



DISCUSSIONOTA

Positionering 2015



Orde van Medisch Specialisten

DISCUSSION
Positionering 2015

Colofon

De Positioneringsnota is een uitgave van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) te Utrecht en is bestemd voor leden van de OMS. De Positioneringsnota vindt u op de website www.orde.nl

Vragen

Heeft u vragen of opmerkingen over de Positioneringsnota? 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 de Positioneringsnota. 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 | 9 |
| 2. Huidige structuren | 13 |
| 3. Veranderingen per 2015 | 19 |
| 4. Visie op positionering | 29 |
| 5. Participatie | 33 |
| 6. Denkrichtingen werkvorm | 39 |
| 7. Samenvattende conclusie | 45 |
| | |
| Bijlage | |
| Interviews en advies | 48 |
| Achtergronddocumenten | 48 |

Voorwoord

In het rapport Medisch Specialist 2015 is duidelijk weergegeven wat de veranderende rol is van de medisch specialist. Het centrale thema is verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, de organisatie en kostenbewaking van de zorg.

Om deze rol goed in te kunnen vullen, is het noodzakelijk dat de belangen van het ziekenhuis en de medisch specialist gelijkgericht zijn. Met daarbij als leidend motief dat elke patiënt goede zorg moet krijgen, afgestemd op de reële zorgbehoefte, verleend door die professional en in die setting die daar geschikt voor is.

Bovendien zal de bekostiging van de medisch specialistische zorg vanaf 2015 (opnieuw) veranderen. In het convenant en het hoofdlijnenakkoord is immers afgesproken dat er vanaf 2015 gedeclareerd wordt met een integraal tarief; één tarief voor medisch specialist en ziekenhuis.

De medisch specialist zal in deze context een centrale rol moeten vervullen. Dit vraagt om een actieve ondernemende medisch specialist, die ongeacht dienstverband of vrij beroep zijn verantwoordelijkheid neemt en toenemend participeert in het medisch bedrijf.

Welke veranderingen komen er op ons af? Wat betekent dat voor de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis? Hoe kan de medisch specialist zich zodanig positioneren dat zijn toegevoegde waarde voor de patiënt en de instelling optimaal is en blijft?

Met deze Positioneringsnota geeft de OMS een voorzet voor een discussie die landelijk en lokaal moeten worden gevoerd over de positionering van de medisch specialist. De OMS wil in overleg met haar achterban, met de ministeries van VWS en Financiën alsmede met de NVZ vereniging van ziekenhuizen.

Frank de Grave, voorzitter

Janko de Jonge, vice-voorzitter/voorzitter Kamer Vrij Beroep

01

Inleiding

Introductie

Deze Positioneringsnota van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) richt zich op de veranderende positie van de medisch specialist met een dienstverband én in vrij beroep. “De medisch specialist” is de individuele dokter maar ook de medische staf of een andere vorm van lokale collectiviteit van medisch specialisten.

Aanleiding voor de veranderende positie van de medisch specialist zijn fundamentele wijzigingen per 2015 in de bekostiging van medisch specialistische zorg en het groeiend besef dat de medisch specialist als spil van de zorg toenemend moet participeren in zijn instelling om goede zorg te garanderen tegen beheersbare kosten.

Kernvraag is: Hoe kan de medisch specialist zich zodanig 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 en moet u als medisch specialist niet alleen individueel maar ook lokaal én als beroepsgroep geven. Met deze nota geeft de OMS een voorzet voor een discussie die landelijk en lokaal moeten worden gevoerd over de positionering van de medisch specialist.

De Positioneringsnota informeert u over de relevante ontwikkelingen en veranderingen per 2015 en beschrijft de keuzes en mogelijkheden om uzelf, uw vakgroep/maatschap en de medische staf te (her)positioneren in termen van participatie (zeggenschap, financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap) en eventueel werkvorm (dienstverband, vrij beroep).

De Positioneringsnota bevat geen richtlijnen maar overwegingen en mogelijke oplossingsrichtingen.

De nota is geschreven voor de medisch specialist in dienstverband of in vrij beroep werkzaam in een ziekenhuis, en in het bijzonder voor de medisch specialist die tevens de rol vervult van voorzitter van medische staf of die voorzitter is van een andere lokale collectiviteit zoals een collectief van vrij beroepsbeoefenaren of een organisatie van medisch specialisten in dienstverband (OMSD).

De Positioneringsnota kan ook 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.

Aanpak

De Positioneringsnota is een initiatief van de OMS. Achtergronddocumenten zijn het visiedocument “De Medisch Specialist 2015”, de rapportage van de “Commissie Meurs”, het regeerakkoord van VVD en PvdA, een onderzoek naar de voorkeuren en ambities van de medisch specialist door de Universiteit Twente in samenwerking met de OMS, interviews met verschillende deskundigen uit zorginstellingen en adviesorganisaties en eerder door de OMS ontwikkelde standpunten op actuele thema's.

