

## **TOELICHTING** **BIJ DE MODELTOELATINGSOVEREENKOMST**

### ***Algemeen***

#### *Aanleiding*

De Model Toelatingsovereenkomst uit 1977, gewijzigd in 1980, is naar aanleiding van de invoering van de Integratiewet per 1 februari 2000 en de vormgeving van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf vervangen door de Model Toelatingsovereenkomst uit 2000 met het bijbehorende Document Medische Staf (MTO/DMS). Sindsdien is de MTO/DMS enkele malen aangepast aan de actuele Ontwikkelingen en is de Integratiewet ingetrokken per 1 januari 2006. In de gezamenlijke verklaring van de Orde en de minister van VWS d.d. 17 januari 2007 met betrekking tot het normatief uurtarief heeft de Orde verklaard dat de Model Toelatingsovereenkomst in de geest van de veranderingen ten aanzien van risicodragendheid en prestatiebeloning in samenspraak met de NVZ zal worden aangepast.

Een (eerste) herziening is neergelegd in het zgn. addendum van 17 december 2007 van de Orde en de NVZ gezamenlijk. Aan het slot van dit addendum is aangegeven dat de Orde en de NVZ in het licht van de toenemende marktwerking gezamenlijk de contractuele relaties tussen ziekenhuis en medisch specialist(en) nader willen bezien voor 2009 en volgende jaren, zonder dat het vrij ondernemerschap in fiscale zin van de medisch specialisten wordt aangetast. Het voorliggende model geeft uitvoering aan dit voornemen.

#### *Een duurzaam model*

De Orde en de NVZ hebben gezocht naar het formuleren van een toekomstbestendig model dat niet steeds opnieuw hoeft te worden aangepast bij wijzigingen in wet- en regelgeving en overheidsbeleid en dergelijke. Deze doelstelling is doorkruist door de wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg die onder meer mogelijk maakt dat de honoraria van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren per ziekenhuis begrensd worden. Deze ontwikkelingen hebben, mede met het oog op de mogelijke gevolgen voor de fiscale ondernemersstatus, geleid tot tripartiet overleg tussen de minister van VWS, de Orde en de NVZ. Dit heeft geresulteerd in een Onderhandelingsresultaat van 15 december 2010, ondertekend op 31 mei 2011. Over de budgettering van de honoraria op landelijk niveau en op instellingsniveau zijn in dat Onderhandelingsresultaat nadere afspraken gemaakt. Tevens is overeengekomen dat indien het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in het ziekenhuis met de Raad van Bestuur overeenstemming heeft bereikt over de verdeling van het honorariumbudget op instellingsniveau, zij hun honorarium via het ziekenhuis aan de patiënt/zorgverzekeraar in rekening kunnen brengen. In het Onderhandelingsresultaat is vastgelegd dat een aantal aspecten van dit beheersingsmodel wordt neergelegd in een nieuw modeltoelatingsovereenkomst. Uitgangspunt van het Onderhandelingsresultaat is dat met ingang van 1 januari 2015 de te declareren zorgproducten

integraal zullen zijn. Daarbij wordt uitgegaan van “DOT’s” met herijkte normtijden en vrij onderhandelbare uurtarieven voor medisch specialisten. Het Onderhandelingsresultaat heeft betrekking op de transitiefase naar prestatiebekostiging (2012 tot en met 2014). Dit brengt met zich mee dat het onderhavige model wellicht reeds binnen enkele jaren zal moeten worden vervangen door een model dat is toegespitst op de nog nader te definiëren situatie per 1 januari 2015. Het voorliggende model beoogt intussen een evenwicht te bewaren tussen een meer principiële benadering waarin alleen uitgangspunten in het contract worden geformuleerd en een meer instrumentele benadering, waarin – mogelijk van concrete maar tijdelijke regelgeving en werkafspraken afhankelijke – bevoegdheden en maatregelen voorop gesteld worden. Een algemeen model kan de praktijk in al haar facetten niet omvatten. Blijvende bruikbaarheid van het model bij wijziging van wet- en regelgeving is bevorderd door in de tekst niet te refereren aan bestaande wet- en regelgeving. De actuele bruikbaarheid van het model wordt bevorderd door de toelichting wèl af te stemmen op de bestaande situatie. In het model is bepaald dat de toelichting tot doel heeft de uitleg en de uitvoering van de overeenkomst door partijen te faciliteren. De toelichting kan worden voorzien van bijlagen, waarin een en ander nader wordt uitgewerkt. Tevens is bepaald dat de toelichting – met inbegrip van eventuele bijlagen – van tijd tot tijd kan worden gewijzigd door de Orde en de NVZ gezamenlijk, indien gewijzigde wet- en regelgeving – of andere bijzondere ontwikkelingen – daartoe aanleiding geven. Op deze manier kunnen de uitleg en de toepassing van het model “meegroeien” met de ontwikkelingen, terwijl de overeenkomst zelf niet hoeft te worden aangepast. Desalniettemin is, voor het geval daaraan toch behoefte ontstaat, voorzien in de mogelijkheid van wijziging van de overeenkomst zelve, Zoals boven is vermeld is denkbaar dat het onderhavige model binnen enkele jaren zal moeten worden vervangen.

### *Kernelementen*

Het voorliggende model is het resultaat van een gezamenlijke bezinning van Orde en NVZ op de kernelementen van het functioneren van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar in het ziekenhuis. Aangezien deze rechtsverhouding er een is met een lange voorgeschiedenis zijn kernelementen van het model niet nieuw. Een aantal kernelementen uit eerdere Model Toelatingsovereenkomsten keert terug, doch in een gewijzigde context en samenhang.

