van bestuur over zijn honorering.

De afspraak die wordt gemaakt over basishonorering, kan de vorm hebben van een vast bedrag dat onder voorwaarden van bijvoorbeeld productievolume, kwaliteit en patiënttevredenheid wordt uitgekeerd. Welke prestatie(s) de medisch specialist hiertoe op welke wijze declareert en aan wie is op dit moment nog niet definitief bekend. Dit volgt uit de besluitvorming van VWS en NZa dit najaar over de inrichting van integrale bekostiging per 2015.



Figuur 1: Samenwerkingsmodel

Ten aanzien van de basishonorering van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar kan aansluiting worden gezocht bij het honorarium omzetplafond uit de periode van het beheersmodel. Dit plafond kan geïndexeerd worden voor inflatie en voor met de zorgverzekeraars overeengekomen of gerealiseerde productiegroei of krimp¹. Dit lijkt een logisch en overzichtelijk uitgangspunt voor de totstandkoming van een nieuwe basishonorering. Het geeft rust en ruimte om het samenwerkingsmodel inhoudelijk verder te uit te werken.

De basishonorering kan, evenals onder de werking van het beheersmodel, worden aangevuld met een variabele honorering op basis van kwalitatieve of kwantitatieve indicatoren die betrekking hebben op de prestaties van de medisch specialist zelf. Zo'n variabele beloning dient te worden onderscheiden van een beloning die afhankelijk is van het financiële resultaat van het ziekenhuis.

Voor de medisch specialist in dienstverband en het ziekenhuis gelden de CAO Ziekenhuizen en de AMS. Hiervan kan niet in negatieve zin worden afgeweken.

3.3 Financiële medeverantwoordelijkheid

Principes

Om meer financiële medeverantwoordelijkheid te creëren, adviseert de OMS een samenwerkingsmodel tussen ziekenhuis en medisch specialist. Hierbinnen maken medisch specialist (in vrij beroep én dienstverband) en ziekenhuis als zakelijke partners afspraken over gezamenlijk te bereiken doelen en randvoorwaarden en koppelen hieraan een resultaatafhankelijke beloning.

Financiële medeverantwoordelijkheid gaat uit van een honorering die is gekoppeld aan het resultaat van het ziekenhuis. Op basis van historische resultaten kan worden bepaald wat het genormaliseerde resultaat van het ziekenhuis is voortkomend uit gewone bedrijfsvoering. Dit resultaat vormt het ijkpunt voor het bepalen van de mate waarin de medisch specialist in zijn honorering 'mee ademt' met het resultaat van het ziekenhuis.

De resultaatafhankelijke beloning is positief als doelen en randvoorwaarden zijn gerealiseerd en negatief als resultaten achterblijven en/of randvoorwaarden niet zijn ingevuld. De resultaatafhankelijke beloning vormt een aanvulling op het overeengekomen basishonorarium respectievelijk basissalaris.

Door de medisch specialist mee te laten delen in het resultaat ontstaat een stimulans om de concurrentiepositie te verbeteren door het streven naar hoge kwaliteit, patiënttevredenheid en (kosten-) efficiëntie.

¹ Het honorarium omzetplafond is vooral een geschikt uitgangspunt op het moment dat in de afgelopen jaren geen grote over- of onderschrijding is gerealiseerd. Wanneer bijvoorbeeld grote overschrijdingen zijn ontstaan door een te laag omzetplafond of een *veel grotere productie, dan is correctie op zijn plaats.

Een resultaatafhankelijke beloning zal niet eenzijdig productieverhogend werken. Zorgverzekeraars zullen vanuit hun inkooprol het productievolume willen beheersen en raden van bestuur zullen dit vertalen in hun afspraken met de medisch specialisten. Als ultimum remedium is er het landelijk macrobeheersingsinstrument dat groei zal limiteren.

Hoe het resultaat van het ziekenhuis zich ontwikkelt, is niet alleen afhankelijk van de gerealiseerde operationele en efficiency verbeteringen. Onderhandelde tarieven met zorgverzekeraars, onder andere gerelateerd aan locatie, de regionale zorgvraag en het zorgaanbod hebben hier ook invloed op. Binnen een concurrerende omgeving is er geen garantie op een positief resultaat.

Juridische randvoorwaarden zijn dat het honorarium van de medisch specialist wordt gedereguleerd, en dat, indien de resultaatafhankelijke beloning wordt uitgekeerd door het ziekenhuis, dit niet in strijd komt met de WTZi c.q. de voorgenomen Wet winstuitkering.

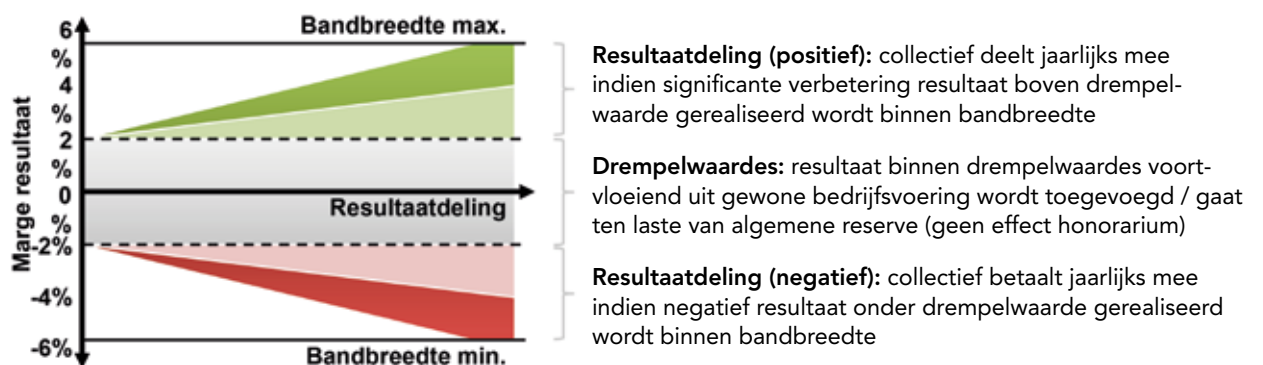
Deze laatste randvoorwaarde vormt mogelijk een belemmering, waarover de OMS nog wil spreken met de minister van VWS.

Inrichting

De technische invulling van financiële medeverantwoordelijkheid in de vorm van een resultaatafhankelijke beloning kan op verschillende manieren worden vormgegeven. De OMS heeft samen met LOGEX een uitwerking gemaakt die voldoet aan de gestelde criteria én mogelijkheden biedt lokaal te differentiëren.

In figuur 2 is de technische werking van de resultaatafhankelijke beloning weergegeven.

Een aantal parameters moet met het ziekenhuis en binnen het collectief of ander vertegenwoordigend orgaan van medisch specialisten worden overeengekomen om financiële medeverantwoordelijkheid in te richten.



Figuur 2: Technische werking resultaatafhankelijke beloning

Reikwijdte

Zoals vermeld kan financiële medeverantwoordelijkheid ingericht worden voor zowel de medisch specialist in dienstverband als de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Voor de medisch specialist in dienstverband gelden de CAO Ziekenhuizen en de AMS. Hiervan kan in negatieve zin niet worden afgeweken.

Afspraken over financiële medeverantwoordelijkheid worden met de raad van bestuur gemaakt door het vertegenwoordigend orgaan van de medisch specialist. Wanneer alleen vrij beroepsbeoefenaren deelnemen, zal dit het collectief kunnen zijn.

Wanneer ook de medisch specialisten in dienstverband financiële medeverantwoordelijkheid willen dragen, kunnen deze onderdeel worden van het collectief of zich laten vertegenwoordigen door een eigen vereniging van medisch specialisten in dienstverband (VMSD).

Overigens zullen de overeen te komen parameterwaardes voor de medisch specialist in dienstverband anders zijn dan die voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. De medisch specialist in dienstverband kent geen malus. De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar kent een grotere risicodragendheid.

Resultaatdomein

De OMS adviseert bij de inrichting van financiële medeverantwoordelijkheid het resultaat behaald door het ziekenhuis als geheel als basis te hanteren. Financiële medeverantwoordelijkheid op ziekenhuisniveau leidt tot de sterkste stimulans om binnen het collectief of een ander vertegenwoordigend orgaan tot robuuste onderlinge afspraken te komen en elkaar aan te spreken op de nakoming ervan. Op deze wijze worden belangen tussen ziekenhuis en collectief én tussen de leden van het collectief onderling het meest op één lijn gebracht.

Een alternatief is resultaatdeling op het niveau van de resultaatverantwoordelijke eenheid of vakgroep. Dit alternatief leidt tot veel extra aannames in het inrichten van financiële medeverantwoordelijkheid. Zoals het vaststellen van interne verrekenprijzen en de differentiatie tussen meer en minder kapitaalintensieve RVE's of vakgroepen. Binnen een systeem van financiële afrekening op RVE niveau kunnen deelbelangen en interne concurrentie tussen RVE's en vakgroepen ontstaan.

Resultaatdefinitie

Collectief en ziekenhuis komen een strikte resultaatdefinitie overeen. Er kan gekozen worden het (genormaliseerde) netto resultaat als basis te gebruiken voor de bepaling van de resultaat afhankelijke beloning over enig jaar. Voor een betere reflectie van het operationeel resultaat kan in overleg gekozen worden het netto resultaat vóór afschrijvingen en financieringskosten (EBITDA) te hanteren en de parameters hierop aan te passen².

² Voor een goede vergelijkbaarheid ten opzichte van eerdere jaren is het belangrijk om de basishonorerings niet mee te nemen in de resultaatdefinitie.

Risicobereidheid

Het collectief bepaalt intern de risicobereid van haar leden. De risicobereidheid is een belangrijk criterium voor het bepalen van de inzet van het collectief in het maken van afspraken met het ziekenhuis over financiële medeverantwoordelijkheid.

De OMS vindt het belangrijk om binnen het model voldoende vrijheid te bewaren voor het risico dat het collectief acceptabel acht om recht te doen aan lokale situaties. De risicobereidheid is bepalend voor de mate waarin de belangen verder op één lijn komen te liggen. Bij het opstellen van het risicoprofiel dient het uitgangspunt altijd te zijn dat risico en rendement in balans zijn. Figuur 3 geeft de elementen weer die de risicobereidheid bepalen.

Als het collectief een meer risico-averse benadering heeft, zal het kiezen voor hogere drempelwaarden, een smallere bandbreedte en een laag percentage resultaatdeling. Zoekt het collectief meer risico's (en bijbehorende honorering) dan zal worden gekozen voor lagere drempelwaarden, een ruimere bandbreedte en een hoger percentage resultaatdeling. Een risico-neutrale houding leidt tot gemiddelde parameterwaarden.

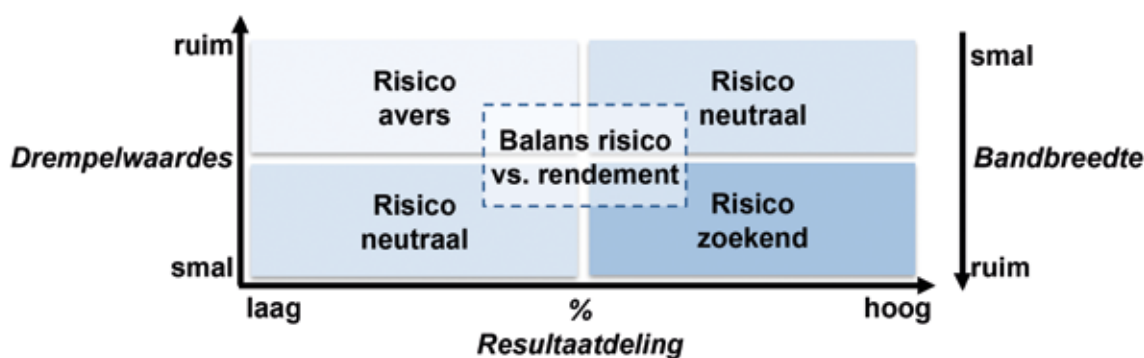
Gelijkgerichtheid van belangen zal toenemen naarmate het collectief bereid is meer risico te nemen en de honorering verder in lijn te brengen met het resultaat van het ziekenhuis als geheel.

Bandbreedte

Collectief en het ziekenhuis spreken een positieve en negatieve bandbreedte af ten opzichte van de basis-honorering. Binnen deze bandbreedte wordt een resultaatafhankelijke beloning uitgekeerd of terugbetaald (meebetalen aan operationeel verlies van ziekenhuis). Dit betekent dat er jaarlijks een maximale resultaatafhankelijke beloning is, in positieve en negatieve zin. Het ligt voor de hand dat deze positieve en negatieve bandbreedtes symmetrisch zijn.