In de bijlage vindt u met wie de OMS heeft gesproken in de aanloop naar deze nota. De visie en standpunten van de OMS in deze nota hoeven niet overeen te komen met de visie en standpunten van de geïnterviewden.

De OMS presenteert de Positioneringsnota op www.orde.nl en actualiseert de nota wanneer nodig. In de nota zijn modellen ten aanzien van participatie en werkvormen benoemd, maar nog niet volledig uitgewerkt. Enerzijds omdat invulling veelal lokaal moet worden bepaald.

Anderzijds omdat de OMS in overleg wil met haar achterban over deze nota. De uitkomsten van dat overleg kunnen vervolgens met hulp van experts worden uitgewerkt in gewenste modellen. De OMS treedt hierover ook in overleg met de ministeries van VWS en Financiën alsmede met de NVZ vereniging van ziekenhuizen.

De uitgewerkte modellen worden het voorjaar van 2013 aan u gepresenteerd.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 schetst de huidige positionering van de medisch specialist door in te gaan op de bestaande, gangbare besturings- en organisatiestructuur binnen ziekenhuizen alsmede de financierings- en bekostigingsstructuur van ziekenhuizen (inclusief medisch specialisten in dienstverband) en van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

In hoofdstuk 3 treft u vervolgens een toelichting aan op de verwachte veranderingen per 2015. Binnen deze veranderende context is een heroverweging van de wijze van organiseren, werken en participeren belangrijk. Zowel individueel als collectief moeten er keuzes worden gemaakt over wijze en niveau van participatie en eventueel over werkvorm (dienstverband en vrij beroep).

De visie van de OMS op uw veranderende positie treft u aan in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 beschrijft de vormen van participatie en de keuzes die u lokaal en individueel hierin kunt maken. In hoofdstuk 6 beschrijft de OMS een aantal denkrichtingen voor de medisch specialist ten aanzien van zijn werkvorm (dienstverband en vrij beroep). Hoofdstuk 7 bevat een samenvattende conclusie.

De visie en denkrichtingen die de OMS in deze nota presenteert zijn niet bindend. Ze dienen ter overweging om uw (her)positionering lokaal vorm te geven.

Heeft u vragen of opmerkingen over de Positioneringsnota? Meld uw vragen of opmerkingen aan de OMS via infodesk@orde.nl.

02

Huidige
structuren

Financierings- en bekostigingsstructuur

Macrokaders

Jaarlijks stelt VWS het macrokader zorg vast als maat voor de politiek-maatschappelijk aanvaardbare kosten voor de zorg. Dit macrokader maakt onderdeel uit van de Rijksbegroting. Het macrokader zorg kent deelvaders. Voor medisch specialistische zorg gelden het macrokader voor instellingen (ziekenhuizen en ZBC's) en het macrokader voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. De honorariumomzet die medisch specialisten in dienstverband genereren valt onder het macrokader voor instellingen.

De kosten van de medisch specialistische zorg zijn in het afgelopen decennium sterk gestegen, mede door het wegwerken van wachtlijsten. Dit uitte zich vanaf 2008 in een jaarlijkse overschrijding op het macrokader instellingen en het macrokader medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

Convenanten

In 2011 sloot de minister van VWS twee convenanten binnen het domein van de medisch specialistische zorg. Het convenant "bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten" van VWS, NVZ vereniging van ziekenhuizen en OMS en het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord van VWS, NVZ vereniging van ziekenhuizen, NFU, ZKN en ZN.

De convenanten zijn gesloten om de sterke kostenstijging binnen de medisch specialistische zorg te doorbreken. De convenantpartijen beogen de kostenontwikkeling in de komende jaren te beheersen en de kwaliteit van medisch specialistische zorg verder te verbeteren.

De OMS heeft in het convenant geborgd dat de garantie op het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar onder voorwaarden van kracht blijft tot en met 2014. Het plan van oud-minister Klink was namelijk om de garantie per 2011 te laten vervallen. In combinatie met een beoogde aanpassing in de wijze van declareren vormde dit een bedreiging voor het fiscaal ondernemerschap van veel medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

Beheersinstrumenten

Binnen de convenanten zijn beheersinstrumenten overeengekomen. De minister van VWS zet deze instrumenten in om een eventuele overschrijding op de macrokaders voor medisch specialistische zorg te voorkomen of achteraf te verrekenen. Met de wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg per 1 januari 2012 heeft de minister van VWS hiervoor ruimere mogelijkheden.