Deze kernelementen zijn naar de mening van de Orde en de NVZ, als opstellers van het model:

- (1) het functioneren van de medisch specialist als opdrachtnemer/hulpverlener van de patiënt in de zin van de WGBO,
- (2) de praktijkvoering voor eigen rekening en risico (inclusief zelfstandig declaratierecht en debiteurenrisico) van de medisch specialist is,
- (3) de medisch specialist verbonden is aan het ziekenhuis dat eveneens een hulpverlener is van de patiënt in de zin van de WGBO en dat de fysieke en organisatorische omgeving biedt waarin de zorg wordt verleend;

(4) het ziekenhuis en zijn bestuur eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg en de prijs- en productieafspraken met de zorgverzekeraars;

(5) De context een gegeven is waarin medisch specialist en ziekenhuis opereren in een voortdurende veranderende werkelijkheid, van regelgeving en met name ook in een nieuwe marktomgeving.

Uitdrukking van de gewijzigde context en samenhang is dat de bepalingen over disciplinaire maatregelen uit dit model zijn verdwenen. Handhaven van discipline veronderstelt een machtsverhouding die zich niet goed meer verdraagt met de huidige geest van de samenwerking. Daarin komen, meer dan voorheen, scherpere normstelling, transparantie en verantwoording als onderdeel van de contractuele verhouding naar voren. Naast de gedeelde verantwoordelijkheid wordt tevens het verschil in verantwoordelijkheid dat voortvloeit uit de door de wet bepaalde posities van partijen, benoemd en geoperationaliseerd.

Niet uitgesloten is dat nog andere relaties bestaan buiten de verhouding gekarakteriseerd door deze kernelementen, zoals verdergaande managementparticipatie of (mede)aandeelhouderschap in een gezamenlijke zorgonderneming. Deze kunnen in voorkomende gevallen afzonderlijk worden geregeld, hetzij in aanhangsels bij de toelatingsovereenkomst, hetzij in afzonderlijke overeenkomsten. Zo zal managementparticipatie kunnen worden geregeld in een aanhangsel bij de toelatingsovereenkomst en het aandeelhouderschap onderwerp kunnen worden in een geheel afzonderlijke overeenkomst.

#### *Overeenkomst sui generis*

De overeenkomst tussen het ziekenhuis en de medisch specialist is een overeenkomst van samenwerking tussen twee partijen, die ondanks de asymmetrie van de vrije beroepsbeoefenaar versus het veel grotere ziekenhuis met onderscheiden verantwoordelijkheden wordt gekenmerkt door evenwaardigheid van partijen. De overeenkomst is noch een overeenkomst van opdracht van het ziekenhuis aan de medisch specialist, noch een faciliteringsovereenkomst voor de medisch specialist. De patiënt (of in uitzonderingsgevallen bij een jeugdige patiënt een derde voor hem) is uiteindelijk de opdrachtgever van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Uit de parlementaire geschiedenis van de WGBO blijkt dat bij een ziekenhuisopname en dus ook ingeval van een poliklinische behandeling dan wel een behandeling in dagverpleging naast de behandelingsovereenkomst met het ziekenhuis tevens een behandelingsovereenkomst met een of meer van de behandelende medisch specialisten tot stand komt, indien deze niet in dienst van het ziekenhuis zijn maar op basis van een toelatingsovereenkomst in het ziekenhuis werkzaam zijn. De overeenkomst tussen het ziekenhuis en de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar, zoals deze ook in dit model wordt gedefinieerd, moet daarom worden gekenmerkt als een zgn. overeenkomst sui generis, een niet in het Burgerlijk Wetboek beschreven bijzonder contract, dat zijn grondslag vindt in de algemene contractsvrijheid.

#### *Ondernemersstatus*

De hoedanigheid van vrij beroepsbeoefenaar in fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke zin is verbonden met de relatie met de patiënt als opdrachtgever, het daaruit voortvloeiend zelfstandig declaratierecht en het bijbehorende debiteurenrisico. Van belang is echter dat het ondernemerschap meer inhoudt dan een fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke status. Het ondernemerschap in de

zorg krijgt nieuwe impulsen onder invloed van de stapsgewijze introductie van marktwerking. Met het oog op de fiscale ondernemersstatus is dit model, in overleg met de NVZ en VWS, ter toetsing voorgelegd aan het ministerie van Financiën c.q. de Belastingdienst.

(Noot: Dit is nog niet gebeurd).

### ***Bijzonder deel***

#### *Partijen*

Kenmerkend is dat de overeenkomst ter ene zijde wordt getekend door de rechtspersoon, die het ziekenhuis in fysieke en organisatorische zin in stand houdt. Deze rechtspersoon is de drager van de contractuele rechten en plichten voortvloeiend uit de overeenkomst. In sommige bepalingen van de overeenkomst wordt gesproken over de Raad van Bestuur ('het bestuur') als vertegenwoordiger van de rechtspersoon en als bestuurder van het ziekenhuis.

Ter andere zijde wordt de overeenkomst getekend door de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. De onderhavige overeenkomst wordt gebruikt indien de medisch specialist werkzaam is als vrij beroepsbeoefenaar voor eigen rekening en risico. De onderhavige overeenkomst kan derhalve niet worden gebruikt wanneer de medisch specialist in het ziekenhuis werkzaam is in dienst van het ziekenhuis of van een andere entiteit, zoals een binnen het ziekenhuis werkzame Besloten Vennootschap (BV) of Personenvennootschap.

In het navolgende wordt de medisch specialist omwille van de leesbaarheid en de beknoptheid van het model uitsluitend aangeduid in de mannelijke vorm. Dit model maakt inhoudelijk geen onderscheid tussen mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten.

#### *Definities*

Met de term 'instelling' wordt de juridische entiteit aangeduid, die partij is bij de overeenkomst en drager van de toelating volgens de WTZi. De termen het 'ziekenhuis' en de 'ziekenhuisorganisatie' duiden de feitelijke organisatie aan van mensen en voorzieningen.