Drempelwaarden

Collectief en ziekenhuis komen drempelwaarden in het financieel resultaat overeen vanaf waar een positieve of negatieve resultaatafhankelijke beloning van toepassing is.



Figuur 3: Elementen risicobereidheid

Wanneer het financieel resultaat van het ziekenhuis binnen de drempelwaardes valt, is er geen sprake van een resultaatafhankelijke beloning. Pas wanneer het resultaat buiten de drempelwaardes komt, zal het collectief een resultaatafhankelijke beloning ontvangen of betalen.

Als reëel vertrekpunt voor het bepalen van drempelwaardes ziet de OMS drempelwaardes gekoppeld aan het genormaliseerd historisch resultaat. Stel dat dit resultaat +2% bedraagt dan zal de drempelwaarde ten behoeve van een positieve resultaatafhankelijke beloning 2% bedragen. Immers, dit resultaat realiseert het ziekenhuis in de huidige situatie al. De drempelwaardes zullen over het algemeen symmetrisch zijn.

Percentage resultaatdeling

Wanneer het financieel resultaat buiten de drempelwaardes valt, is een resultaatafhankelijke beloning van toepassing. De hoogte van deze beloning wordt enerzijds bepaald door de overeengekomen bandbreedtes en drempelwaardes, anderzijds door het percentage resultaatdeling.

Wijze van uitkering

Collectief en ziekenhuis komen overeen op welke wijze het collectief een uitkering ontvangt, of een terugbetaling doet. Als binnen het collectief startende en uittredende medisch specialisten een andere voorkeur zal hierover consensus moeten worden bereikt, alvorens afspraken worden gemaakt met het ziekenhuis. Compensatieafspraken binnen het collectief kunnen in een oplossing voorzien.

Als alternatief voor een directe positieve uitkering kan er ook worden gekozen voor een vorm van herinvesteren. Positieve resultaatdeling kan ook worden ingebracht als lening aan het ziekenhuis. Tot slot is het mogelijk afspraken te maken waarbinnen de opbrengsten van

resultaatdeling worden gebruikt om (een optie op) een belang in het ziekenhuis te verwerven.

Overige aandachtspunten

Het collectief en het ziekenhuis komen aanvullende randvoorwaarden overeen waaronder een positieve resultaatafhankelijke beloning wordt toegekend. Andersom worden ook randvoorwaarden gedefinieerd en afgesproken waaronder een negatieve resultaatdeling wordt toegekend door het collectief aan het ziekenhuis.

Overige randvoorwaarden kunnen onder andere te maken hebben met minimale solvabiliteitseisen of solvabiliteitsdoelstellingen van het ziekenhuis of materiële wijzigingen in de situatie van het ziekenhuis (eg. een veranderde eigendomssituatie of acute financiële/liquiditeitsproblemen).

3.4 Mede-eigenaarschap

Principes

Mede-eigenaarschap is de meest vergaande vorm van participatie van de medisch specialist in de instelling en kan voortbouwen op het samenwerkingsmodel ten behoeve van financiële medeverantwoordelijkheid.

Mede-eigenaarschap van de medisch specialist beperkt zich op dit moment vooral tot gedeeld eigenaarschap met het ziekenhuis van bijvoorbeeld een ZBC. Er zijn echter verdergaande modellen denkbaar waarin gedeeld eigenaarschap van de medisch specialist en het ziekenhuis is georganiseerd in een samenwerkingsverband waarin (een deel van) de ziekenhuisexploitatie is ondergebracht.

De invoering van het wetsvoorstel 'voorwaarden winstuitkering' is randvoorwaardelijk om bij mede-eigenaarschap ook te komen tot het uitkeren van winst. Bovendien bevat het wetsvoorstel een aantal belangrijke beperkingen.

In het geval van mede-eigenaarschap hebben medisch specialist en ziekenhuis een optimaal gelijkgericht en direct belang bij het (kwalitatieve financiële) resultaat.

In het geval van mede-eigenaarschap hebben medisch specialist en ziekenhuis een optimaal gelijkgericht en direct belang bij het (kwalitatieve en financiële) resultaat. Als mede-eigenaar van het ziekenhuis loopt de medisch specialist financieel risico voor het bedrag dat hij heeft geïnvesteerd.

Voor de medisch specialist als mede-eigenaar zou een honorering kunnen passen vergelijkbaar met bijvoorbeeld een advocatenkantoor met partnerstructuur. Dat betekent een basishonorering (of basissalaris), een resultaatafhankelijke beloning, eventueel aangevuld met een vergoeding over het geïnvesteerd (eigen) vermogen en uitkering van de resterende winst.

Mede-eigenaarschap staat open voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en de medisch specialist in dienstverband. Ten aanzien van de vrij beroepsbeoefenaar dient een keuze te worden gemaakt of de specialisme-maatschappen blijven bestaan.

Inrichting

Een aantal parameters moet met het ziekenhuis en binnen het collectief of een ander vertegenwoordigend orgaan van medisch specialisten worden overeengekomen met betrekking tot het inrichten van mede-eigenaarschap.

Reikwijdte

Zoals vermeld kan mede-eigenaarschap ingericht worden voor de medisch specialist in dienstverband en de medisch specialist in vrij beroep.

Afspraken hierover worden met de raad van bestuur gemaakt door het vertegenwoordigend orgaan van de medisch specialist. Wanneer alleen vrij beroepsbeoefenaars deelnemen, zal dit het collectief kunnen zijn.

Wanneer ook de medisch specialist in dienstverband mede-eigenaarschap nastreven, kan deze onderdeel worden van het collectief of zich laten vertegenwoordigen door een vereniging van medisch specialisten in dienstverband (VMSSD).

Het is tevens mogelijk mede-eigenaarschap uit te breiden naar een bredere groep belanghebbenden binnen het ziekenhuis.

Juridische vormgeving

Er kan worden gedacht aan de mogelijkheid dat het ziekenhuis (de stichting) de ziekenhuisexploitatie onderbrengt in een andere, nieuw op te richten rechtspersoon waarin (ook) medisch specialisten aandelen of daarmee vergelijkbare rechten kunnen verwerven.

Die andere rechtspersoon kan bijvoorbeeld een besloten vennootschap (BV), naamloze vennootschap (NV) of coöperatie naar Nederlands recht zijn, of een limited liability partnership (LLP) naar Engels recht.

Een andere mogelijkheid is dat de stichting zichzelf omzet in een andere rechtsvorm zoals een BV, NV of coöperatie naar Nederlands recht waarin (ook) medisch specialisten aandelen of daarmee vergelijkbare rechten kunnen verwerven.

In bijlage 2 treft u een nadere uitwerking van juridische vormgeving aan.

Waardebepaling inbreng

Wanneer door ziekenhuis en medisch specialisten het medisch specialistisch zorgbedrijf in mede-eigendom geëxploiteerd gaat worden, dient onder meer te worden vastgesteld welke partij, wat, wanneer, tegen welke waarde inbrengt en wat deze partij daarvoor terugkrijgt.

De OMS adviseert om met specialistische ondersteuning en in afstemming tussen ziekenhuis en medisch specialisten tot een waardebeoordeling van die inbreng te komen.

Bij de waardering is het van belang onderscheid te maken tussen de totale ondernemingswaarde en de marktwaarde van het eigen vermogen. De marktwaarde van het eigen vermogen wordt berekend door de netto schulden af te trekken van de ondernemingswaarde.

De door de medisch specialisten te betalen koopsom wordt toegevoegd aan het eigen vermogen van de rechtspersoon.

Toelatingsovereenkomst / arbeidsovereenkomst / overeenkomst van dienstverlening

Als mede-eigenaar van het ziekenhuis, staat het de betrokken medisch specialist in beginsel vrij binnen de instelling te werken als vrij beroepsbeoefenaar of als medisch specialist in dienstverband.

Ten aanzien van de honorering kan aangesloten worden bij het model van financiële medeverantwoordelijkheid. Hiermee bestaat de beloning van de betrokken medisch specialist dan uit:

- Basishonorering of basissalaris.
- Resultaatafhankelijke beloning (voor de vrijberoepsbeoefenaar positief of negatief).
- Eventueel winstuitkering.
- Bij verkoop: waardetoeename van het aandeel/de participatie.

Een resultaat afhankelijke beloning en een winstuitkering kunnen elkaar substitueren. Immers, een resultaatafhankelijke beloning kan daarna niet meer als winst worden uitgekeerd.

De positieve effecten van aandeelhouderschap (maximale gelijkgerichtheid van belangen tussen ziekenhuis en collectief) kunnen deels bereikt worden via een zogenaamd voorwaardelijk koopcontract of optiestructuur.

Voorwaardelijk aandeelhouderschap

Momenteel is de omgeving en professionele relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuis nog niet overal voldoende ontwikkeld om mede-eigenaarschap door de medisch specialist per 2015 te realiseren.

Zo moet in enkele gevallen de zakelijke relatie tussen collectief en ziekenhuis verder professionaliseren voordat deze vergaande vorm van participatie haalbaar wordt. Vanuit dit oogpunt is het belangrijk dat de governance en organisatiestructuur van het ziekenhuis verder wordt opgebouwd.

De positieve effecten van aandeelhouderschap (maximale gelijkgerichtheid van belangen tussen ziekenhuis en collectief) kunnen deels bereikt worden via een zogenaamd voorwaardelijk koopcontract of optiestructuur.

In deze juridisch en fiscaal complexe vorm vindt de waardering van het ziekenhuis plaats op moment $t = 0$ (bijvoorbeeld 2015) en kan op een later tijdstip ($t = 1$) de daadwerkelijke transactie (verwerving belang) plaatsvinden. Deze vorm biedt meer tijd voor ziekenhuis en medisch specialist om op het gebied van governance en juridische vormgeving zorgvuldige stappen te zetten en de invoering van het wetsvoorstel winstuitkering af te wachten. Tegelijkertijd kunnen de positieve effecten van mede-eigenaarschap wel grotendeels worden gerealiseerd en hoeft de medisch specialist niet af te rekenen over mede door hem gecreëerde ondernemingswaarde tussen $t = 0$ en $t = 1$.

0

4

Governance

Het samenwerkingsmodel vraagt om een aangepaste verantwoordelijkheidsverdeling. Daar waar de medisch specialist belang heeft bij het resultaat van de instelling, zal het vraagstuk rond zeggenschap en verantwoording aan de orde komen. Naarmate het risico dat de medisch specialist loopt, stijgt ook zijn behoefte aan zeggenschap.

Corporate governance draait om hoe een onderneming goed, efficiënt en verantwoord wordt geleid en op welke wijze verantwoording wordt afgelegd aan belanghebbenden waaronder eigenaren (aandeelhouders), werknemers, afnemers en de samenleving als geheel.

4.1 Governance in zorginstellingen

Verantwoordelijkheden

In de huidige situatie is de raad van bestuur van het ziekenhuis met WTZi-toelating eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en faciliteert, investeert, controleert en handhaaft om die eindverantwoordelijkheid vorm en inhoud te kunnen geven. Dat wordt gezien als een systeemverantwoordelijkheid, waarbij het gaat om het organiseren van zorg en het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen).

De kwaliteit van zorg zoals die door de patiënt aan den lijve wordt ondervonden, leveren de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten en (direct en indirect) betrokken medewerkers van het ziekenhuis. Inhoudelijk is deze verantwoordelijkheid georiënteerd op de individuele zorg van de patiënt die tuchtrechtelijk gesanctioneerd kan worden via de wet BIG (over het algemeen geldend voor een individuele medisch specialist en soms de vakgroep/maatschap) en civielrechtelijk op grond van de WGBO. Daarnaast is de raad van bestuur medeverantwoordelijk via de WGBO.

Aanknopingspunten

Vanuit de commissie Healthcare Governance zijn in 1999 aanbevelingen gedaan met betrekking tot de inrichting van governance in zorginstellingen. In Nederland is de Zorgbrede Governancecode 2010 van toepassing op zorginstellingen. De Zorgbrede Governancecode 2010 is niet vrijblijvend. Kernpunt binnen deze code is dat een goede inrichting van besturing, verantwoording, toezicht en zeggenschap een noodzakelijke randvoorwaarde is voor het leveren van goede zorg.

In 2010 heeft de OMS het Kwaliteitskader voor medisch specialisten en raden van bestuur gepubliceerd waarin invulling is gegeven aan de wijze waarop tot interne verantwoording over het handelen van de medisch specialist kan worden gekomen.

In het kader van de vernieuwing van de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist in dienstverband (AMS) wordt de mogelijkheid onderzocht het professioneel statuut aan te passen. Het statuut dat ontstaat, is beoogd om ook van toepassing te kunnen zijn op de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Het biedt een breed kader voor invulling van governance en staat los van dienstverband of vrij beroep.