Voor het macrokader instellingen geldt met ingang van 2012 het macrobeheersingsinstrument (MBI). Het MBI houdt in dat individuele instellingen een landelijke overschrijding op het macrokader moeten terugbetalen. Alle instellingen die onder het MBI vallen, krijgen voornamelijk een gelijke procentuele verrekening van een landelijke overschrijding. Mogelijk wordt het MBI per 2013 gedifferentieerd. Dit zou dan betekenen dat een landelijke overschrijding alleen wordt verrekend met instellingen (en zorgverzekeraars) die de overschrijding veroorzaken.

Voor het macrokader medisch specialisten (vrij beroepsbeoefenaren) geldt met ingang van 2012 het beheersmodel medisch specialisten. Het beheersmodel houdt in dat de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in een instelling vooraf een honorariumomzetplafond toegewezen krijgen. Ontvangen omzet boven dit plafond moet worden afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Groei

Eveneens is in de convenanten overeengekomen dat het macrokader instellingen en het macrokader medisch specialisten (vrij beroepsbeoefenaren) de komende jaren groeien met 2,5% per jaar. De vraag is of dit voldoende is om de huidige volumegroei in de zorg volledig te accommoderen. Al jaren wordt een autonome jaarlijkse volumegroei voorspeld van 4 of 5%. Recente cijfers laten echter zien dat de groei lijkt af te nemen.

In de convenanten zijn maatregelen benoemd die instellingen, medisch specialisten en zorgverzekeraars nemen om volumegroei waar nodig te beperken. Denk bijvoorbeeld aan selectieve inkoop, concentratie en spreiding, doelmatig voorschrijven en vermijden van onnodige zorg.

Medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren

Waar voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar per 1 januari 2008 prestatiebekostiging via de DBC systematiek met een open einde regeling van toepassing was, is er per 1 januari 2012 sprake van prestatiebekostiging via DOT én onder een beheersmodel. Zowel in het vrije segment (voorheen B-segment) als in het gereguleerde segment (voorheen A-segment) zijn honorariumtarieven gereguleerd in de vorm van maximumtarieven.

De verdeling van het macrokader medisch specialisten door de Nederlandse Zorgautoriteit leidt tot een jaarlijks vast te stellen omzetplafond per instelling. Het omzetplafond heeft betrekking op alle tot de instelling toegelaten medisch specialisten (vrij beroepsbeoefenaren). De honorariumomzet van alle tot de instelling toegelaten medisch specialisten vrij beoefenaren mag het omzetplafond niet overschrijden. Na afloop van elk kalenderjaar vergelijkt de NZa het totaal van de landelijk gedeclareerde honorariumomzet met het voor het macrokader.

Bij landelijke onderschrijding van het macrokader verlaagt de NZa het totaal van eventuele lokale overschrijdingen van het omzetplafond.

Het door de NZa jaarlijks vastgestelde initiële omzetplafond kan worden verhoogd door gezamenlijk met raad van bestuur en zorgverzekeraar(s) een beroep te doen op de jaarlijkse mutatieluimte die de minister vaststelt. Daarnaast zijn tussentijdse (vrijwillige) verschuivingen tussen omzetplafonds mogelijk.

Het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar is door het ministerie van Financiën gegarandeerd als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- Als de maatschap of individuele medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zich aansluit bij een collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in zijn instelling.
- De individuele medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar een nieuwe toelatingsovereenkomst conform de Model Toelatingsovereenkomst 2011 ondertekent en daarnaar handelt.
- En het collectief verdeelafspraken heeft gemaakt met de raad van bestuur.

In dat geval declareert de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zijn honorarium 'via' de instelling aan de zorgverzekeraar/ patiënt.

De aangesloten maatschap / medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar wordt jaarlijks 'afgerekend' op basis van binnen het collectief en met de raad van bestuur overeengekomen productie- en verdeelafspraken gerelateerd aan het omzetplafond. Afhankelijk van de afspraken tussen de raad van bestuur en het collectief ontvangt de aangesloten maatschap / medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar een voorschot.

Sluit de maatschap of individuele medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zich niet aan bij een collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in zijn instelling, of heeft het collectief geen verdeelafspraken kunnen maken met de raad van bestuur, dan declareert de maatschap c.q. medisch specialist zijn honorarium 'aan' de instelling. In dat geval is het de vraag of het fiscaal ondernemerschap voor betreffende medisch specialist behouden blijft.

Als enkele medisch specialisten zich niet aansluiten bij het collectief moet het omzetplafond, dat de Nederlandse Zorgautoriteit toekent aan alle tot de instelling toegelaten medisch specialisten, vooraf in overleg tussen raad van bestuur en collectief worden gesplitst. Budgethouder van dit afgesplitste omzetplafond is de raad van bestuur van de instelling. De maatschap of individuele medisch specialist die 'aan' de instelling declareert, maakt zelf productie- en tariefafspraken met de raad van bestuur. Een overschrijding van het gesplitste omzetplafond bedoeld voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die aan de instelling declareren, wordt door de instelling terugbetaald aan het Zorgverzekeringsfonds.