Met de term 'cluster' worden de organisatorische eenheden van het ziekenhuis bedoeld, die op basis van een specialisme kunnen zijn georganiseerd, zoals heelkunde, KNO, radiologie, oogheelkunde en dergelijke, maar waarin ook meerdere specialismen kunnen zijn verenigd, zoals interne geneeskunde, de intensive care, kindergeneeskunde, geriatrie en dergelijke. Deze organisatorische eenheid wordt ook wel afgebakend als een 'resultaatverantwoordelijke eenheid'. De definitie brengt tot uitdrukking dat het hier niet gaat om het civielrechtelijk samenwerkingsverband van medisch specialisten zoals een maatschap of personenvennootschap, noch om grotere eenheden in een ziekenhuisorganisatie.

Het begrip 'collectief' heeft betrekking op het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren als bedoeld in het convenant van 15 december 2010. Dat collectief maakt afspraken met de Raad van Bestuur over de verdeling van het honorariumplafond zodat de

deelnemende medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in overeenstemming met de (beleids)regels van de NZa hun honorarium via het ziekenhuis kunnen declareren.

Onder de medische staf wordt verstaan een orgaan in het ziekenhuis, dat in de praktijk veelal een eigen rechtsvorm heeft, zoals een vereniging van medisch specialisten en daarmee gelijk gestelden. Noodzakelijk is die rechtsvorm echter niet, aangezien het hier gaat om de functie die de medische staf in de ziekenhuisorganisatie heeft. Het 'stafbestuur' is het orgaan dat als zodanig als bestuur wordt vermeld in het stafreglement of in de statuten van de Vereniging.

Met de term 'zorg' wordt onder meer verwezen naar de prestatiebeschrijvingen op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg. In ruimere zin wordt bedoeld op de handelingen op het gebied van de geneeskunst zoals aangeduid in de wettelijke definitie van artikel 7:446 BW. De door de medisch specialist te verlenen zorg wordt nader bepaald door de afspraken bedoeld in artikel 2.

De onderhavige toelatingsovereenkomst wordt in de definities opgenomen door de overeenkomst te beperken tot de schriftelijke overeengekomen bepalingen van het ondertekende contract, waar eventuele latere schriftelijke documenten met nadere overeenkomsten kunnen worden toegevoegd. De toelichting is geen deel van de overeenkomst, maar wel een richtsnoer voor de uitleg daarvan. Ook de toelichting kan wijzigen, zie daarvoor artikel 30.

In verschillende artikelen wordt de term 'wettelijk' gebruikt. Dit is een ruim begrip. Gedoeld wordt op het geheel van algemene en bijzondere overheidsvoorschriften.

#### *Artikel 1*

Artikel 1 geeft het doel van de overeenkomst aan, namelijk dat het ziekenhuis en de medisch specialist(en) een geïntegreerd aanbod medisch specialistische zorg aan de patiënt kunnen aanbieden. Zij doen dat niet los van hun omgeving (de markt), maar ook in respons daarop en met een weloverwogen strategie. De eindverantwoordelijkheid voor de totale strategie van het ziekenhuis ligt bij het bestuur van het ziekenhuis (zie daarover ook de bepalingen in artikel 2). Niettemin kan deze strategie alleen totstandkomen door vanuit de verschillende specialismen de kracht te bundelen. Het ziekenhuis en de medisch specialist hebben dan ook de gezamenlijke verplichting de concurrentiekracht op de markt voor medisch specialistische zorg te verzorgen.

Blijkens artikel 1 sluiten zowel de medisch specialist als het ziekenhuis ieder hun eigen geneeskundige behandelingsovereenkomsten met de patiënt. Wel moeten zij erop kunnen vertrouwen dat de andere partij de verplichtingen die daaruit volgens de wet voortvloeien nakomt. Alleen zo kan een geïntegreerd zorgaanbod tot stand komen.

#### *Artikel 2*

Met een 'in alle opzichten' concurrerend zorgaanbod wordt bedoeld dat partijen zich rekenschap geven van het feit dat de concurrentiekracht bepaald wordt door verschillende factoren, zoals de

kwaliteit, breedte of juist specialisatie van het aanbod, de doelmatigheid en de prijs, alsook een voldoende groot marktaandeel en dergelijke.

Dit artikel biedt een regeling voor de onderlinge afstemming van de prestaties van het ziekenhuis en de medisch specialist. Door concrete afspraken hierover kan het ziekenhuis zijn kosten begroten. Niet alle zorgprestaties hebben een open einde-financiering. Daar waar de financieringsmogelijkheden door overheidsmaatregelen en afspraken met zorgverzekeraars beperkingen opleggen aan de productie, moeten deze vertaald kunnen worden naar productieafspraken binnen het ziekenhuis. Na de wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg zullen de honoraria van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren per ziekenhuis begrensd (gebudgetteerd) worden. De bedoeling is dat het collectief en de Raad van Bestuur afspraken maken met betrekking tot de verdeling van het honorariumplafond. Dit wordt uitgewerkt in art. 28 lid 3. Niet alleen het volume van de zorg is daarbij relevant, maar ook de kwaliteit en de prijs die voor de zorgprestaties kan worden gedeclareerd. Een realiteit is dat waar op de zorgaanbodmarkt moet worden geconcurrereerd, een profielkeuze in de zorg nodig kan zijn om concurrerend te zijn. Dergelijke keuzes gaan over de grenzen van de specialismen heen en hier is het bestuur van het ziekenhuis eindverantwoordelijk.

'Met inachtneming van' in lid 3 heeft de strekking dat het ziekenhuis niet via het productiekader terugkomt op gemaakte afspraken met het collectief.

Het model laat open of de onderhandelingen met de zorgverzekeraar bipartiet of tripartiet plaatsvinden. De keuze is aan het ziekenhuis, de medisch specialisten en de zorgverzekeraar.