4.2 Inrichting

Zowel in een samenwerkingsmodel van financiële medeverantwoordelijkheid als mede-eigenaarschap zal een verdere verbinding tussen de besturingsstructuur van ziekenhuis en medisch specialist nodig zijn. De integratie van besturingsstructuur van het ziekenhuis en de medische staf neemt toe naarmate voor een intensievere samenwerkingsvorm wordt gekozen.

Financiële medeverantwoordelijkheid

In het model van financiële medeverantwoordelijkheid zou op drie niveaus verbinding moeten bestaan tussen ziekenhuis en medisch specialist.

Strategisch niveau

Op strategisch niveau kan een verbinding worden gelegd tussen raad van bestuur en het bestuur van het vertegenwoordigend orgaan van de medisch specialist. Deze relatie kenmerkt zich door actieve betrokkenheid en verantwoordelijkheid ten aanzien van beleid en besluitvorming rond keuzes in patiëntenzorg, profiel van het ziekenhuis, samenwerking, (nieuw)bouw, concentratie en spreiding van zorg.

De verbinding op dit niveau wordt over het algemeen reeds vormgegeven door een beleidsinhoudelijk overleg tussen het medisch stafbestuur en het bestuur van het ziekenhuis. Dit kan een stap verder gaan door formele vertegenwoordiging in het ziekenhuisbestuur vanuit het stafbestuur en/of medische staf of toetreding van een medisch specialist of (leden van) het stafbestuur tot het ziekenhuisbestuur als bestuurder.

Tactisch niveau

Op tactisch niveau vereist financiële verantwoordelijkheid betrokkenheid namens de vakgroep bij inrichting en besturing van een afdeling of cluster. Hieraan kan een formele positie als afdelingshoofd zijn gekoppeld, eventueel in duaal management met een niet-medisch bedrijfsleider.

Daarnaast houdt dit in dat de medische staf betrokken is (of blijft) in het medisch beleidsplan als (integraal) onderdeel van het strategisch plan van het ziekenhuis. En dat er betrokkenheid is namens de medische staf, vakgroep/maatschap in prijs en volumeafspraken met ziekenhuis-

bestuur en zorgverzekeraar, inrichting van doelmatige zorg en financieel management.

Operationeel niveau

Op operationeel niveau vereist financiële medeverantwoordelijkheid van de individuele medisch specialist of vakgroep/maatschapsvoorzitter dat hij collega's en medewerkers binnen de ziekenhuisunit dagelijks aanstuurt in het leveren van kwalitatief goede zorg aan de individuele patiënt binnen de bedrijfsmatige kaders. Hieraan kan een formele positie van de medisch specialist als unithoofd zijn gekoppeld. In ieder geval moet er sprake zijn van actieve betrokkenheid van de individuele medisch specialist of vakgroep/maatschapsvoorzitter bij inrichting en besturing van de unit.

Verbinding op operationeel niveau vereist een goede eigen organisatie van maatschap of vakgroep en vraagt om verdieping en inzicht in de processen, bedrijfsmatige aspecten en kaders van de unit omliggende processen en organisatieonderdelen.

Mede-eigenaarschap

In geval van mede-eigenaarschap kan worden voortgebouwd op de governancestructuur die past bij de inrichting van financiële medeverantwoordelijkheid. Ook in dit geval geldt dat de hoogte van het te nemen risico maatgevend is voor de gewenste mate van zeggenschap.

Bij mede-eigenaarschap is sprake van de algemene vergadering van aandeelhouders (AVA) bij een NV of BV, respectievelijk ledenvergadering bij een coöperatie, respectievelijk matenvergadering bij een LLP, waarin ook de medisch specialist is vertegenwoordigd. In geval van een BV hebben aandeelhouders stemrecht in de AVA en recht op dividend in ruil voor het volstorten van hun aandelen.

De AVA benoemt de raad van commissarissen en beslist over belangrijke wijzigingen in de inrichting van de ziekenhuis BV. De raad van commissarissen benoemt de raad van bestuur.

Voor zover de stichting ziekenhuis de WTZi-instelling blijft, zal de stichting verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorgverlening. Deze verantwoordelijkheid wordt door de stichting neergelegd bij de ziekenhuis BV die hierover verantwoording aflegt aan de stichting. Voor zover de ziekenhuis BV (of andere rechtspersoon) beschikt over een WTZi-toelating is de ziekenhuis BV rechtstreeks verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening.

05

Randvoor-
waarden en
aandachtspunten

Bij de invoering van integrale bekostiging en het lokaal kiezen en inrichten van een samenwerkingsmodel ziet de OMS, naast het behoud van de vrij keuze voor dienstverband en vrij beroep, een aantal randvoorwaarden en aandachtspunten.

5.1 Invoering wetsvoorstel winstuitkering

In februari 2012 is een wetsvoorstel ingediend dat winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg mogelijk maakt. AWBZ-instellingen en academische ziekenhuizen vallen niet onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel. Het wetsvoorstel is controversieel verklaard na de val van het Kabinet Rutte-I, vervolgens in aangepaste vorm opgenomen in het regeerakkoord en inmiddels in de vorm van een wijzigingsvoorstel voorgelegd.

De hoofddoelstelling van het wetsvoorstel is een verbetering van de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van medisch-specialistische zorg. Aanbieders krijgen de mogelijkheid om investeerders aan te trekken die een bijdrage leveren in de vorm van risicodragend (eigen) vermogen. Dit komt direct de solvabiliteit en continuïteit van de instelling ten goede.

De stimulans die uitgaat van winstuitkering zorgt er naar verwachting ook voor dat de bedrijfsvoering van deze aanbieders verbetert. Door een verbetering van hun vermogenspositie krijgen aanbieders meer ruimte om investeringen te financieren, wat innovatieve ontwikkelingen voor patiëntenzorg laagdrempeliger mogelijk maakt. Ook wordt het voor nieuwe toetreders gemakkelijker om de markt te betreden, waardoor meer dynamiek ontstaat.

De nota van wijziging van februari 2013 is een uitwerking van het regeerakkoord. Daarin staat: 'De mogelijkheid om winst uit te keren in de zorg zal zo ingeperkt worden dat het alleen interessant is voor investeerders met een langetermijnperspectief. Winstuitkering is alleen moge-

lijk bij een surpluswinst boven 20 procent solvabiliteit en alleen bij winst uit reguliere exploitatie.' Deze aanvullende voorwaarden worden met de nota van wijziging in het wetsvoorstel opgenomen.

Het wetsvoorstel voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg biedt mogelijkheden om belangen van medisch specialist en ziekenhuis verder gelijk te richten door de weg te effenen naar mede-eigenaarschap van de medisch specialist.

5.2 Geen uitbreiding reikwijdte wet normering topinkomens

In december 2011 is bij de behandeling van het wetsvoorstel Normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT) een amendement van Gerbrands/ Brinkman (PVV) aangenomen. Hierdoor valt de zorg onder het bezoldigingsmaximum voor topfunctionarissen, dat nu ligt op € 187.340,- (= 130% van het ministersalaris). Daarbij is ook de ontslagvergoeding gemaximeerd. Dit wetsvoorstel is op 13 november 2012 aangenomen door de Eerste Kamer.

Daarnaast is in het regeerakkoord voorgesteld het bezoldigingsmaximum te verlagen naar 100% van het ministersalaris en de reikwijdte te verbreden naar alle medewerkers in de (semi)publieke sector. Hiervoor ligt nog geen concreet voorstel. Het ministerie van Binnenlandse Zaken heeft de toezegging gedaan werknemersorganisaties te betrekken bij de uitvoering van onderdelen van het regeerakkoord. De deadline hiervoor is aangepast naar januari 2014.

De OMS ziet de WNT niet als een geschikt instrument om te komen tot de doelstelling om belangen meer gelijk te richten.

Mocht de WNT van toepassing worden verklaard op alle medewerkers in de (semi) publieke sector - en daarmee

Uitgangspunt van de OMS is dat ook na 2015 mogelijkheden blijven bestaan het vrij beroep uit te oefenen. Ten aanzien van de goodwilldragendheid van praktijken hoeft dan in beginsel ook niets te veranderen.

ook op de medisch specialist in dienstverband - dan stimuleert dit niet het gelijkrichten van belangen en samenwerken binnen de instelling. Integendeel: de OMS voorziet onrust, ontevredenheid en een zoektocht naar constructies om niet onder de WNT te hoeven vallen. Dit leidt af van de fundamentele vraagstukken en uitdagingen binnen de instelling rond bijvoorbeeld kwaliteit en veiligheid van zorg, transparantie, doelmatigheid en resultaatverantwoordelijkheid.

De OMS acht het van groot belang dat de politiek dit onderkent en van uitbreiding van de reikwijdte van de WNT afziet.

5.3 Goodwill

Maatschappen van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren zijn veelal goodwilldragend. Dat wil zeggen dat toetreders een bedrag aan goodwill betalen bij het verwerven van een praktijkaandeel. En omgekeerd blijvende of vertrekkende maten goodwill ontvangen als zij (een deel van hun praktijk-) aandeel overdragen. Met goodwill wordt de waarde van een praktijk(-aandeel) tot uitdrukking gebracht op basis van de mogelijkheden hierin een bepaald inkomen te genereren.

Uitgangspunt van de OMS is dat ook na 2015 mogelijkheden blijven bestaan het vrij beroep uit te oefenen. Ten aanzien van de goodwilldragendheid van praktijken hoeft dan in beginsel ook niets te veranderen.

Goodwillbetaling ineens kan als drempel tot toe- of uittreding worden ervaren. Deze drempel kan worden verlaagd door invoering van een in- en uitverdienregeling. Bij een inverdienregeling wordt goodwill in een praktijk verworven middels een tijdsevenredige opbouw door goodwill in delen te betalen vanuit een winstaandeel. Spiegelbeeld hiervan is de uitverdienregeling, waarbij een vertrekker zijn praktijkdeel overdraagt en de betaling van goodwill afhankelijk wordt gesteld van toekomstige

praktijkwinsten. De regeling wordt getroffen tussen toetreders en blijvende maten enerzijds en tussen uittreders en blijvende maten anderzijds.

Een in- of uitverdienregeling heeft naast een drempelverlagende werking echter ook veel nadelen. Zo zijn in een dergelijke regeling vertrekker dan wel blijvende maten financieel van de toetreders. Dit kan de onderlinge relaties vertroebelen, maar ook leiden tot een onevenredige last voor de blijvende maten bij het vertrek van meerdere collega's ineens. Om die reden is de OMS dan ook niet perse voorstander van een in- en uitverdienregeling.

Als lokaal voor een in- en uitverdienregeling wordt gekozen, dan beveelt de OMS aan dit niet ad hoc af te spreken en bij voorkeur op collectiefniveau in te voeren.

De OMS stelt handreikingen beschikbaar voor invoering van een dergelijk model in de vorm van een rekenmodel en modelcontracten.

5.4 Regiomaatschap

Hoewel samenwerking of fusie tussen instellingsoverstijgende maatschappen niet nieuw is, heeft deze ontwikkeling de (politieke) aandacht in het licht van de implementatie van integrale tarieven in 2015.

De medisch specialist (vrij beroepsbeoefenaar) in een regiomaatschap is (meestal) lid van de medische staf en eventueel van het collectief in het "eigen" ziekenhuis. Hij is daarnaast buitengewoon lid van de medisch staf en eventueel lid van het collectief in de ziekenhuizen waarmee wordt samengewerkt. De medisch specialist heeft een toelatingsovereenkomst of andere vorm van samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis waarin werkzaamheden worden verricht.

De raden van bestuur dragen eindverantwoordelijkheid voor samenwerkingsverbanden die de toegelaten medisch specialisten aangaan.

Samenwerking in een regiomaatschap leidt niet zelden tot herallocatie van zorgactiviteiten tussen de betrokken maatschappen en ziekenhuizen. Dit heeft een direct gevolg voor het zorgprofiel en de infrastructuur van het ziekenhuis en voor de beroepsuitoefening en de inkomenspositie van andere medisch specialisten.

Wanneer zorg via de vorming van regiomaatschappen op één locatie wordt geconcentreerd, is naar het oordeel van de Autoriteit Consument en Markt (ACM – voorheen NMa) sprake van horizontale samenwerking tussen twee of meer ziekenhuizen. De ACM stelt in dit verband dat zij een maatschap van medisch specialisten in een ziekenhuis in de context van de Mededingingswet beschouwt als een economische eenheid met het ziekenhuis. Het ziekenhuis en de specialistenmaatschap(pen) kwalificeren als één onderneming. Samenwerking of fusie tussen maatschappen van verschillende ziekenhuizen beoordeelt de ACM als een samenwerking tussen de ziekenhuizen. En deze moet worden getoetst aan het kartelverbod.