Contractering tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar over volume en prijzen 2012 heeft geleid tot diverse contractvormen. Soms is er sprake van "innovatieve" contractvorming om overschrijding van het genoemde omzetplafond te voorkomen, bijvoorbeeld op basis van een aanneemsom. Conform de nieuwe Model Toelatingsovereenkomst (2011) is de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar vertegenwoordigd in de onderhandelingsdelegatie van zijn ziekenhuis.

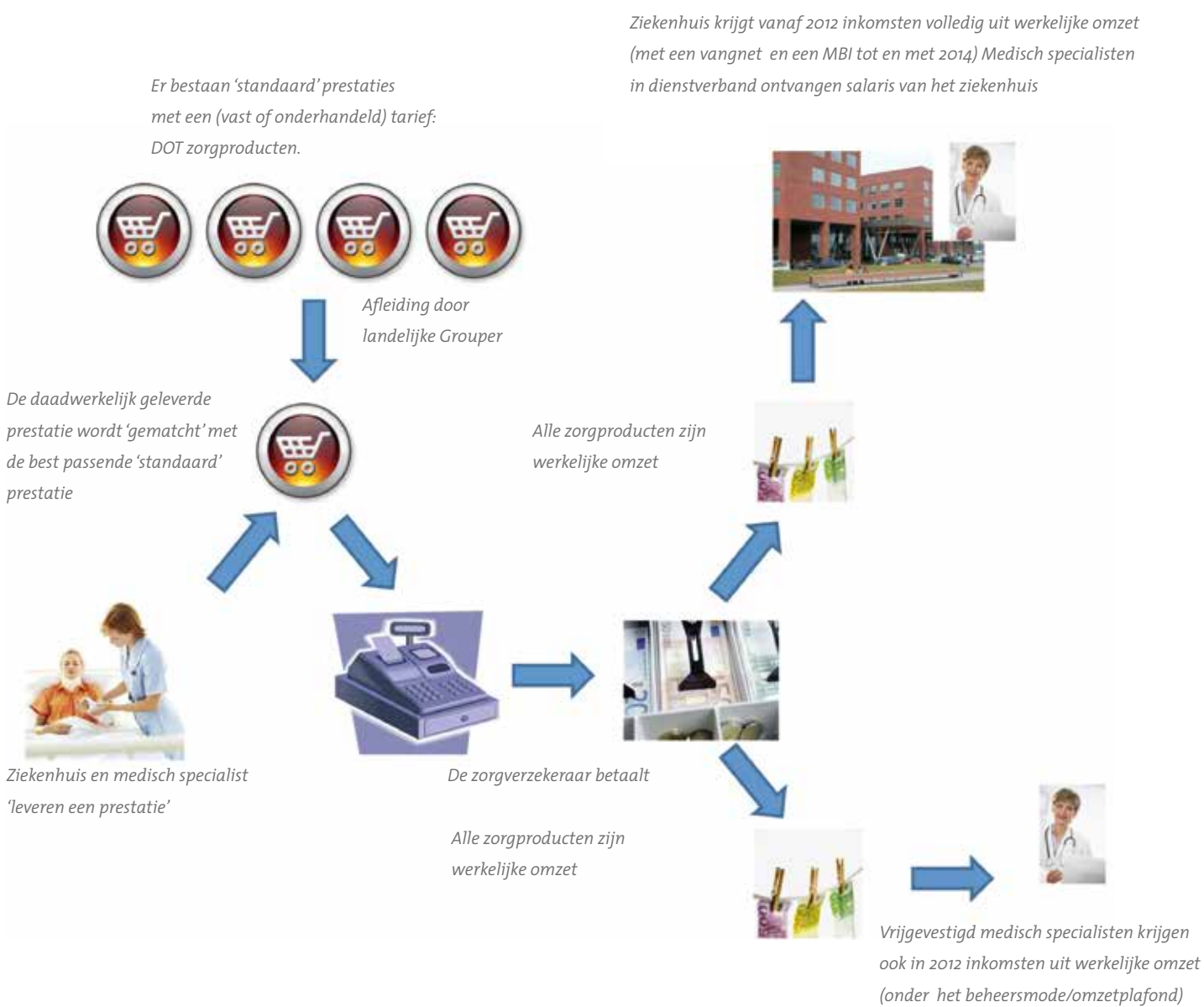
Ziekenhuizen (en medisch specialisten in dienstverband)

Per 1 januari 2012 is het functiegerichte budget van ziekenhuizen afgeschaft. Dit betekent dat van alle ontvangen DOT declaraties (vrij en gereguleerd segment) het kostendeel als omzet voor het ziekenhuis wordt beschouwd.