In de bipartiete optie is het ziekenhuis de (enige) contractspartij van de zorgverzekeraars bij het maken van afspraken over volume, kwaliteit en prijs. Dat betekent uiteraard niet dat de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in de bipartiete optie geen rol hebben bij het totstandkomen van dergelijke afspraken. In het zevende lid wordt dan ook de verplichting aan het ziekenhuis opgelegd, dat zij een vertegenwoordiging van de medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren bij het overleg met de zorgverzekeraars betreft. In deze overeenkomst wordt niet geregeld hoe deze vertegenwoordiging totstandkomt. Het collectief dat afspraken maakt met de Raad van Bestuur over de verdeling van het honorariumplafond zodat de deelnemende medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in overeenstemming met de (beleids)regels van de NZa hun honorarium via het ziekenhuis kunnen declareren, is de eerste gesprekspartner. Deze overeenkomst verlangt evenwel dat jaarlijks met alle medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren productie- en honorariumafspraken worden gemaakt.

In de tripartiete optie zijn het ziekenhuis en de medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren gezamenlijk partij bij de overeenkomsten met de zorgverzekeraars. Medeondertekening drukt in dat geval het commitment van de deelnemende medisch specialisten met de afspraken uit, zoals zij op collectief niveau gestalte krijgen.

In het zesde lid is de verplichting tot overleg tussen partijen opgenomen, in geval het productiekader de productie dreigt te frustreren. Het ligt voor de hand dat het ziekenhuis zal proberen de productie die binnen het zorgprofiel past ook zoveel mogelijk te realiseren en niet te belemmeren. De consequentie van een overschrijding moet onder ogen worden gezien en onder omstandigheden kan dit leiden tot een verruiming van het productiekader bijvoorbeeld wanneer afspraken gemaakt kunnen worden met de zorgverzekeraars en/of de NZa, of een zekere overschrijding wordt aanvaard wanneer daar een groter belang mee is gediend. Dat belang kan uiteraard ook zijn het belang van de patiënten, wanneer het niet verantwoord is een aangevangen behandeling te beëindigen of wanneer er een maatschappelijke verantwoordelijkheid op het ziekenhuis en de medisch specialist rust om behandeling niet te weigeren. Dit overleg en deze mogelijke belangen doen evenwel niet af aan het uitgangspunt dat de financiering van het ziekenhuis beheersbaar moet zijn en dat er omwille van de kwaliteit keuzes gemaakt moeten kunnen worden.

### *Artikel 3*

De medisch specialist heeft in verband met de continuïteit van de medisch specialistische zorg regulier samen met zijn collegae van hetzelfde medisch (moeder- of deel-)specialisme, dag-, avond-, nacht- en weekenddienst en dienst tijdens de feestdagen. Ook in geval van afwezigheid wegens vakantie, bij- en nascholing, arbeidsongeschiktheid of andere langere afwezigheid dient de medisch specialist zorg te dragen voor adequate waarneming door zijn collegae van hetzelfde medisch (moeder- of deel-) specialisme dan wel door een waarnemer van buiten het ziekenhuis. In geval van een structureel tekort aan adequate waarnemers ligt het in de rede dat de medisch specialist, het stafbestuur en het bestuur gezamenlijk een oplossing zoeken.

### *Artikel 5*

Gelet op de verweven verplichtingen tot het leveren van verantwoorde zorg volgens geldende professionele standaards moet ook bij het ter beschikking stellen van middelen daaraan worden gerefereerd. In de praktijk kan ter invulling van kwaliteitseisen worden verwezen naar de 'Leidraad verantwoordelijkheid medisch specialist bij onderhoud en beheer medische apparatuur' opgesteld door de Orde samen met de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de NVZ en geaccordeerd door de andere Wetenschappelijke Verenigingen (oktober 2008), wanneer het gaat om de rol van de medisch specialist bij het gebruik van medische apparatuur. Bij de in acht te nemen zorgvuldigheid als bedoeld in het vierde lid kan ook gedacht worden aan een signaleringsfunctie tekortkomingen in onderhoud en functioneren van de apparatuur, die aansluit op de verantwoordingsplicht in artikel 16. Aan de toestemming als bedoeld in lid 5 kan het bestuur voorwaarden verbinden, zoals bijvoorbeeld de voorwaarde dat de AMS en CAO Ziekenhuizen worden toegepast.

Het bepaalde in lid 3 laat onverlet dat bepaalde kostencategorieën door de instelling en de medisch specialist om omzetbelastingtechnische redenen voor gemene rekening worden genomen.

### *Artikel 6*

De realiteit in het ziekenhuis is dat de medisch specialist slechts bij uitzondering solistisch opereert. Voor de vrijberoepsbeoefenaar is daarom het samenwerken met anderen van hetzelfde specialisme van belang. Het hier genoemde samenwerkingsverband zal in de meeste gevallen een maatschapsovereenkomst zijn.

Het ziekenhuis moet zich naast de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar kunnen wenden tot het samenwerkingsverband per specialisme. Een productieafpraak voor een bepaalde zorgprestatie wordt bij voorkeur niet met een individuele medisch specialist gemaakt, doch met een samenwerkingsverband waarbij de werkverdeling onderling plaatsvindt. Mutatis mutandis geldt dit ook voor kwaliteitsafspraken en daarmee samenhangende onderwerpen. De medisch specialist is binnen het samenwerkingsverband mede verantwoordelijk voor de gezamenlijke kwaliteit van zorgverlening en dient ook zijn collega's aan te spreken op tekortkomingen. Daarom wordt als voorwaarde voor de samenwerking gesteld dat het contract voorziet in onderlinge toetsing, waardoor evaluatie van specialistisch handelen zo dicht mogelijk bij de professionals en onder eigen verantwoordelijkheid geschiedt. Deze onderlinge toetsing kan dan aansluiten op evaluatie door de medische staf of het ziekenhuis.