In bijlage 3 is nader ingegaan op het ontstaan van de regiomaatschap, het onderzoek dat iBMG in opdracht van de NZa onlangs uitvoerde naar vorming van regiomaatschappen, de insteek van de ACM en de zienswijze van de NZa.

De OMS adviseert bij de vorming van een regiomaatschap deskundig advies in te winnen op bovengenoemde terreinen van AMM en mededinging én fiscaliteit.

5.5 Substitutie en taakherschikking

De OMS richt zich op een doelmatige inzet van middelen met behoud van de kwaliteit van zorg en goede afstemming van taken en (eind)verantwoordelijkheden tussen verschillende niveaus van zorg en de beroepsgroepen. Taakherschikking en substitutie kunnen aan dit streven bijdragen. Uitgangspunt daarbij is dat de juiste zorg, op de juiste plek (met de juiste faciliteiten), door de juiste zorgverlener (met de juiste competenties) op het juiste moment geleverd kan worden aan de individuele patiënt.

In de beleidsbrief “Van systemen naar mensen” (februari 2013) beschrijft VWS concrete maatregelen om (extra) kostenbesparing te realiseren en verbetering van kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen. Een doelmatiger organisatie van het zorgveld door concentratie van complexe zorg en spreiding en substitutie van eenvoudige (basis-)zorg dichterbij de patiënt, heeft hoge prioriteit. Mogelijke belemmeringen in structuur en financiering van zorg die verdere implementatie van substitutie en taakherschikking hinderen worden aangepakt om de beoogde herinrichting van zorg te realiseren.

Met de invoering van integrale tarieven in 2015 is een efficiënte inrichting van zorgprocessen in het ziekenhuis een gezamenlijk belang voor ziekenhuis en medisch specialist. Taakherschikking van laagcomplexere en routinematige taken van de medisch specialist naar andere beroepsbeoefenaren kan bijdragen aan een doelmatiger zorgproces en de kwaliteit van zorg verder verbeteren.

Taakherschikking en substitutie beïnvloeden de medisch inhoudelijke beroepsuitoefening en de positionering van de medisch specialist. De OMS vindt dat de medisch specialist, in vrij beroep en in dienstverband, de regie heeft in de inhoudelijke uitwerking en implementatie van substitutie en taakherschikking. In afstemming met betrokken (nieuwe) zorgaanbieders in eerste en tweede lijn en met oog voor de kwaliteit van zorg en opleiding.

06

Plan van
aanpak

6.1 Samenwerking OMS - LOGEX

Om per 2015 tot een goed uitgedacht en breed gedragen samenwerkingsmodel te komen, is het belangrijk de ontwikkeling met het ziekenhuis op een gestructureerde en effectieve manier vorm te geven. Om collectieven op lokaal niveau te ondersteunen bij de ontwikkeling van een samenwerkingsmodel heeft de OMS daartoe de succesvolle samenwerking sinds 2011 met LOGEX verder uitgebreid.

LOGEX heeft ruime ervaring met het ontwikkelen van financiële modellen in de medisch specialistische zorg en heeft in 2011 in samenwerking met de OMS een honorarium verdeelmodel op basis van benchmarking ontwikkeld. Dit verdeelmodel is in een ruime meerderheid van de collectieven/ziekenhuizen geïmplementeerd.

LOGEX heeft de OMS de afgelopen anderhalf jaar intensief ondersteund bij het verkennen en ontwikkelen van het nieuwe samenwerkingsmodel waarna dit vervolgens in samenwerking met de OMS uitvoerig met de achterban en verschillende partijen is besproken. Dit heeft geleid tot verdere waardevolle input en positieve reacties van zowel medisch specialisten als raden van bestuur op deze gezamenlijk gekozen benadering.

In aanvulling op dit Witte Boek deel V heeft LOGEX de Roadmap 2015 ontwikkeld waarin het beoogde samenwerkingsmodel en het stappenplan in meer detail is uitgewerkt. Beide documenten worden steeds aangescherpt aan de hand van nieuwe inzichten en ontwikkelingen.

6.2 Keuze- en inrichtingsproces

De OMS adviseert op instellingsniveau een werkgroep 2015 in te richten om de positionering voor te bereiden en hierbij een “stip op de horizon” te zetten met betrekking tot de gewenste vormgeving en invulling van het samenwerkingsmodel.

Met het startpunt en einddoel voor ogen kan vervolgens gezamenlijk een pad worden uitgestippeld waarin, mogelijk gefaseerd, wordt toegewerkt naar het eindmodel waarbinnen ruimte bestaat voor keuzes op individueel niveau.

De stappen kunnen op hoofdlijnen als volgt worden vormgegeven:

- **Stap 1 - Ontwikkelen basis honorering en vastleggen financiële medeverantwoordelijkheid:** basis honorering vastleggen en belangen tussen ziekenhuis en medisch specialist verder op één lijn brengen door het toevoegen van financiële medeverantwoordelijkheid.
- **Stap 2 – Inrichten mede-eigenaarschap:** waardering ziekenhuis en in kaart brengen mogelijkheden mede-eigenaarschap bij aanvang van stap 2. Een voorwaardelijk koopcontract of optiestructuur kan verder uitgewerkt worden indien mede-eigenaarschap niet op korte termijn realiseerbaar blijkt.

Een gefaseerde ontwikkeling geeft belanghebbenden de tijd om te wennen en toe te groeien naar de nieuwe posities binnen de samenwerking. Het geeft het collectief de mogelijkheid te laten zien dat verdere betrokkenheid en verantwoordelijkheid bij de totstandkoming van het resultaat positief is voor het ziekenhuis. De raad van bestuur en raad van toezicht kunnen hierbij overtuigd raken dat een uitgebreidere rol van het collectief in het belang is van de organisatie.

In de lokale werkgroep 2015 is het aannemelijk om een afvaardiging op te nemen van het ziekenhuisbestuur, de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en de medisch specialist in dienstverband. Het is daarbij tevens wenselijk om de raad van toezicht en de OR in een zo vroeg mogelijk stadium te betrekken. Door het proces op deze manier vorm te geven kunnen de kansen op een slagvaardige ontwikkeling van de positie richting 2015 aanzienlijk worden vergroot.

In bijlage 4 treft u een overzicht van vragen die u op instellingsniveau met elkaar moet beantwoorden om het start- en eindpunt met betrekking tot participatie vast te leggen. In veel collectieven wordt de positie van de individuele leden middels een enquête inzichtelijk gemaakt.

Het is goed om lokaal met de raad van bestuur en de raad van toezicht direct aan de slag te gaan en een open discussie te voeren over de vormgeving van de samenwerking vanaf 2015.

6.3 Stappenplan en indicatieve tijdslijn

De OMS realiseert zich dat op het moment van publicatie van dit Witte Boek deel V nog niet alle kaders bekend zijn waarbinnen vanaf 2015 wordt gewerkt. Desondanks doorlopen veel collectieven (en/ of andere vertegenwoordigende organen) en ziekenhuizen inmiddels de voorbereidende fase. De OMS vindt dit een goede ontwikkeling.

Het is goed om lokaal met de raad van bestuur en de raad van toezicht direct aan de slag te gaan en een open discussie te voeren over de vormgeving van de samenwerking vanaf 2015. Mochten de uitkomsten van besluitvorming door de minister in het najaar aanleiding geven om bij te stellen, dan kan gezamenlijk een alternatieve route worden ingeslagen.

Het stappenplan voor de ontwikkeling van het samenwerkingsmodel is in figuur 4 op hoofdlijnen weergegeven. De OMS schetst in figuur 5 een indicatieve tijdslijn voor het stappenplan richting 2015.

Een nadere gedetailleerde uitwerking van de planning en het plan van aanpak is opgenomen in de Roadmap 2015 van LOGEX. Geïnteresseerde collectieven en ziekenhuizen kunnen zich bij LOGEX aanmelden voor een presentatie en verdere toelichting op de Roadmap 2015.

Vanaf half augustus 2013 start LOGEX met de aanvang van het gestructureerde ontwikkeltraject van het samenwerkingsmodel richting 2015.

Fase	Stap	Beschrijving
I. Voorbereidende fase	Werkgroep 2015 inrichten	<ul style="list-style-type: none"> Werkgroep 2015 inrichten, met afvaardiging van ziekenhuisbestuur, medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en medisch specialist in dienstverband
	Informeren belanghebbenden	<ul style="list-style-type: none"> Informeren van collectief en andere vertegenwoordigende organen van de medisch specialist Informeren van de raad van toezicht en de OR in een zo vroeg mogelijk stadium Afspraken maken over betrokkenheid
	Bepalen hoofdlijn samenwerkingsmodel	<ul style="list-style-type: none"> Stip op de horizon zetten, vertrekpunt en eindpunt bepalen Componenten samenwerkingsmodel kiezen Eventuele gefaseerde implementatie kiezen Betrekken belanghebbenden
	Kaders samenwerkingsmodel bepalen	<ul style="list-style-type: none"> Risicobereidheid vaststellen (op basis van scenario en gevoeligheidsanalyses) Inputparameters financiële medeverantwoordelijkheid vaststellen Eventueel indicatieve waardering ziekenhuis Fundamentele governancestructuur bepalen Betrekken belanghebbenden
	Juridisch en fiscaal advies inwinnen	<ul style="list-style-type: none"> Voorlopige inrichting samenwerkingsmodel ter toetsing voorleggen aan jurist en fiscalist Eerste advies juridische vormgeving inwinnen
II. Vormgevende fase	Inrichten besturingsmodel en juridische vorm	<ul style="list-style-type: none"> Op basis van kaders samenwerkingsmodel en juridisch en fiscaal advies besturingsmodel en juridische vorm inrichten
	Vastleggen basishonorering/ basissalaris	<ul style="list-style-type: none"> Basishonorering en onderliggende afspraken met ziekenhuis overeenkomen voor collectief Voor de medisch specialist in dienstverband en het ziekenhuis geldt de CAO Ziekenhuizen en de AMS; hiervan kan niet in negatieve zin worden afgeweken
	Vastleggen inputparameters financiële medeverantwoordelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> Op basis van risicobereidheid en voorlopige inputparameters in samenspraak met ziekenhuis de financiële medeverantwoordelijkheid binnen samenwerkingsmodel vastleggen
	Vastleggen eventuele afspraken over (toekomstig) mede-eigenaarschap	<ul style="list-style-type: none"> Op basis van de indicatieve waardering van het ziekenhuis in samenspraak met ziekenhuis afspraken maken over mede-eigenaarschap
III. Uitvoerende fase	Proefdraaien 2014	<ul style="list-style-type: none"> Om collectief / andere vertegenwoordigende organen en ziekenhuis te laten wennen aan het omgaan met de nieuwe posities wordt geadviseerd (delen van) het model proef te draaien in 2014
	Implementatie samenwerkingsmodel	<ul style="list-style-type: none"> Naar aanleiding van het proefdraaien in 2014 kunnen afspraken verrijnd of herzien worden Per 2015 definitief model operationeel

Figuur 4: Stappenplan ontwikkeling samenwerkingsmodel



Figuur 5: Indicatieve tijdslijn

07

Samenvatting
en conclusies

Dit Witte Boek deel V 'Modellen 2015' van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) richt zich op de veranderende positie van de medisch specialist en bouwt voort op de Discussienota Positionering 2015 die de OMS eind 2012 uitbracht.

Aanleiding voor de veranderende positie is de invoering van integrale bekostiging per 2015 in de medisch specialistische zorg. De introductie van integrale bekostiging is meer dan een technische aanpassing van tarifiering en macrobeheersing. De OMS ziet dat deze verandering mogelijkheden biedt voor de medisch specialist, zowel in vrij beroep als in dienstverband, om de verhouding tussen raad van bestuur en medisch specialist te ontwikkelen naar meer gelijkgerichtheid.

De medisch specialist wordt, meer dan voorheen, integraal onderdeel van de bedrijfsvoering van het ziekenhuis. De focus verschuift naar de ontwikkeling van het gezamenlijk resultaat van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Om de gelijkgerichtheid van belangen ten aanzien van het gezamenlijk resultaat tot uitdrukking te laten komen, pleit de OMS voor financiële medeverantwoordelijkheid van de medisch specialist voor het ziekenhuis resultaat. In verdergaande vorm kan zelfs gedacht worden aan mede-eigenaarschap.