Voor zover de prestatie is geleverd door medisch specialisten in dienstverband is ook het honorariumdeel van de DOT declaratie omzet voor het ziekenhuis. Het ziekenhuis beloont de medisch specialist in dienstverband middels een salaris op basis van de van toepassing zijnde CAO. Omdat de overgang naar volledige prestatiebekostiging samen met de invoering van DOT mogelijk grote financiële consequenties heeft voor ziekenhuizen is voor 2012 en 2013 een transitie-model afgesproken. Basis van het transitie-model is een vergelijking tussen ontvangen omzet in 2012 en het bedrag dat zou zijn ontvangen wanneer het ziekenhuis nog deels op basis van het functiegerichte budget zou zijn bekostigd (dit heet het schaduwbudget). Een hogere of lagere omzet ten opzichte van het schaduwbudget wordt in 2012 voor 95% gedempt. In 2013 is dit percentage 70%.

Door de overgang naar volledige prestatiebekostiging is de (DOT) omzet voor ziekenhuizen inmiddels van groter en cruciaal belang geworden. De afbouw van het transitie-model maakt dat niet lang gerekend kan worden op een vangnet. De medisch specialist is, ongeacht of hij werkt in vrij beroep of in dienstverband, met zijn activiteiten en registraties medebepalend voor de omzet voor het ziekenhuis. En wordt, al meer dan voorheen, aangesproken op zijn bijdrage in (kwalitatief en financieel) resultaat van het ziekenhuis.

In figuur 1 is integraal weergegeven hoe de financiering en bekostiging per 2012 werkt voor een ziekenhuis.



Figuur 1. DOT, omzet, MBI en beheersmodel 2012

Besturings- en organisatiestructuur

Een ziekenhuis kent twee organisatiebrede besturings-systemen: het besturingssysteem van de ziekenhuis-organisatie en het besturingssysteem van de medische staf. Beide hebben een strategisch, tactisch en operationeel niveau en kennen een eigen dynamiek.

De medisch specialist, vrij beroepsbeoefenaar of in dienstverband, wordt in het ziekenhuis vertegenwoordigd door de medische staf. Met de invoering van het beheersmodel is de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar daarnaast veelal in een collectief georganiseerd. De medische staf beïnvloedt met name het medisch en kwaliteitsbeleid van de instelling. Het collectief behartigt de financiële belangen van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren, maakt afspraken met het ziekenhuisbestuur over het omzetplafond en verdeelt omzet binnen het collectief. De medisch specialist in dienstverband organiseert zich in toenemende mate ook in een collectief ten behoeve van belangenbehartiging (OMSD).

Op grond van de wet is het ziekenhuisbestuur integraal eindverantwoordelijk en aanspreekpunt voor zorgverzekeraars en verzekerden. In de huidige structuur heeft de medisch specialist door vertegenwoordiging via de medische staf (en eventueel een collectief of OMSD) medezeggenschap ten aanzien van het beleid van het ziekenhuis.

De diverse gemeenschappelijke én verschillende belangen tussen ziekenhuis, medische staf, collectief, OMSD, maatschap/vakgroep zijn niet altijd eenvoudig tot een goed evenwicht te brengen omdat ze niet altijd parallel lopen. In het laatste decennium is het door een verschuiving in de organisatiestructuur van ziekenhuizen wel gelukt om de twee systemen in meer samenhang te laten functioneren.

De verschuiving kenmerkt zich door kanteling van de klassieke dienstenstructuur (functionele inrichting) naar een procesinrichting waarin zorgprocessen uitgangspunt zijn voor de structuur. Vaak leidt dit tot een structuur rondom patiëntgroepen, zoals werkeenheden rond klinische en ambulante zorg, clusters rond groepen specialismen en werkeenheden rond één specialisme.

De medisch specialist kan in een dergelijke structuur door middel van managementparticipatie worden betrokken bij beleid en bedrijfsvoering van het ziekenhuis. Ervaring leert dat medische en bedrijfsmatige aspecten van het ziekenhuis door inzet van duaal management beter op elkaar afgestemd raken. Het leidt tot een meer geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf waarin beide besturingsystemen in meer harmonie en samenhang bestaan.

De OMS constateert dat de twee bestaande besturingsystemen in het ziekenhuis, gecombineerd met de huidige veelal duale organisatiestructuur van ziekenhuizen, leiden tot een suboptimale situatie daar waar gestreefd wordt naar een optimaal geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Belangen van ziekenhuis en medische staf blijven deels verschillend en worden met een verschuiving in organisatiestructuur slechts ten dele overbrugd.