Het vierde lid bevat de regeling zoals door de Commissie Lemstra voorgesteld naar aanleiding van het disfunctioneren van een neuroloog in het Zorgcentrum Medisch Spectrum Twente (*En waar was de patiënt...? Rapport over het (dis-)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving*, september 2009). De voorgestelde oplossing gaat uit van de wenselijkheid van correctie op zo laag mogelijk niveau in de ziekenhuisorganisatie. Daartoe zou het bestuur bevoegdheden als genoemd in paragraaf 7 kunnen delegeren aan een daartoe aangewezen manager van het cluster. Deze facultatieve bepaling kan voor het gehele ziekenhuis gelijk worden gekozen, doch niet uitgesloten is dat zij alleen voor bepaalde groepen medisch specialisten geldt.

#### *Artikel 7*

De in het eerste lid bedoelde rechten en verplichtingen staan in de statuten van de Vereniging de Medische Staf en/of in het Stafreglement en in de reeds genomen besluiten van de Medische Staf. Deze bepaling brengt onder meer mee dat de medisch specialist samen met zijn collegae in zijn samenwerkingsverband (i) het Jaarverslag van dat samenwerkingsverband opstelt dat een onderdeel is van het Jaarverslag van de Medische Staf dat vervolgens onderdeel is van het Jaarverslag van het Ziekenhuis, (ii) het Kwaliteitsjaarverslag van dat samenwerkingsverband opstelt dat onderdeel is van het Kwaliteitsjaarverslag van de Medische Staf dat vervolgens onderdeel is van het Kwaliteitsjaarverslag van het Ziekenhuis, en (iii) het Medisch Beleidsplan van dat samenwerkingsverband opstelt dat onderdeel is van het Medisch Beleidsplan van de Medische Staf, dat vervolgens onderdeel is van het Ziekenhuisbeleidsplan. Alle geledingen in het Ziekenhuis zijn gebonden aan het Ziekenhuisbeleidsplan.

#### *Artikel 9*



Bij administratieve voorschriften kan gedacht worden aan voorgeschreven formulieren of formats. Verder zijn bedoeld eventuele voorschriften die door regelgeving aan de administratie van het ziekenhuis worden gesteld (bijv. de Kaderregeling AO/IC).

#### *Artikel 10*

Het ziekenhuis en de medisch specialist zijn bij de uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomsten gebonden aan de wettelijke norm van het goed hulpverlenerschap (artikel 7:453 BW). Voor een nadere invulling van de professionele standaard die daarbij in het geding is verwijst het tweede lid van artikel 10 naar de landelijke wetenschappelijke verenigingen op het gebied van het desbetreffende specialisme. Uiteraard wordt ook van de medisch specialist verwacht dat hij zelfstandig zijn vakliteratuur bijhoudt, doch bijzondere betekenis komt uiteraard toe aan hetgeen zijn wetenschappelijke vereniging aan kwaliteits- en veiligheidsrichtlijnen uitvaardigt. Voorts kan in het bijzonder worden verwezen naar het Kaderbesluit van het Centraal College Medisch Specialisten, een orgaan als bedoeld in artikel 14 lid 1 Wet BIG. Ook onafhankelijk van de wettelijke status van dit besluit, bevat het een inhoudelijke beschrijving van de competenties waaraan de medisch specialist dient te voldoen. Het levert voor partijen een concreet oriëntatiepunt op voor de reikwijdte van de kennis en kunde die de specialist voor de goede uitoefening van zijn praktijk in stand moet houden. De medisch specialist weet zich uiteraard ook gebonden aan de gedragscodes van de Orde van Medisch Specialisten. Verwezen kan worden naar de Gedragscode Intramuraal praktiserend medisch specialist (datum) doch in bredere zin naar alle gedragscodes verenigd in het Kwaliteitskader Medisch Specialisten van de Orde (2009).

#### *Artikel 12*

Het bestuur moet zorgdragen voor een registratiesysteem voor de Basisset Prestatie-Indicatoren, waarin de medisch specialist de zijn erkend medisch specialisme betreffende gegevens registreert, opdat het bestuur deze gegevens kan aanleveren aan de IGZ.

Een complicatieregistratie is niet alleen een administratief instrument, maar dient vooral voor de verbetering van de kwaliteit van zorg. Daarom worden de uitkomsten van de registratie per cluster besproken. Er is een zelfstandige meldingsplicht (naast de registratieplicht) voor significante en meer dan incidentele afwijkingen in de prevalentie van complicaties. De afwijkingen worden gemeten ten opzichte van het *state of the art* aanvaarde complicatierisico. Het zijn vooral de wetenschappelijke verenigingen die daarop kunnen worden bevraagd. Overigens geeft de vakliteratuur daarover nader uitsluitsel.

In artikel 12 lid 5 wordt verwezen naar de ingestelde meldingscommissie die onder verschillende namen bekend staat zoals de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg ('MIP'), Commissie Veilig Incidenten melden ('VIM') of Faults or Near Accidents (FONA)-commissie.

#### *Artikel 15*

Voorop staat bij deze regeling het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar, terwijl de uitvoering wordt ingebed in de administratieve processen van het

ziekenhuis. Het ziekenhuis is gehouden de honoraria voor de medisch specialist te declareren, behoudens wanneer daardoor het intern productiekader zou worden overschreden.

De leden 2 en 6 hebben betrekking op de medisch specialisten die deelnemen aan het collectief en die conform de (beleids)regels van de NZa hun honorarium via het ziekenhuis aan de patiënt c.q. de zorgverzekeraar kunnen declareren.