Ten behoeve van de ontwikkeling van het samenwerkingsmodel heeft de OMS de succesvolle samenwerking sinds 2011 met LOGEX voortgezet. Over de afgelopen maanden presenteerde LOGEX het model in een groot aantal ziekenhuizen aan medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders. Dit heeft geleid tot positieve en bevestigende reacties op deze gezamenlijk gekozen benadering.

De invoering van integrale tarieven kan zich, met het oog op fiscaal ondernemerschap, ontwikkelen als kans of bedreiging voor het creëren van gelijkgerichte belan-

gen tussen raad van bestuur en medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. De OMS concludeert dat de NZa in haar concept advies over integrale tarieven weliswaar het streven uit tot gelijkgerichtheid en vrij keuze voor dienstverband en vrij beroep, maar in de concept uitwerking hiervoor niet veel ruimte laat. Wanneer de medisch specialist geen reële ruimte houdt om vrij te kiezen voor dienstverband of vrij beroep, voorziet de OMS onrust en in eerste aanleg vooral constructies waarin de medisch specialist zich noodgedwongen op grotere afstand van het ziekenhuis organiseert. Beoogde doelstellingen die ten grondslag liggen aan de invoering van integrale bekostiging worden dan niet bereikt.

Ondanks het recente NZa concept advies aangaande integrale tarieven en de onzekerheid die dit met zich meebrengt, staat de OMS voor modellen gericht op samenwerking in de overtuiging dat alleen hiermee wordt bijgedragen aan gelijkgerichtheid van belangen en het realiseren van de maatschappelijke agenda.

Om financiële medeverantwoordelijkheid te creëren, adviseert de OMS een samenwerkingsmodel tussen ziekenhuis en medisch specialist. Hierbinnen maken medisch specialist (in vrij beroep én dienstverband) en ziekenhuis als zakelijke partners afspraken over gezamenlijk te bereiken (financiële) doelen en (meer kwalitatieve) randvoorwaarden. Mede-eigenaarschap is de meest vergaande vorm van participatie van de medisch specialist in de instelling en kan voortbouwen op het samenwerkingsmodel ten behoeve van financiële medeverantwoordelijkheid.

Het samenwerkingsmodel vraagt om een aangepaste verantwoordelijkheidsverdeling. Zowel in een samenwerkingsmodel van financiële medeverantwoordelijkheid als mede-eigenaarschap zal een verdere verbinding tussen de besturingsstructuur van ziekenhuis en medisch specialist nodig zijn. De integratie van besturingsstruc-

tuur van het ziekenhuis en de medische staf neemt toe naarmate voor een intensievere samenwerkingsvorm wordt gekozen.

Gelet op de inrichting van een stabiele governancestructuur gaat het samenwerkingsmodel uit van handhaving van het collectief van vrij beroepsbeoefenaren. Deze vormt het orgaan dat namens de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar afspraken maakt met de raad van bestuur én honorarium verdeelt. Het verdeelmodel dat binnen het collectief is overeengekomen ten tijde van het beheersmodel kan hiertoe worden voortgezet en/of worden doorontwikkeld.

Het samenwerkingsmodel betreft ook de medisch specialist in dienstverband. Zijn lokale vertegenwoordiging is dan ook sterk gewenst. Dit kan op verschillende manieren vorm krijgen. Bijvoorbeeld via een vereniging van medisch specialisten in dienstverband (VMSD). Deze fungeert dan als pendant voor het collectief van vrij beroepsbeoefenaren en is bedoeld als volwaardig gesprekspartner ten opzichte van de raad van bestuur. Een andere mogelijkheid is dat de medisch specialist in dienstverband integraal onderdeel wordt van een medisch specialistisch collectief.

Bij de invoering van integrale bekostiging en het lokaal kiezen en inrichten van een samenwerkingsmodel ziet de OMS, naast het behoud van de vrij keuze voor dienstverband en vrij beroep, een tweetal randvoorwaarden, zijnde: invoering wetsvoorstel winstuitkering en geen uitbreiding reikwijdte wet normering topinkomens. Aandachtspunten vormen goodwill, substitutie en taakherschikking en regiomaatschappen.

Uitgangspunt van de OMS is dat ook na 2015 mogelijkheden blijven bestaan het vrij beroep uit te oefenen. Ten aanzien van de goodwill dragendheid van praktijken hoeft dan in beginsel ook niets te veranderen. Betaling van goodwill ineens kan als drempel tot toe- of uittreding

worden ervaren. Deze drempel kan worden verlaagd door invoering van een in – en uitverdienregeling. Een in- en uitverdienregeling is complex en heeft een aantal nadelen. Als lokaal voor een dergelijke regeling wordt gekozen, dan beveelt de OMS aan dit niet ad hoc af te spreken en bij voorkeur op collectiefniveau in te voeren.

Hoewel samenwerking of fusie tussen instellingsoverstijgende maatschappen niet nieuw is, heeft deze ontwikkeling de (politieke) aandacht in het licht van de implementatie van integrale tarieven in 2015. Samenwerking of fusie tussen maatschappen van verschillende ziekenhuizen beoordeelt de ACM als een samenwerking tussen de ziekenhuizen. En deze moet worden getoetst aan het kartelverbod. De OMS adviseert juridisch advies in te winnen bij zowel een op te richten als een bestaande regiomaatschap.

Met de invoering van integrale tarieven in 2015 is een efficiënte inrichting van zorgprocessen in het ziekenhuis een gezamenlijk belang voor ziekenhuis en medisch specialist. Taakherschikking van laagcomplexe en routinematige taken van de medisch specialist naar andere beroepsbeoefenaren kan bijdragen aan een doelmatiger zorgproces en de kwaliteit van zorg verder verbeteren. De OMS vindt dat de medisch specialist, in vrij beroep en in dienstverband, de regie heeft in de inhoudelijke uitwerking en implementatie van substitutie en taakherschikking.

De OMS adviseert tot slot op ziekenhuisniveau een werkgroep 2015 in te richten om de positionering voor te bereiden en een gezamenlijke 'stip op de horizon te zetten'. Met het startpunt en einddoel voor ogen kan vervolgens gezamenlijk een pad worden uitgestippeld waarin, mogelijk gefaseerd, wordt toegewerkt naar het eindmodel waarbinnen ruimte bestaat voor keuzes op individueel niveau.



Bijlagen

Bijlage 1

Fiscale analyse

Huidig speelveld

In het Convenant Medisch Specialistische zorg 2012-2014 is het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar onder voorwaarden gewaarborgd. De vrijgevestigd medisch specialist die is aangesloten bij een collectief dat verdeelafspraken maakt met het ziekenhuis over de verdeling van het honorariumbudget, en zijn honorarium aan de zorgverzekeraar/patiënt declareert "via" het ziekenhuis, is onder voorwaarden erkend als fiscaal ondernemer. Het Ministerie van Financiën heeft samen met de Belastingdienst de hierop aangepaste Model Toelatingsovereenkomst (MTO) positief beoordeeld. Het betreft het model september 2011 zoals door het minister van Financiën beoordeeld en akkoord bevonden bij brief van 1 november 2011.

'Medisch specialisten die een overeenkomst met het ziekenhuis sluiten die overeenkomt met de MTO, en die ook daadwerkelijk hiernaar handelen, in fiscale zin als ondernemer kunnen worden aangemerkt. De beoordeling of een overeenkomst in overeenstemming is met de MTO en of er feitelijk ook zo gehandeld wordt, blijft in individuele gevallen uiteraard voorbehouden aan de Belastingdienst.'

De invoering van integrale tarieven per 2015 kan hierin wijziging brengen. Het Ministerie van Financiën heeft het zelfstandig declaratierecht en het debiteurenrisico meermaals als cruciale elementen in de beoordeling van fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar benadrukt. Deze elementen vormen mogelijke aanknopingspunten om fiscaal ondernemerschap in de nieuwe structuur te behouden.

Declaratierecht

Met de invoering van integrale tarieven wordt de deelregulering van instellingen voor medisch specialistische zorg en vrijgevestigd medisch specialisten opgeheven. Dit betekent:

- Beëindiging van afzonderlijke vermelding van kosten- en honorariumcomponent op de nota.
- Beëindiging deelregulering honorariumcomponent.
- Beëindiging separate regulering en separate macrokaders voor vrijgevestigd medisch specialisten enerzijds en ziekenhuizen anderzijds.

De Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) biedt ruimte aan de NZa in de toewijzing van het declaratierecht. Ziekenhuizen en medisch specialisten mogen een vergoeding voor zorgprestaties declareren aan een zorgverzekeraar, aan een patiënt of aan elkaar, als dit in een prestatiebeschrijving- en tariefbeschikking, eventueel aangevuld met nadere regels, mogelijk is gemaakt. De Wmg verbiedt ieder declareren buiten deze bepalingen.

De NZa bepaalt, aan wie medisch specialisten de vrijgelaten honorariumcomponent kunnen declareren. De OMS acht het van belang dat de NZa mogelijk maakt dat lokaal invulling kan worden gegeven aan de wijze waarop de zorg wordt gedeclareerd.

De regulering van het declaratierecht door de NZa zou wel eens in belangrijke mate bepalend kunnen zijn voor de mate waarin het fiscaal ondernemerschap naar het oordeel van het Ministerie van Financiën volgens de reguliere criteria mogelijk is voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. De OMS ziet hierin kansen wanneer de NZa het via of wellicht ook het samen declareren van het integraal tarief mogelijk maakt. En bedreigingen wanneer de medisch specialist uitsluitend nog 'onderlinge dienstverlening' aan het ziekenhuis kan declareren.

Het is overigens heel eenvoudig voor de NZa om het 'via' of 'samen' declareren van integrale tarieven mogelijk te maken. De NZa kan, net als nu al het geval is, bepalen dat de integrale tarieven rechtsgeldig kunnen worden gedeclareerd door "aanbieders van medisch specialistische zorg". Als hier verder geen beperkingen op worden

aangebracht die verhinderen dat de integrale tarieven 'via of 'samen' gedeclareerd worden, wordt het gewenste resultaat bereikt.

De gelijkgerichtheid van belangen tussen raad van bestuur en medisch specialist wordt versterkt door de mogelijkheid om lokaal te kunnen kiezen voor het "via" of wellicht ook het "samen" declareren.

Criteria fiscaal ondernemerschap

De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar is fiscaal ondernemer als hij voldoet aan de reguliere criteria. De fiscale wetgeving stelt twee cumulatieve wettelijke eisen:

- 1 Er dient sprake te zijn van een materiële onderneming (objectieve eis).
- 2 De onderneming wordt (mede) voor rekening van de ondernemer gedreven en de ondernemer wordt (mede) verbonden voor verbintenissen die in het kader van de onderneming worden aangegaan (subjectieve eis).

Aan de subjectieve eis wordt voldaan als de medisch specialist een economisch belang heeft bij de onderneming (meedeelt in het resultaat) en persoonlijk aansprakelijk is voor de schulden van de onderneming.

Ten aanzien van de objectieve eis kent de fiscale wetgeving geen definitie van een materiële onderneming. In de praktijk wordt aan de hand van de navolgende omstandigheden getoetst of sprake is van een materiële onderneming:

- De omvang van investeringen, winstverwachting, omvang van bruto baten;
- De duurzaamheid en omvang van werkzaamheden;
- De aard en omvang van risico's;
- De bekendheid die naar buiten aan de werkzaamheden wordt gegeven ;
- De zelfstandigheid t.o.v. opdrachtgevers, waarbij relevant is:

- Het bestaan van een rechtstreekse contractuele relatie tussen medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en patiënt.
- Het bestaan van een zelfstandig declaratierecht.
- Het bestaan van een zekere mate van vrijheid om de praktijk zowel medisch inhoudelijk als organisatorisch naar eigen inzicht uit te oefenen.
- Het bestaan van meerdere opdrachtgevers.
- Hoe worden de activiteiten in het spraakgebruik benoemd.

Bovenstaande eisen worden in onderlinge samenhang beoordeeld en kennen geen strikte volgorde.

Naast declaratierecht is de wijze waarop de samenwerking tussen medisch specialist en ziekenhuis wordt vormgegeven en ingevuld bepalend voor de vaststelling van fiscaal ondernemerschap. Lokaal zal dit getoetst moeten worden bij de Belastingdienst. De Staatssecretaris van Financiën heeft over de toetsingscriteria voor een onderneming eerder opgemerkt dat voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar van essentieel belang is dat een zelfstandig declaratierecht bestaat en dat hij het daaraan verbonden debiteurenrisico loopt.