03

Veranderingen
per 2015

De medisch specialistische zorg verandert door verschillende en soms snel wisselende omgevingsfactoren en trends. Het regeerakkoord van VVD en PvdA bevat een aantal koersbepalende elementen voor de medisch specialistische zorg.

Commissie Meurs

Een belangrijke pijler voor het regeringsbeleid is het rapport van de commissie Meurs.

Begin oktober 2012 presenteerde deze commissie haar rapport over inkomens van medisch specialisten aan minister Schippers. Het rapport bestaat uit een cijfermatig deel over de inkomens en een advies over beleids-opties ten aanzien van de inkomenspositie. De commissie heeft dit onderzoek gedaan naar aanleiding van het Begrotingsakkoord 2013. Hierin is, mede dankzij het convenant, geen korting op de honoraria medisch specialisten opgenomen. In plaats daarvan is een onafhankelijk onderzoek naar de inkomenspositie overeengekomen.

De commissie doet een aantal belangrijke uitspraken

De curatieve zorg in Nederland staat in internationaal perspectief op een kwalitatief hoog peil, met een hoge gemiddelde productiviteit, een relatief laag aantal medisch specialisten per hoofd van de bevolking, een relatief laag aantal ingrepen en niet buitensporige uitgaven. De medisch specialist is de spil in de zorg; hun handelen (en niet hun honorering) bepaalt voor een belangrijk deel de totale uitgaven aan de medisch specialistische zorg. Het is cruciaal dat de medisch specialist participeert in de instelling.

De discussie over de inkomens is soms meer gebaseerd op beeldvorming dan op feiten. De Nederlandse medisch specialist ontvangt een goed salaris en werkt daar ook hard voor: gemiddeld 55 uur per week, aldus het rapport, ook in avond en- en nachtdiensten.

De commissie wijst direct ingrijpen in het inkomen van medisch specialisten af. En wijst ook een gedwongen dienstverband af. De commissie stelt dat artsen in dienstverband in naar Europese normen gemiddeld verdienen.

De medisch specialistische zorg is gebaat bij rust op het front van systeemwijzigingen.

De commissie constateert een forse daling in inkomens vrij beroepsbeoefenaren

Met de invoering van het beheersmodel zijn de inkomens van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren op basis van gecorrigeerde OESO cijfers gematigd van gemiddeld € 259.000,- naar € 211.000,-. Niettemin is de honorering van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in 2012 relatief hoog in internationale vergelijking. Wel is het verschil volgens de commissie minder groot dan op basis van de – door de commissie als onbetrouwbaar bestempelde – oorspronkelijke OESO cijfers lijkt.

De OMS constateert dat het gemiddelde bedrag van € 211.000,- het aandeel in het maatschapsresultaat betreft. Dit is voor aftrek van verplichte en aanvullende pensioenpremies en premies arbeidsongeschiktheid en voor aftrek van belastingfaciliteiten. Gebruik makend van de cijfers van de commissie berekent de OMS een gemiddeld "bruto inkomen" van vrij beroepsbeoefenaren van € 180.000,-, rekening houdend met deze posten.

De commissie adviseert de ingeslagen weg te blijven volgen

De commissie is voorstander van integrale tarieven. En adviseert tot die tijd het beheersmodel te handhaven. Het beheersmodel heeft een matigende invloed gehad op de inkomens van medisch specialist vrij beroepsbeoefenaren. De commissie geeft de minister ter overweging mee om tot de komst van integrale tarieven binnen het beheersmodel de inkomens van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren verder te matigen.

De OMS merkt hierbij op dat de minister een convenant met de OMS en de NVZ vereniging van ziekenhuizen heeft afgesloten. In dit convenant hebben de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren reeds hun verantwoordelijkheid voor het beheersen van de zorgkosten genomen. Ook is in het convenant het macrokader voor de periode 2012-2014, tot de komst van integrale tarieven, vastgelegd.

De commissie verwacht grote overstap naar dienstverband door verlies fiscale voordelen

De commissie verwacht dat met de komst van integrale tarieven veel medisch specialisten vrijwillig de overstap zullen maken naar dienstverband. Een reden hiervoor is het verlies van fiscale voordelen. Mocht de verwachting van de commissie uitkomen dan zou een grote overstap naar dienstverband leiden tot een waardedaling van goodwill van vrijgevestigde maatschappen. De commissie is dan voorstander van lokale afspraken over compensatie in samenwerking met ziekenhuis en zorgverzekeraars.