In lid 3 is verwerkt dat indien een ondersteunend medisch specialist op grond van de prestatiebeschrijving en de tariefvaststelling voor een bepaalde behandeling een honorarium mag declareren terwijl hij niet bij de behandeling betrokken is geweest, hij het hem voor die behandeling toekomende honorarium alleen aan de instelling kan declareren. De medisch specialist is in dat geval geen partij bij een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënt. Daardoor is er geen grondslag om het honorarium aan de patiënt dan wel de zorgverzekeraar te declareren.

Bij de vergoedingen bedoeld in de eerste zin van lid 6 valt te denken aan de kostenafspraken over de administratieve vergoedingen en incassokosten als bedoeld in ditzelfde lid, maar tevens aan vergoedingen in de sfeer van artikel 5 lid 3 en 8 lid 3.

De incassokosten bedoeld in lid 7 zullen in de regel voor gemene rekening met het ziekenhuis worden gemaakt in een gezamenlijke incassoprocedure. De kosten worden dan pro rata gedragen.

Lid 12 heeft betrekking op de medisch specialisten die niet deelnemen aan het collectief en die conform de (beleids)regels van de NZa hun honorarium alleen aan het ziekenhuis in rekening kunnen brengen.

#### *Artikel 16*

Nieuw en wezenlijk voor de vernieuwde opzet zijn de uitgebreide verantwoordingsverplichtingen van de medisch specialist. Deze zijn deels nog in ontwikkeling, zodat mede van belang zullen zijn de codes die de Orde en NVZ hierover nog zullen vaststellen. Ten aanzien van overlegging van de rapportages van de kwaliteitsvisitaties door de wetenschappelijke verenigingen wordt een voorschot genomen op de toekomst. De wijze waarop de rapportages worden ingericht en uitgevoerd loopt in de praktijk uiteen. Het lijkt nuttig en nodig hierin meer uniformiteit aan te brengen, zodanig dat de rapporten over de volle breedte aan dezelfde maatstaven voldoen. Dat betekent dat er enige waarborgen moeten komen voor zowel de commissies als voor de gevisiteerden. Het ligt voor de hand dat de Orde hierin een rol speelt. De NVZ en de Orde achten het aangewezen een overgangstermijn van drie jaar te hanteren (van 2010 tot en met 2012) waarbinnen artikel 16 lid 2 zevende gedachtestreepje zo wordt uitgelegd, dat daaronder vooralsnog de conclusies en aanbevelingen van de rapporten in kwestie worden verstaan. De Orde zal voor het verstrijken van de overgangstermijn afspraken maken met de wetenschappelijke verenigingen over de termijn en condities waaronder de integrale rapporten van de visitaties kunnen worden overlegd.

Met de deelname aan de evaluatie van het individuele functioneren van de medisch specialist onder verantwoordelijkheid van de medische staf wordt gedoeld op lokaal geïmplementeerde systemen van IFMS. In het in lid 1 bedoelde informatieprotocol wordt vastgelegd welke gegevens betreffende de deelname aan IFMS aan het bestuur worden verschaft. Hetzelfde kan gelden voor eventuele andere vormen van evaluatie die niet zijn opgenomen in de niet-limitatieve opsomming van lid 2.

Vanaf uiterlijk 1 januari 2013 worden uitkomsten en conclusies van een evaluatie van het functioneren van de medisch specialist ter informatie aan het bestuur overlegd. De wijze waarop dat gebeurt wordt nader bepaald en ingevuld door het bestuur en het stafbestuur

Het bestuur zal de uitvoering van de evaluatie bedoeld in het derde lid kunnen delegeren binnen de ziekenhuisorganisatie. Aan het bestuur worden in dat geval de uitkomsten van de evaluatie medegedeeld.

#### *Artikel 17*

Het spiegelbeeld van artikel 16 is eveneens nieuw. Van het ziekenhuis mag eveneens worden verwacht zich jegens de medische staf te verantwoorden voor het algemene beleid, dat rechtstreeks van belang kan zijn voor de verantwoordelijkheden die op de medisch specialist rusten. In het bijzonder kan het aangewezen zijn dat het bestuur mededeling doet van haar beleid en maatregelen voor het opheffen van door de medisch specialisten aangedragen knelpunten en problemen in het ziekenhuis. Health care governance houdt ook in transparantie naar de medisch specialist. Daarnaast kan onder omstandigheden een bijzondere verantwoordingsplicht op het bestuur van het ziekenhuis rusten; het artikel noemt daarvan enkele voorbeelden. De verwijzing naar de vigerende governancecode heeft thans betrekking op de Zorgbrede Governancecode 2010.

#### *Artikelen 18 en 19*

Deze bepalingen zijn noodzakelijk in verband met de medeverantwoordelijkheid en medeaansprakelijkheid van het ziekenhuis voor alle zorgverlening binnen zijn muren. De eindverantwoordelijkheid van het bestuur voor de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis, de naleving van wettelijke verplichtingen die primair op de instelling rusten, de organisatie, de strategische ontwikkeling van haar positie, het financieel beheer en de zorg om de continuïteit maakt dat het bestuur voldoende in staat moet zijn om sturing te geven aan het geheel. Het is eigen aan de wettelijke positie van het bestuur dat het bestuur het punt is in het ziekenhuis waar alle deelbelangen, ook die van de verschillende medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren, samenkomen. De onderhavige bepaling maakt het mogelijk dat het bestuur aanwijzingen geeft, die echter nimmer zo ver mogen gaan dat het bestuur treedt in de professionele bevoegdheden van de medisch specialist. Het bestuur handelt steeds in de geest van de toelatingsovereenkomst en overlegt met het stafbestuur en zonodig de clusters over zijn beleid.

Beroep tegen de aanwijzingen is gebonden aan een vervaltermijn. Soms werken aanwijzingen voor onbepaalde tijd door. Denkbaar is dat zich wijzigingen in de omstandigheden voordoen, op grond waarvan de raad van bestuur redelijkerwijs de situatie en de houdbaarheid van de aanwijzing opnieuw zou moeten beoordelen. Een herbeoordeling (en een weigering daarvan) kan in dat geval gezien worden als een nieuw besluit aangaande de aanwijzing, waarvan weer beroep openstaat. Het Scheidsgerecht Gezondheidszorg zal de ontvankelijkheid van een dergelijk beroep in redelijkheid hebben vast te stellen.