Geen fiscale ondernemersstatus

Indien de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar (werkzaam als natuurlijk persoon) niet voldoet aan de reguliere criteria voor fiscaal ondernemerschap zal hij niet in aanmerking komen voor een VAR winst uit onderneming. Er moet dan worden getoetst of het inkomen kwalificeert als loon uit dienstbetrekking. In de Wet op de loonbelasting 1964 zijn hiervoor twee soorten dienstbetrekkingen opgenomen.

Eenzijds is er de echte (fiscale) dienstbetrekking. Indien de medisch specialist persoonlijk werkzaamheden verricht, tegen betaling, in een gezagsverhouding tot het ziekenhuis, ontstaat er voor het ziekenhuis een inhou-

dingplicht voor de loonheffingen. In de praktijk is er, zonder zelfstandig ondernemerschap, al vrij snel sprake van een echte dienstbetrekking. De meeste discussie ontstaat doorgaans over de vraag of er sprake is van een gezagsverhouding. Of in de relatie ziekenhuis – medisch specialist een gezagsverhouding aanwezig is, hangt veelal samen met de wijze waarop partijen met elkaar afspraken hebben gemaakt, en in hoeverre het ziekenhuis betrokken is bij de werkzaamheden van de specialist. Een ziekenhuis zal eigenlijk nooit inhoudelijk toezicht kunnen houden op de daadwerkelijke werkzaamheden van een specialist, maar in de jurisprudentie is bepaald dat dit gegeven niet van doorslaggevende betekenis is. Indien een persoon die werkzaam is binnen een organisatie, zich moet aanpassen aan de regels en gebruiken, die gelden binnen deze organisatie, en binnen de instelling gebruikelijke arbeid verricht, is er in feite al sprake van een gezagsverhouding.

Anderzijds is er de fictieve dienstbetrekking. Mocht er geen sprake zijn van een gezagsverhouding, dan heeft het ziekenhuis toch een inhoudingsplicht voor de loonheffingen als de medisch specialist (1) op 2 of meer dagen per week, (2) gedurende langer dan één maand, (3) tegen meer dan 40% van het minimumloon, (4) werkzaamheden verricht.

Beide dienstbetrekkingen, zowel de echte als de fictieve dienstbetrekking, kennen één uitzondering: de situatie dat de medisch specialist een VAR winst uit onderneming of een VAR directeur-groootaandeelhouder kan overleggen.

Een medisch specialist, die een vrij beroep uitoefent, zonder fiscale ondernemersstatus, zal niet in aanmerking komen voor een VAR winst uit onderneming of een VAR directeur-groootaandeelhouder.

We kunnen dan ook concluderen dat, indien de medisch specialist vanuit fiscaal perspectief niet als ondernemer wordt aangemerkt, de kans zeer groot is dat er sprake is

van een inhoudingsplicht en er voor de inkomstenbelasting sprake is van belastbaar loon.

Mocht er onverhoopt toch geen dienstbetrekking met het ziekenhuis ontstaan, dan geniet de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zijn beroepsinkomen als resultaat uit overige werkzaamheden. Het beroepsinkomen wordt bij resultaat uit overige werkzaamheden bepaald conform de regels voor het bepalen van winst uit onderneming, maar dan zónder toepassing van de meeste fiscale ondernemersfaciliteiten.

In een BV is er hoe dan ook geen sprake van fiscale ondernemersfaciliteiten, maar geniet de directeur-groootaandeelhouder een salaris (inkomstenbelasting) en eventueel dividend (dividendbelasting/inkomstenbelasting). Over de BV-winst wordt vennootschapsbelasting afgedragen.

Scenario's behoud fiscaal ondernemerschap bij 'via' declareren

Afhankelijk van de inrichting van integrale bekostiging, specifiek het declaratierecht, zijn er verschillende scenario's om in meer of mindere mate te voldoen aan de criteria voor fiscaal ondernemerschap.

Bij 'via' declareren blijft het declaratierecht behouden. Omdat het Ministerie van Financiën voor wat betreft het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar in het verleden (zozeer) de nadruk heeft gelegd op het zelfstandig declaratierecht en het lopen van debiteurenrisico, zou dit een aanknopingspunt kunnen vormen voor het in fiscaaltechnische zin handhaven van het ondernemerschap voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Dit geldt in ieder geval voor 'via' declareren, maar wellicht ook voor 'samen' declareren.

Mogelijk wordt het fiscaal ondernemerschap bij 'samen' declareren toch bedreigd wegens het onvoldoende zelfstandig karakter ervan of indien dit niet gelijktijdig gepaard gaat met het hieraan verbonden debiteurenrisico.

Om het ondernemerschap te versterken kan gedacht worden aan:

Actieve betrokkenheid van het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren bij de onderhandelingen tussen ziekenhuis en verzekeraar, zodat de medisch specialist in staat wordt gesteld mede de hoogte van zijn inkomen te beïnvloeden. Dit draagt bij aan de zelfstandigheid van zijn positie.

Het aanpassen van de toelatingsovereenkomst (of dienstverleningsovereenkomst). Een aantal onderwerpen uit de huidige model toelatingsovereenkomst aangaande de professionele verantwoordelijkheid van de medisch specialist gaat over in het statuut zoals dat nu ontwikkeld wordt in het kader van de AMS vernieuwing. Uiteraard moet daarbij voorkomen worden dat aspecten worden overgenomen die juist de eerder aangehaalde gezagsverhouding accentueren. Overwogen zou kunnen worden om bepaalde elementen die de zelfstandigheid van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar in relatie tot haar opdrachtgevers tot uitdrukking laten komen in de toelatingsovereenkomst meer te benadrukken. Daarbij zou bijvoorbeeld kunnen worden gedacht aan de gezamenlijke onderhandeling van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis met verzekeraar/patiënt.

Voorts kan meer de aandacht worden gevestigd op de toename van de (overige) ondernemersrisico's. Daarbij kan onder meer worden gedacht aan faillissementsrisico, portfoliokeuzes, selectieve zorginkoop door de zorgverzekeraars, etc.

Denkbaar is dat ook het 'mee ademen' met het resultaat van het ziekenhuis waarbij de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar werkzaam is, bijdraagt aan het behoud van het ondernemerschap. Immers, gesteld zou kunnen worden dat indien hij (substantieel) deelt in de positieve als negatieve risico's van de uitoefening van dit bedrijf, er mogelijk toch voldoende ondernemersrisico wordt gelopen.

Het uitbreiden van de onderneming, bijvoorbeeld door het hebben van personeel. De hoeveelheid personeel kan bijdragen aan meer zelfstandigheid van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar in relatie tot een ziekenhuis. Niet alleen de hoeveelheid personeel is hiervoor van belang, maar ook het soort personeel. Indien het personeel soortgelijke functies uitvoert als de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en het recht op plaatsvervangingsrecht is vastgelegd en dit ook feitelijk plaatsvindt komt dit ten goede aan het zelfstandigheidsvereiste.

Ten aanzien van het hebben van personeel, is het een overweging medisch specialisten in dienst te nemen van maatschap of collectief. Medisch specialisten in dienst van het ziekenhuis hebben een arbeidsovereenkomst. Hiervoor geldt de arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist in dienstverband (AMS). De AMS maakt deel uit van de Cao Ziekenhuizen. Deze Cao is algemeen bindend verklaard. Onder deze Algemeen Verbindend Verklaring (AVV) valt elke rechtspersoon die of organisatorisch verband dat ingevolge de WTZi is toegelaten en/of in het kader van de Zorgverzekeringswet 50% of meer verzekerde zorg biedt. De AVV geldt van 25 mei 2012 tot 1 maart 2014. Dit betekent dus dat de Cao Ziekenhuizen en de AMS van toepassing kunnen zijn op de medisch specialist die een dienstverband heeft of (tot 1 maart 2014) aangaat met bijvoorbeeld een ZBC, maatschap of collectief. Als de Cao Ziekenhuizen na 1 maart 2014 niet opnieuw algemeen verbindend wordt verklaard, geldt deze niet voor nieuwe dienstverbanden met bijvoorbeeld een ZBC, maatschap of collectief.

Scenario's behoud fiscaal ondernemerschap bij 'aan' declareren

Bij 'aan'-declareren vervalt het zelfstandig declaratierecht aan patiënten/verzekeraars. Dit vormt op zichzelf een bedreiging voor de zelfstandigheid van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

Bovendien zou kunnen worden gesteld dat het ondernemersrisico wordt beperkt. Daarnaast stelt het Ministerie van Financiën zich in dat geval mogelijk op het standpunt dat in beginsel niet meer toegekomen wordt aan het hebben van meerdere opdrachtgevers. Er is een reële kans dat het Ministerie van Financiën deze aspecten als een té grote inbreuk op het fiscaal ondernemerschap ziet, zelfs als andere ondernemersrisico's in stand blijven of zelfs groter worden.

In dat geval zou sprake kunnen zijn van een dienstbetrekking (in fiscale zin) welke privaatrechtelijk vastgelegd kan worden in een arbeidsovereenkomst. Aan het slot van deze bijlage is ingegaan op een aantal belangrijke elementen die bij overstap naar dienstverband geregeld moet worden.

Om een dienstverband met het ziekenhuis te vermijden, wordt van de medisch specialist (en ziekenhuis) een aantal fundamentele ingrepen gevraagd. Deze kunnen liggen in:

- Het feitelijk werken met meerdere opdrachtgevers via een regiomaatschap of een regionale zorg rechtspersoon (bijv. BV, coöperatie, etc.).
- Het verwerven van (mede-)eigenaarschap in het ziekenhuis.

Bij 'aan'-declareren vervalt het zelfstandig declaratierecht aan patiënten/verzekeraars. Dit vormt op zichzelf een bedreiging voor de zelfstandigheid van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

Zowel in een regiomaatschap als in een Zorg rechtspersoon, maar ook wanneer wordt deelgenomen in een samenwerkingsverband met het ziekenhuis is het aan te raden om zoveel mogelijk elementen van ondernemerschap te creëren door realisatie van hetgeen eerder is genoemd:

- Het aanpassen van de toelatingsovereenkomst/dienstverleningsovereenkomst.
- Het benadrukken van de overige ondernemersrisico's.
- Het uitbreiden van de onderneming, bijvoorbeeld door het in dienst hebben van personeel.

Regiomaatschap en regionale zorg rechtspersoon

Het 'tussenschuiven' van een Zorg BV of het oprichten van een regiomaatschap op zich vormt bij 'aan' declareren nog geen garantie dat geen (fictieve) dienstbetrekking met het ziekenhuis zal ontstaan. Zeker niet in die gevallen waarbij een medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar feitelijk vóór en ná deze wijziging in dezelfde mate bij hetzelfde ziekenhuis werkzaam is/blijft.

Wanneer feitelijk door de maten in de regiomaatschap of door de aandeelhouders in de zorg BV voor meerdere opdrachtgevers wordt gewerkt, ontstaat meer grond om het fiscaal ondernemerschap te behouden. In geval van "aan" declareren is het in het belang van fiscaal ondernemerschap het vereiste van meerdere opdrachtgevers aan te vullen door het uitbreiden van ondernemersrisico's en andere elementen die bijdragen aan ondernemerschap. De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar die de komende periode een regiomaatschap start, dient zich te realiseren dat deze ontwikkeling door de Belastingdienst kritisch wordt geëvalueerd.

LLP (naar Engels recht)

De laatste tijd brengen steeds meer andere Nederlandse vrije beroepsbeoefenaren (bijv. accountants, advocaten, notarissen, consultants, etc.) hun praktijkvoering in deze rechtsvorm in. Voor hen geldt als voordeel de combinatie van fiscale transparantie en rechtspersoonlijkheid. Immers, de LLP naar Engels recht laat tot op zekere hoogte zich vergelijken met een Nederlandse maatschap, zij het dat de LLP, in tegenstelling tot de Nederlandse maatschap, wel over rechtspersoonlijkheid beschikt.

De veronderstelde fiscale transparantie van een ziekenhuis LLP zou met zich mee kunnen brengen dat de participerende medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar in beginsel zijn fiscale ondernemerschap kan behouden. Immers, de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar participeert dan in een rechtsvorm die bij integrale bekostiging zelf contracteert/declareert met verzekeraar en patiënt. De fiscale transparantie zou met zich meebrengen dat dit aan de individuele medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar (al dan niet via zijn praktijk-BV) fiscaal wordt toegerekend. Omdat het LLP regime (evenals bijvoorbeeld het maatschapsregime) weinig dwingend-rechtelijke bepalingen kent, is het heel wel mogelijk ook tot maatwerkwinstverdelingsafspraken te komen. Aldus kan de winst deels als vergoeding voor verrichte arbeid toegekend, een deel als vergoeding op beschikbaar gesteld eigen vermogen, een deel als aanspraak in de 'overwinst'. Ter vergelijking, bij een BV is de winstverdelingsaanspraak in beginsel gekoppeld aan de omvang van het aandelenbezit.