De OMS voorziet geen massale, vrijwillige overstap naar dienstverband. Recent promotieonderzoek, van drs. W.T. Koelewijn, Universiteit Twente uitgevoerd in samenwerking met de OMS, laat zien dat een overstap naar dienstverband maar door een beperkt aantal medisch specialisten wordt gekozen.

Regeerakkoord

Het regeerakkoord geeft richting aan het beleid voor de komende jaren. Op het gebied van zorg is een aantal beleidsopties opgenomen. Veel beleidsopties vragen een wijziging in wet- en regelgeving. Beleidsopties zullen door VWS, in overleg met veldpartijen, moeten worden vertaald naar concrete beleidsvoorstellen en bijbehorende wetsvoorstellen. De OMS zal namens haar achterban om tafel zitten en heeft als uitgangspunt dat veranderingen beheerst en met oog voor de daaruit voortvloeiende consequenties worden uitgewerkt en ingevoerd.

In het regeerakkoord respecteren VVD en PvdA het convenant bekostiging medisch specialisten van VWS, NVZ en OMS. Dit betekent dat het fiscaal ondernemerschap van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren tot en met 2014 is gegarandeerd voor zover de medisch specialist een toelatingsovereenkomst heeft ondertekend conform de door Financiën goedgekeurde MTO 2011, hiernaar handelt en – als onderdeel van een lokaal collectief – zijn honorarium via de instelling declareert. Ook het in het convenant overeengekomen macrokader medisch specialisten (vrij beroepsbeoefenaren) met een jaarlijks toegestane groei van 2,5% blijft tot en met 2014 van kracht.

Per 2015 ontstaat een nieuwe situatie. In het regeerakkoord kondigen de regeringspartijen aan de jaarlijks toegestane groei dan naar 2% bij te willen stellen. Daarnaast onderschrijven ze de uitkomst van het rapport van de commissie Meurs ten aanzien van het inkomensbeleid van medisch specialisten. Dit betekent dat direct ingrijpende maatregelen zoals een gedwongen dienstverband (PvdA) niet aan de orde zijn.

Over de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar vermelden de regeringspartijen: “Het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten vervalt in 2015, als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt”. In het regeerakkoord staat dat de vorming van regiomaatschappen wordt ontmoedigd. Ook is vermeld dat de fiscale ondernemersfaciliteiten per 2015 worden versoberd en een winstbox wordt ingevoerd om verschillen in belastingheffing tussen ondernemers en werknemers te verkleinen.

De in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord van juni 2011 (voor instellingen) en het convenant (voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren) van mei 2011 afgesproken integrale bekostiging van medisch specialistische zorg per 2015 wordt in het regeerakkoord bevestigd.

Daarnaast is het eerder controversieel verklaarde wetsvoorstel Winstuitkering ziekenhuizen opgenomen in het regeerakkoord. Hierin is de mogelijkheid om winst uit te keren beperkt.

Het regeerakkoord kondigt een aanpassing aan op het wetsvoorstel Normering topinkomens. Dit wetsvoorstel heeft betrekking op salarissen in de (semi-) publieke sector. De norm wordt 100 procent in plaats van 130 procent van het ministersalaris. Die geldt niet alleen voor topfunctionarissen, maar voor alle medewerkers. Het is mogelijk een uitzondering te maken als dat noodzakelijk is.

In het regeerakkoord wordt de ingezette beweging van “zorg dicht bij huis” in diverse facetten verder doorgezet. Dure, complexe en acute zorg wordt geconcentreerd; minder complexe zorg wordt dicht bij de mensen georganiseerd. Bij de invulling hiervan wordt gericht op het vervangen van tweedelijnszorg door de eerste lijn, het ontmoedigen van onnodig doorverwijzen en het bevorderen van chronische zorg in de eerste lijn. Financiering van deze en aanvullende ontwikkelingen vindt plaats

met middelen die worden vrijgespeeld in de tweede lijn (substitutie).

In de volgende subparagrafen is een aantal beleidsrichtingen uit het regeerakkoord nader beschreven waarbij op hoofdlijnen is aangegeven wat dit kan betekenen voor de medisch specialist en hoe de OMS hier tegenaan kijkt:

- Integrale bekostiging
- Garantie fiscaal ondernemerschap
- Winstuitkering ziekenhuizen
- Wet normering topinkomens
- Substitutie en taakherschikking

Tot slot wordt kort ingegaan op de AMS vernieuwing.

Integrale bekostiging

Wat houdt integrale bekostiging in? In het convenant staat hierover: "Met ingang van 1 januari 2015 zullen de te declareren zorgproducten integraal zijn. Daarbij wordt uitgegaan van 'DOT's' met herijkte normtijden en vrij onderhandelbare uurtarieven voor medisch specialisten. Het macrobudget voor de medisch specialisten wordt volledig geïntegreerd in het macrobudget voor de ziekenhuizen."