#### *Artikel 20*

In de praktijk blijkt behoefte aan het instrument van de non-actiefstelling. Het is niet eenvoudig bij ernstige incidenten of een vermoeden van disfunctioneren van de medisch specialist vast te stellen of daarvan inderdaad sprake is. Ter bescherming van het vertrouwen in de zorgverlening van het ziekenhuis kan een non-actiefstelling echter in het belang zijn van zowel het ziekenhuis als alle overige medisch specialisten (vrij beroepsbeoefenaren). Onder het oude model was non-actiefstelling een voorportaal van opzegging. Dat is nu niet langer het geval. Non-actiefstelling vergt een eigen belangenafweging. De medisch specialist kan de non-actiefstelling bestrijden bij het Scheidsgerecht Gezondheidszorg. Los daarvan kan de medisch specialist tevens in een latere fase bij het Scheidsgerecht opheffing verzoeken (eventueel bij wijze van voorlopige voorziening), indien de omstandigheden daartoe aanleiding geven (zoals positieve uitkomsten van onderzoek).

Bij het vijfde lid van dit artikel kan worden gedacht aan het geval dat naderhand blijkt dat de omstandigheden anders zijn dan ten tijde van het besluit tot nonactiefstelling werd aangenomen en/of dat de omstandigheden, die tot de nonactiefstelling hebben geleid, niet aan de medisch specialist kunnen worden toegerekend.

#### *Artikel 21*

De overeenkomst wordt aangegaan hetzij voor bepaalde, hetzij voor onbepaalde tijd. In de tekst moet worden doorgehaald hetgeen niet van toepassing is en een eventuele termijn moet worden ingevuld. Het zal afhangen van de onderhandelingspositie en het doel van de individuele samenwerking of ziekenhuis en medisch specialist een overeenkomst voor bepaalde of onbepaalde tijd willen sluiten. De medisch specialist die zich vestigt en goodwill betaalt zal de voorkeur geven aan een overeenkomst voor onbepaalde tijd. Het ziekenhuis heeft in een overeenkomst voor bepaalde tijd een instrument de situatie na afloop van de contractsduur opnieuw te beoordelen en al dan niet een verlenging aan te bieden.

#### *Artikel 22*

Dit artikel benoemt de situaties die de overeenkomst doen eindigen. Onder a) tot en met h) zijn dit omstandigheden die van rechtswege het einde van de overeenkomst met zich brengen. Onder h) wordt met de wettelijke (volgens de definitie ook 'krachtens de wet') ingestelde registratie bedoeld het specialistenregister dat wordt beheerd door de Medisch Specialisten Registratie Commissie. Onder

i) treedt het einde niet van rechtswege in, maar door de rechtshandeling van opzegging. De gronden en wijze van opzegging zijn geregeld in artikel 23.

### *Artikel 23*

Een opzegging kan gebaseerd zijn op meerdere gronden. Zij sluiten elkaar niet noodzakelijkerwijs uit. Zij kunnen toepassing vinden bij een overeenkomst voor onbepaalde dan wel bepaalde tijd.

De eerste opzeggingsgrond voor de instelling (lid 1 sub a) sluit aan bij artikel 6: 265 BW. Indien de medisch specialist ondanks waarschuwing ernstig in verzuim blijft, is dat een voldoende grond voor opzegging. Een tekortkoming die niet toerekenbaar is, levert geen verzuim op. Een verzuim van geringe betekenis is geen grond voor opzegging. Voor verzuim is in beginsel een voorafgaande ingebrekestelling nodig. Dat is een schriftelijke aanmaning waarbij een redelijke termijn voor nakoming wordt gesteld. Een voorafgaande ingebrekestelling is overigens niet in alle gevallen nodig, bijvoorbeeld wanneer al een termijn voor de nakoming is bepaald, of wanneer de tekortschietende partij aangeeft niet (tijdig en correct) te zullen nakomen (art. 6:81 e.v. BW). In elk geval wordt de medisch specialist gewaarschuwd voordat opzegging wegens ernstig verzuim kan plaatsvinden.

Een overeenkomst die is aangegaan voor onbepaalde tijd kan normaliter, behoudens een andersluidende bepaling, worden opgezegd met inachtneming van de eisen van redelijkheid en billijkheid. Een overeenkomst die is aangegaan voor bepaalde tijd kan gewoonlijk, en behoudens een andersluidende bepaling, niet tussentijds worden opgezegd. Daarnaast kan een overeenkomst die is aangegaan voor onbepaalde of bepaalde tijd door de rechter worden ontbonden. De onderhavige overeenkomst bevat een andersluidende bepaling. De laatste opzeggingsgrond voor de instelling (lid 1 sub f) brengt tot uitdrukking dat - wanneer zich geen van de andere opzeggingsgronden voordoet (lid 1 sub a t/m e) - de medisch specialist met een overeenkomst voor onbepaalde tijd een ruimere bescherming heeft tegen opzegging dan anders het geval zou zijn, en de medisch specialist met een overeenkomst voor bepaalde tijd iets minder bescherming heeft tegen (tussentijdse) opzegging dan anders het geval zou zijn. Volgens artikel 23 lid 1 onder f is opzegging van de samenwerking steeds mogelijk op grond van omstandigheden welke van dien aard zijn dat redelijkerwijs niet van de instelling kan worden verlangd de overeenkomst met de medisch specialist ongewijzigd in stand te houden.