Bovendien verandert de fiscale kwalificatie van de winstuitkering bij een LLP (evenals bij een maatschap) niet: het is en blijft in fiscale zin 'winst'. Fiscale herkwalificatie speelt daarentegen wel bij een BV. In fiscale zin geldt voorts dat de participatie in een LLP op haar beurt (indien juridisch mogelijk) wordt ingebracht in een maatschap of ander fiscaal transparant samenwerkingsverband.

Voor een eventueel participerende ziekenhuisstichting brengen de fiscale transparantieregels met zich mee dat binnen de vennootschapsbelasting in beginsel binnen het bereik van het zorgvrijstellingsregime blijft. Mocht de zorgvrijstelling van toepassing zijn, dan blijft de winst welke aan een participerende ziekenhuisstichting wordt toegerekend in beginsel buiten de heffings sfeer.

Het Ministerie van Financiën heeft zich echter recent op het standpunt gesteld dat het onderbrengen van een (heel) ziekenhuis in een LLP, of enig ander fiscaal transparant samenwerkingsverband (bijv. maatschap, of vennootschap onder firma) waarin medisch specialisten participeren, geacht wordt in strijd te zijn met doel en strekking van het zorgvrijstellingsregime (vooral het winstuitkeringsverbod). Of ook bij het inbrengen van een deelactiviteit van het ziekenhuis in een fiscaal transparant samenwerkingsverband de zorgvrijstelling vervalt, is ter beoordeling van de lokale belastinginspecteur. Het Ministerie van Financiën heeft aan de zijde van de participerende medisch specialisten geen expliciete uitspraken gedaan over het winstregime/fiscale ondernemersstatus/transparantieregels. Dat dient van geval tot geval te worden beoordeeld.

Overstap naar dienstverband

Mocht een overstap naar dienstverband voorliggen, dient in ieder geval te worden gedacht aan het volgende:

Er dient in verband met de Algemeen Verbindend Verklaring van de Cao Ziekenhuizen een arbeidsovereenkomst aangegaan te worden op basis van de CAO Ziekenhuizen en AMS. Met het aanhaken bij de CAO ziekenhuizen en de AMS is de verplichte deelname aan SPMS niet meer van toepassing. Er wordt dan verplicht deelgenomen aan het Pensioenfonds Zorg en Welzijn. Het is raadzaam over deze overgang contact te zoeken met SPMS en de nieuwe pensioenverzekeraar.

De individuele arbeidsongeschiktheidsverzekering kan worden beëindigend, aangezien de werkgever risicodragend wordt. Bij (langdurige) ziekte, is aan te raden contact te zoeken met de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar.

Er is sprake van overgang van onderneming (praktijk-overdracht) naar het ziekenhuis. Dit betekent dat als de maatschap medewerkers in dienst heeft, deze arbeidsrelaties verplicht (dwingend recht) overdraagt aan het ziekenhuis.

Als sprake is van een goodwilldragende praktijk, wordt met het aangaan van een dienstverband afstand gedaan van een goodwill aanspraak, die noopt tot compensatie. De hoogte van deze goodwill is vrij onderhandelbaar. De OMS heeft een objectieve methodiek ontwikkeld. Hierbij kan worden aangehaakt, door samen een goodwill af te spreken die in de lijn is met deze methodiek of partijen kunnen het bepalen van de goodwill voor bindend advies voordragen aan de OMS.

Voorts betekent een overstap naar dienstverband ook fiscale eindafrekening/staking. Dat betekent dat over eventuele meerwaarden (bijv. afkoop goodwill) in de onderneming wordt afgerekend en bovendien een faciliteit als de Fiscale Oudedagsreserve (FOR) in beginsel vrijvalt.

Als waarnemers of opdrachtnemers verbonden zijn aan de praktijk, dient het contract met hen afgewikkeld of omgezet te worden. De wijze waarop dit kan hangt af van individuele het contract dat met hen gesloten is.

Bijlage 2

Juridische vormgeving mede-eigenaarschap

Aandeelhouderschap en daarmee vergelijkbare rechten gaan gepaard met een recht op winstuitkering. Omdat er op dit moment een verbod op winstuitkering geldt, zijn de meeste aanbieders van medisch-specialistische zorg georganiseerd in de stichtingsvorm. Stichtingen kennen geen aandelen en/of daarmee vergelijkbare rechten.

Er kan worden gedacht aan de mogelijkheid dat het ziekenhuis (de stichting) de ziekenhuisexploitatie onderbrengt in een rechtspersoon waarin (ook) medisch specialisten aandelen of daarmee vergelijkbare rechten kunnen verwerven. Die rechtspersoon kan bijvoorbeeld een BV, NV of coöperatie naar Nederlands recht zijn, of een LLP naar Engels recht. Een andere mogelijkheid is dat de stichting zichzelf omzet in een andere rechtsvorm zoals een BV, NV of coöperatie naar Nederlands recht waarin (ook) medisch specialisten aandelen of daarmee vergelijkbare rechten kunnen verweven.

BV

De keuze voor de rechtsvorm van de BV maakt het mogelijk dat ziekenhuizen risicodragend privaat kapitaal van investeerders kunnen aantrekken in ruil voor dividend. Aandeelhouders, die in beginsel niet aansprakelijk zijn voor de schulden van de vennootschap, nemen plaats in een apart orgaan: de Algemene Vergadering van Aandeelhouders (AVA).

NV

Bij een NV zijn aandelen in beginsel vrij overdraagbaar. Daar waar het bij de BV overzichtelijk is wie de aandeelhouders zijn, is dit bij een NV niet zonder meer het geval. Het gevaar van de structuur van de NV is dat er 'ongewenste' aandeelhouders, die enkel belang hebben bij hoge uitkeringen, invloed krijgen in de aandeelhoudersvergadering. Dit wil overigens niet zeggen dat een NV definitief ongeschikt is als rechtsvorm voor een winstuitkerend ziekenhuis. Een NV kan er namelijk voor kiezen om

in de statuten aandelen op naam te creëren. Indien een ziekenhuis hiervoor kiest is het tevens van belang dat in de statuten de overdraagbaarheid van aandelen beperkt wordt. Zo kan er een bepaling worden opgenomen dat goedkeuring van de raad van bestuur vereist alvorens aandelen mogen worden overgedragen, of een bepaling die vereist dat aandelen eerst aan medeaandeelhouders moeten worden aangeboden. Een NV met aandelen op naam en een blokkeringsregeling in de statuten is dusdanig te vergelijken met een BV dat in de toekomst de NV overwogen zou kunnen worden voor een winstuitkerend ziekenhuis.

Coöperatie

Tevens kan worden gedacht aan een (structuur)coöperatie waarin het ziekenhuis en de medisch specialisten c.q. de medische staf als lid/eigenaar de algemene vergadering vormen. De coöperatie is als rechtsvorm – in tegenstelling tot bijvoorbeeld de NV of BV – bij uitstek bedoeld als een vorm van samenwerking ten behoeve van haar leden. Er kan derhalve worden bezien of de coöperatie geschikt is als juridische vorm voor winstuitkerende ziekenhuizen en, indien dit het geval is, of de coöperatie toegevoegde waarde biedt ten opzichte van de kapitaalvennootschap (BV of NV).

In principe leent een ziekenhuis zich goed om in de vorm van een coöperatie te worden opgezet. De mogelijkheid wordt namelijk gecreëerd om verschillende 'stakeholders' vanuit hun eigen activiteit te laten samenwerken. De medisch specialisten als 'stakeholders' kunnen deelnemen als lid van de coöperatie. Uitgangspunt van de coöperatie, een rechtspersoon met volledige rechtspersoonlijkheid, is dat zij een activiteit onderneemt ten behoeve van de leden. Die leden sluiten overeenkomsten met de door de coöperatie gedreven onderneming om daarmee een gezamenlijk doel te bereiken.

LLP

De LLP geldt in beginsel als een rechtsvorm die onder bepaalde voorwaarden door het Ministerie van Financiën voor de inkomsten- en vennootschapsbelasting als een fiscaal transparante rechtsvorm wordt aangemerkt. Daarmee wordt het voor deze belastingmiddelen op dezelfde wijze gekwalificeerd als een maatschap (of vennootschap onder firma). Het vermogen en het resultaat van de LLP wordt aldus niet op het niveau van de LLP in de heffing betrokken, maar toegerekend aan haar participanten. Voor de als natuurlijk persoon participerende medisch specialist is dat inkomstenbelastingheffing. Voor de via een praktijk-BV participerende medisch specialist is dat de vennootschapsbelastingheffing.

Medisch specialist

Als de ziekenhuisexploitatie wordt ondergebracht in een rechtspersoon met winstoogmerk kunnen de statuten mogelijk maken dat de medisch specialisten aandelen (in de BV of NV) of daarmee vergelijkbare rechten (in de coöperatie, LLP) verwerven. De rechten en plichten die medisch specialisten daarmee verwerven kunnen variëren, afhankelijk van de inhoud van de statuten.

Als de medisch specialisten individueel aandelen of daarmee vergelijkbare rechten verwerven in de ziekenhuis-rechtspersoon kunnen zij hun zeggenschap bundelen, door collectief afspraken te maken over de gebruikmaking van hun zeggenschapsrechten.

Als de ziekenhuis-rechtspersoon bijvoorbeeld een BV wordt, kunnen de individuele medisch specialisten die aandeelhouder worden onderling afspraken maken om hun stem en bloc uit te brengen. Hiermee kunnen zij hun gezamenlijke stemgewicht optimaal benutten. Als alle leden van het collectief (de stafmaatschap) aandeelhouder worden in de BV, kan het collectief (de stafmaatschap) tevens het gremium zijn waarbinnen zij gezamenlijk

besluiten nemen over de uitoefening van hun aandeelhoudersrechten.

Denkbaar is dat niet de individuele medisch specialisten, maar het collectief aandelen in de BV verwerft. In dat geval is het wenselijk dat het collectief zelf ook een rechtspersoon is.

Bijlage 3

Regiomaatschap

Het ontstaan

Aanleiding tot de samenwerking tussen medisch specialisten in ziekenhuisoverstijgend verband zijn:

- Organiseren van een diensten- en waarnemingsstructuur.
- Verbreden van het adherentiegebied om te kunnen voldoen aan volumennormen van de IGZ op instellingsniveau en individuele normering van bepaalde zorgactiviteiten vanuit de wetenschappelijke vereniging.
- Zorgverzekeraars stellen bij de zorginkoop eveneens kwaliteitseisen. Door samenwerking kan een specifiek zorgaanbod in het gebied/regio in de volle breedte worden aangeboden ten behoeve van de zorginkoop.
- Behoeft aan concentratie van zorg om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren en het realiseren van optimale efficiëntie in de inrichting van het zorgverleningsproces.
- Behouden / kunnen organiseren van opleidingsmogelijkheden voor aios.

Samenwerking in regiomaatschappen maakt subspecialisatie mogelijk en biedt veel medisch specialisten meer arbeidssatisfactie. Regionale samenwerking ontwikkelt zich vaak van informele afspraken over diensten en waarneming naar geformaliseerde afspraken over productiviteit, zeggenschap en financiële randvoorwaarden binnen een samenwerkingsverband. De behoefte te komen tot een gelijkwaardige samenwerking in financiële zin op basis van (tijds-)inzet en prestaties is aanleiding tot het formaliseren van de samenwerking in de vorm van een regiomaatschap.

De medisch specialist (vrij beroepsbeoefenaar) in een regiomaatschap is (meestal) lid van de medische staf en eventueel van het collectief in het “eigen” ziekenhuis en buitengewoon lid van de medisch staf en eventueel lid van het collectief in de ziekenhuizen waarmee wordt samengewerkt. De medisch specialist heeft een toelatingsovereenkomst of andere vorm van samen-

werkingsovereenkomst met de instelling waarin werkzaamheden worden verricht.