Het bovenstaande laat onverlet dat deze contractuele bepaling – zoals alle andere contractuele bepalingen – opzij kan worden gezet indien het in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat de ene partij zich jegens de andere op de bepaling beroept (art. 6:248 lid 2 BW). Het bovenstaande laat tevens onverlet dat de rechter een overeenkomst op vordering van de ene partij geheel of gedeeltelijk kan ontbinden of wijzigen op grond van onvoorziene omstandigheden welke van dien aard zijn dat de andere partij naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid geen ongewijzigde instandhouding van de overeenkomst mag verwachten (art. 6:258 BW).

De redelijkheidstoets is ook aan de orde wanneer er sprake is van een gebrek aan samenwerking (lid 1 sub c). Deze toets sluit aan bij de toetsing van de opzegging door het Scheidsgerecht 'als goede mannen naar billijkheid' (art. 25 lid 2 Arbitragereglement). Het Scheidsgerecht zal door zijn jurisprudentie verdere invulling dienen te geven aan deze open norm. Daarbij zal het Scheidsgerecht rekening kunnen houden met de nieuw geformuleerde verhoudingen in de toelatingsovereenkomst.

Het verdient de voorkeur dat in het ziekenhuis één gelijkvormige toelatingsovereenkomst wordt gehanteerd. Daarom is voor het ziekenhuis een opzeggingsgrond opgenomen voor het geval dat de medisch specialist zonder voldoende zwaarwegende redenen weigert in te stemmen met een wijziging van de overeenkomst die is goedgekeurd door de meerderheid der medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in de instelling (lid 1 sub e).

De intentie is overigens dat de regelmatige aanpassing van de in art. 35 bedoelde toelichting door de Orde en de NVZ (of hun rechtsopvolgers) gezamenlijk, de behoefte aan wijziging van de overeenkomst zelve tot een minimum zal beperken.

Volgens de jurisprudentie van het Scheidsgerecht Gezondheidszorg brengt de rechtsgeldigheid van een opzegging door het ziekenhuis in beginsel met zich dat aan de medisch specialist geen vergoeding toekomt, tenzij zich bijzondere omstandigheden voordoen op grond waarvan een vergoeding naar billijkheid gerechtvaardigd is.

#### *Artikel 26*

Deze bepaling strekt ertoe dat de medisch specialist in staat wordt gesteld van een opvolger goodwill te bedingen of dat aan de medisch specialist goodwill wordt betaald.

#### *Artikel 27*

Dit artikel beschermt de concurrentiekracht van het gezamenlijke zorgaanbod en de waarde van de overgedragen goodwill na afloop van het contract. De bescherming van de concurrentiekracht van het gezamenlijke zorgaanbod heeft uiteraard een wederkerig karakter. Dit ligt in lid 1 besloten. Ook de jurisprudentie van het Scheidsgerecht Gezondheidszorg onderkent deze wederkerigheid. Daarmee is echter niet alles gezegd. Op grond van lid 3 dient met alle betrokken belangen rekening te worden gehouden. Een eventuele toestemming van het bestuur voor werkzaamheden buiten het ziekenhuis, zoals in dit artikel geregeld, doet in beginsel niet af aan de overige verplichtingen van de medisch specialist uit hoofde van zijn toelatingsovereenkomst, zoals nakoming van de gemaakte productieafspraken.

#### *Artikel 28*

De onderhavige overeenkomst gaat er vanuit dat het bestuur collectieve regelingen overeenkomt met de medische staf als geheel, dan wel met een categorie medisch specialisten zoals de medisch

specialisten vrij beroepsbeoefenaren, en dat deze collectieve regelingen prevaleren boven de overeenkomst, indien zulks uitdrukkelijk is bepaald (met terzijde stelling van genoemde artikelen).

Een voorbeeld van een collectieve regeling is het Document Medische Staf (DMS)

In het Onderhandelingsresultaat van 15 december 2010 is vastgelegd dat het bestuur van het ziekenhuis en het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten in het ziekenhuis overeenstemming dienen te bereiken over de verdeling van het honorariumbudget in een vast en een variabel deel en over de aanwending van het vaste resp. het variabele deel. De betreffende gedeelten van het convenant zijn overgenomen in artikel 28 lid 3.

#### *Artikel 30*

De toelichting heeft tot doel de uitleg en de uitvoering van de overeenkomst door partijen te faciliteren. De toelichting kan worden voorzien van bijlagen, waarin een en ander nader wordt uitgewerkt. Door te bepalen dat de toelichting – met inbegrip van eventuele bijlagen – van tijd tot tijd kan worden gewijzigd door de Orde en de NVZ gezamenlijk kunnen de uitleg en de toepassing van het model “meegroeien” met de ontwikkelingen, terwijl de overeenkomst zelf niet hoeft te worden aangepast.

#### *Artikel 32*

Het Scheidsgerecht Gezondheidszorg wordt aangewezen voor beslechting van alle geschillen verbandhoudend met de toelatingsovereenkomst. De artikelen 18 lid 7, 20 lid 6 en 23 lid 5 preluderen daar reeds op. In enkele gevallen is het brengen van het geschil voor het Scheidsgerecht gebonden aan een vervaltermijn. In artikel 32 wordt voor deze en andere geschillen vastgelegd dat het Scheidsgerecht de zaken behandelt met toepassing van zijn eigen reglement.

Indien partijen ervoor kiezen artikel 33 weg te laten uit de overeenkomst is de burgerlijke rechter bevoegd (rechtspraak in drie (3) instanties, te weten in eerste aanleg bij de rechtbank, in hoger beroep bij het hof en in cassatie bij de Hoge Raad). In dat geval dienen de artikelen 18 lid 7, 20 lid 6 en 23 lid 5 te worden gewijzigd en het beroep als bedoeld in deze artikelen te worden ingesteld bij de burgerlijke rechter (bijvoorbeeld door een verklaring voor recht te vorderen dat de aanwijzing, de non-actiefstelling of opzegging rechtsgevolg ontbeert).