Samenwerking in een regiomaatschap leidt niet zelden tot herallocatie van zorgactiviteiten tussen de betrokken maatschappen en ziekenhuizen. Dit heeft een direct gevolg voor het zorgprofiel en de infrastructuur van het ziekenhuis en voor de beroepsuitoefening en de inkomenspositie van andere medisch specialisten. Hoewel deze ontwikkeling aansluit bij overheidsbeleid gericht op spreiding en concentratie van zorg rijst de vraag of samenwerkingsconstructies vanuit mededingingsrechtelijk perspectief vallen onder het kartelverbod (art. 6 Mededingingswet).

iBMG

Het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) heeft in opdracht van de NZa onderzoek uitgevoerd naar de huidige ontwikkelingen en gevolgen van instellingsoverstijgende maatschappen. Uit het onderzoek blijkt dat ruim 70% van de ziekenhuizen in Nederland te maken heeft met één of meer ziekenhuisoverstijgende maatschappen. Schaalvoordelen en strategische overwegingen worden als belangrijkste beweegredenen genoemd voor de maatschapsfusie.

iBMG concludeert dat belangen van de medisch specialist en raden van bestuur na een maatschapsfusie sterk(er) uiteen kunnen lopen. De nieuwe samenwerkingsrelatie beïnvloedt de machtsverhoudingen.

iBMG stelt daarnaast dat een maatschapsfusie in beginsel een reële bedreiging vormt voor de selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen aan de “voorkant” weliswaar met verschillende ziekenhuizen onderhandelen, maar aan de “achterkant” wordt de zorg door dezelfde medisch specialisten geleverd.

ACM

Wanneer zorg via de vorming van regiomaatschappen op één locatie wordt geconcentreerd is naar het oordeel van de Autoriteit Consument en Markt (ACM – voorheen NMa) sprake van horizontale samenwerking tussen twee of meer ziekenhuizen. De ACM stelt in dit verband dat zij een maatschap van medisch specialisten in een ziekenhuis in de context van de Mededingingswet beschouwt als een economische eenheid met het ziekenhuis. Het ziekenhuis en de specialistenmaatschap(pen) kwalificeren als één onderneming. Samenwerking of fusie tussen maatschappen van verschillende ziekenhuizen beoordeelt de ACM dan ook als een samenwerking tussen de ziekenhuizen. En deze moet worden getoetst aan het kartelverbod.

De raden van bestuur dragen eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de te leveren zorg en zij zijn via de toelatingsovereenkomst tevens verantwoordelijk voor samenwerkingsverbanden die de toegelaten medisch specialisten, al dan niet in maatschapsverband, wenselijk aan te gaan met medisch specialisten uit andere ziekenhuizen.

De ACM stelt overigens dat regionale samenwerking tussen maatschappen als zodanig niet onwenselijk is. Afspraken tussen maatschappen kunnen naar het oordeel van de ACM ook bijdragen aan een betere kwaliteit en continuïteit van zorg. De ACM zal pas ingrijpen als bij de (voorgenomen) samenwerking de concurrentie wordt beperkt en er (potentiële) schade is voor de patiënt/verzekerde. Beperking van de concurrentie zal in beginsel pas aan de orde zijn als zorgverzekeraars niet meer in staat zijn om hun zorg bij andere ziekenhuizen in te kopen en daarmee hun inkooprol niet meer goed kunnen vervullen. De ACM hecht hierbij aan de inbreng van de patiënt en de zorgverzekeraar. Het is daarom voor maatschappen en ziekenhuizen van belang bij de totstandkoming van samenwerking vooraf goed vast te leggen hoe patiënten en zorgverzekeraars tegen de samenwerking aankijken.

Met betrekking tot reeds bestaande regiomaatschappen heeft de ACM op grond van de Mededingingswet bevoegdheden om op te treden ingeval de samenwerking in strijd komt met het kartelverbod. Bij twijfel daarover nodigt de ACM ziekenhuizen uit om zelf contact op te nemen met de ACM om te overleggen over een oplossing. Het beleid van de ACM is erop gericht om bestaande schadelijke situaties te beëindigen.

NZa

Naast de ACM heeft ook de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg bevoegdheden om op te treden tegen bestaande mededinging beperkende samenwerkingsverbanden indien door deze samenwerking een aanmerkelijke marktmacht (AMM) is ontstaan. In haar concept concept advies stelt de NZa dat ingrijpen op zijn plaats is wanneer een regiomaatschap tot onwenselijk marktmacht leidt, zonder er sprake is van voldoende kwaliteitsvoordelen. De NZa adviseert vergroting van de transparantie ten aanzien van alle regiomaatschappen en benadering van de meest ernstige gevallen op basis van AMM met versterking van de bevoegdheden van de NZa.

De OMS adviseert bij de vorming van een regiomaatschap deskundig advies op bovengenoemde terreinen van AMM en mededinging én fiscaliteit in te winnen.

Bijlage 4

Vragen

De OMS verwacht dat, afhankelijk van de bestaande lokale situatie, medische staf en raad van bestuur samen de afweging maken voor een passende participatievorm. Lokale mogelijkheden en ambities zijn bepalend. Om deze in kaart te brengen is het nodig lokaal met elkaar het gesprek te starten. Binnen de gekozen participatievorm moet wel de keuzevrijheid blijven voor de individuele medisch specialist om hier al dan niet zelf actief in deel te nemen. Ook zou de gekozen participatievorm ruimte moeten bieden aan het werken in dienstverband of in vrij beroep.

Vragen die hierbij aan de orde zijn:

- Biedt de huidige besturings- en organisatiestructuur aanknopingspunten voor meer of andere vormen van participatie?
- Is er sprake van een gekantelde organisatiestructuur?
- In hoeverre is er een samenwerkingsrelatie tussen medische staf, collectief/OMSD en raad van bestuur?
- Wat is het karakter van die samenwerkingsrelatie? Wordt er open gecommuniceerd? Is er oog voor verschillende belangen?
- Hoe is de besturingsstructuur van de medische staf? Collectief? OMSD?
- Op welke wijze vindt al participatie middels zeggenschap plaats?
- Is er zeggenschap op operationeel niveau? In combinatie met een formele positie als unithoofd?
- Is er zeggenschap op tactisch niveau? In combinatie met een formele positie als (dual) clusterhoofd?
- Is er zeggenschap op tactisch niveau door betrokkenheid van de medische staf bij het medisch beleidsplan?
- Is er zeggenschap op strategisch niveau door betrokkenheid van de medische staf via beleidsinhoudelijk overleg aangaande bijvoorbeeld keuze in profiel van het ziekenhuis, samenwerking, (nieuw)bouw, concentratie en spreiding?
- Op welke wijze vindt al participatie middels financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap plaats?
- Zijn er resultaat verantwoordelijke eenheden met daarin financiële prikkels voor de medisch specialist in dienstverband en in vrij beroep?
- Zijn er ZBC's met gedeeld eigenaarschap tussen ziekenhuis en medische staf/maatschap/vakgroep?
- Is er lokaal een gedeelde visie en ambitie – onderling en met de raad van bestuur - om te participeren?
- Is er een gedeelde visie ten aanzien van de strategische positionering van het ziekenhuis?
- Is de lokale setting van invloed op de mogelijkheden om te participeren? Concurrentiepositie, zorgprofiel, marktsituatie, de rol van de zorgverzekeraars?
- Is er bereidheid van medische staf én raad van bestuur om tot een verregaande/verdergaande vorm van participatie te komen? zien medische staf en raad van bestuur participatie als manier om tot gelijkgerichte belangen te komen? Is iedereen betrokken?
- Ziet de raad van bestuur de (her)positionering van de medisch specialist als een belangrijke randvoorwaarde voor het creëren van een gelijkgericht belang?
- Is er draagvlak binnen maatschap of vakgroep alsmede draagvlak binnen de medische staf en het ziekenhuisbestuur om te participeren? Is er binnen de staf bedrijfskundige deskundigheid, affiniteit en ambitie van individuen om invulling te geven aan participatie?
- Is er een gedeelde visie ten aanzien van de wijze en mate van participatie?
- Is er een gedeelde visie ten aanzien van de invulling van werkvorm (dienstverband of vrij beroep)?

Uitgangspunt voor de OMS is dat de keuze voor de wijze en mate van participatie binnen het ziekenhuis en de werkvorm vrij beroep of dienstverband uiteindelijk ook een individuele keuze is. Los van de lokale mogelijkheden en de ambitie van medische staf en raad van bestuur ontstaan persoonlijke vragen. In dit kader is relevant dat geen formele belemmering bestaat om een vakgroep te laten bestaan uit zowel medisch specialisten in dienstverband als in vrij beroep.

Vragen die elke medisch specialist moet beantwoorden:

- Heb ik de ambitie om naast de uitoefening van mijn medisch beroep een actieve rol te vervullen binnen het lokaal gekozen participatiemodel?
- Kan ik mij vinden in de huidige en toekomstige positionering van het ziekenhuis?
- Heb ik inzicht in de consequenties van de strategische keuzes die lokaal zijn of worden gemaakt voor mijn eigen medische beroepsuitoefening?
- Kunnen mijn persoonlijke ambities gerealiseerd worden binnen de koers van het ziekenhuis?
- Welke rol wil ik vervullen binnen mijn vakgroep/maatschap? Ben ik de vertegenwoordiger, de kartrekker, de medisch inhoudelijk leider, de financiële man, de organisator?
- Wil en kan ik, namens mijn collega medisch specialisten, op tactisch of strategisch niveau een formele positie bekleden waarmee ik zeggenschap verkrijg binnen de ziekenhuisorganisatie? Bijvoorbeeld als (dual) unit of clustermanager respectievelijk als lid van de raad van bestuur? Beschik ik over draagvlak en vaardigheden? Ben ik bereid deze te ontwikkelen?
- Wil en kan ik, alleen of samen met collega medisch specialisten, financiële medeverantwoordelijkheid dragen in het resultaat van mijn afdeling, cluster of ziekenhuis? Hoeveel verantwoordelijkheid en risico wil en kan ik hierin nemen? Beschik ik over draagvlak, vaardigheden en positie om het resultaat te bepalen/beïnvloeden? In hoeverre wil en kan ik deze financiële medeverantwoordelijkheid laten doorwerken in mijn honorering?
- Wil en kan ik zelf geld investeren in mijn ziekenhuis? Op welk niveau en in combinatie met welk niveau van zeggenschap? Hoe risico avers ben ik en is mijn partner?
- Heb ik de ambitie om mijn medisch beroep uit te oefenen als zelfstandig ondernemer of in dienstverband en op welke wijze?
- Welke basisbehoeften en drijfveren gelden voor mij:
 - macht; realisatie (resultaat boeken); erkenning; saamhorigheid; orde; zekerheid?
- Kan en wil ik ondernemersrisico's lopen, zoals debiteurenrisico en afhankelijkheid van vraag en aanbod (markt) voor uit te voeren werkzaamheden en te ontvangen honorering?
- Kan en wil ik aansprakelijk zijn voor schulden van mijn onderneming?
- Kan en wil ik investeren in mijn onderneming?
- Kan en wil ik mijn onderneming zelf inrichten en runnen: personeel, administratie etc?

Bijlage 5

Interviews, advies en achtergronddocumenten

De OMS heeft in de aanloop naar dit Witte Boek gesproken met adviseurs van:

- VvAA
- BoerCroon
- Raadgevers Kuijkhoven
- LOGEX

Tevens zijn twee werkgroepbijeenkomsten georganiseerd met medisch specialisten resp. medisch specialisten en een lid van hun raad van bestuur.

De OMS heeft in het kader van dit Witte Boek gesproken met diverse vertegenwoordigers op bureauniveau en bestuurlijk niveau van de NVZ, de NZa en VWS.

Er is daarnaast gesproken met afgevaardigden van drie regiomaatschappen:

- Maatschap Chirurgie Midden-Brabant
- Maatschap Radiologie Oost-Nederland
- Maatschap Chirurgie Zuid-Friesland

De OMS heeft zich juridisch en fiscaal laten adviseren door:

- De heer mr. M.E. Gelpke, advocaat, Van der Felz advocaten, 's Gravenhage
- De heer mr. W. Koelewijn, advocaat, Van der Feltz advocaten, 's Gravenhage
- De heer mr. M.H.J. Eisenburger, Executive Director Tax at Ernst & Young, 's Gravenhage

De OMS heeft de volgende achtergronddocumenten geraadpleegd:

- NMa - Richtsnoeren voor de zorgsector - Maart 2010
- NMa - Samenwerken en concurreren in de zorg - Augustus 2010
- Convenant bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten 2012- 2014 - Mei 2011
- Rapport commissie Meurs – Oktober 2012
- Regeerakkoord – Oktober 2012
- Visiedocument Medisch specialist 2015- Oktober 2012
- VWS - Beleidsagenda “Van systemen naar mensen” - Februari 2013
- iBMG - Instellingsoverstijgende maatschappen, Huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen (2013.07) - Mei 2013
- NZa - Conceptadvies Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015 – Juni 2013
- NZa - Concept achtergronddocument bij conceptadvies integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015 - Juni 2013
- ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen, Juni 2013



Orde van Medisch Specialisten

postbus 20057

3502 LB Utrecht

(030) 28 23 650

communicatie@orde.nl