De OMS verwacht op basis van deze afspraak dat:

- de macrokaders instellingen en medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren per 2015 worden samengevoegd tot één kader;
- de deelregulering van de honorariumtarieven per 2015 vervalt voor zover het medisch specialistische zorg in het vrije segment betreft;
- ziekenhuizen volledig op prestaties worden bekostigd zonder vangnet.

Nadere uitwerking moet worden gegeven aan:

- eventuele toepassing van een beheersinstrument op dit geïntegreerde kader, zoals een (gedifferentieerd) macrobeheersingsinstrument;
- de regulering van een geïntegreerd DOT tarief binnen het gereguleerde segment en vaststelling van geïntegreerde beschikbaarheidsbijdragen in het vaste segment;
- de wijze van declareren door instelling en medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar;
- de lokale afspraken die kunnen worden gemaakt over de methodiek van honorering en de rol van het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren;
- de nieuwe dynamiek in de relatie tussen instelling, medische staf en zorgverzekeraar.

Integrale bekostiging is de invulling van een belangrijke randvoorwaarde om op bekostigings- en financieringsvlak een gelijkgericht belang te creëren voor het ziekenhuis en de medisch specialist. Er is immers sprake van één tarief voor ziekenhuis en medisch specialist en één makro-kader. Integrale bekostiging ondersteunt in dat perspectief de realisatie van een gemeenschappelijk medisch specialistisch bedrijf.

De OMS stelt vast dat de medisch specialist, ongeacht het werken in vrij beroep of in dienstverband, met zijn activiteiten en registraties mede de omzet voor het ziekenhuis blijft genereren. De medisch specialist wordt in zijn positie dan ook steeds meer aangesproken op zijn prestatie en bijdrage in het financieel en kwalitatief resultaat van de instelling. De OMS vindt dat de medisch specialist zich betrokken moet (blijven) voelen bij onderwerpen die raken aan prestatiebekostiging en DOT, zoals zorgprofiel en productieafspraken, registratie en informatie.

Door de invoering van integrale bekostiging per 2015 zal zowel de medisch specialist in dienstverband als de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar een andere verhouding met zijn raad van bestuur krijgen. Belangen op het gebied van productie en omzet zijn meer gelijkgericht. De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar maakt lokale afspraken over honorering. Voor de medisch specialist in dienstverband blijft de AMS van kracht, maar kunnen extra afspraken worden gemaakt.

De OMS onderstreept het toenemend belang van een goed georganiseerd ziekenhuisbedrijf waarin belangen van ziekenhuis en medisch specialist zoveel mogelijk gelijkgericht zijn. Op basis hiervan kan gezamenlijk de externe focus worden gezocht en de zorgverkoopfunctie vanuit het ziekenhuis met betrokkenheid van de medisch specialist worden versterkt.

Garantie op fiscaal ondernemerschap

In het regeerakkoord staat: “Het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten vervalt in 2015, als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt”.

De OMS meent dat dit niet zo gesteld kan worden. De OMS gaat er vanuit dat dit betekent dat de garantie op het fiscaal ondernemerschap per 2015 vervalt. De beoordeling of een medisch specialist fiscaal ondernemer is, vindt echter plaats aan de hand van de reguliere criteria. Het eventuele oordeel van de belastingdienst dat betrokkene geen ondernemer (meer) is kan ter beoordeling aan de belastingrechter worden voorgelegd. In het convenant is hierover overeengekomen dat in de periode tot en met 2014 met elkaar wordt onderzocht hoe invulling kan worden gegeven aan het vrij beroep.

Betekent dit dan het einde van het fiscaal ondernemerschap? Nee, het betekent dat elke medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar die zijn fiscale ondernemersstatus wil behouden moet blijven voldoen aan de reguliere criteria die vanuit de wet en de fiscale rechtspraak hiervoor hanteert.

Aan de rechtspraak over het begrip onderneming kunnen onder andere volgende toetsingscriteria worden ontleend:

- de omvang van de investeringen
- de duurzaamheid en omvang van de werkzaamheden
- de winstverwachting
- de aard en omvang van het risico dat wordt gelopen (bijvoorbeeld debiteurenrisico)
- de zelfstandigheid ten opzichte van de opdrachtgevers
- het aantal opdrachtgevers
- de beschikbare tijd

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 debiteuren risico loopt.

De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar die zijn fiscale ondernemersstatus wil behouden moet voldoen aan de reguliere criteria vanuit de wet en de fiscale rechtspraak. Hij kan zich vanaf 2015 niet langer beroepen op de garantie die in het convenant tot en met 2014 is vastgelegd en moet - individueel, binnen zijn maatschap en binnen zijn collectief - afwegen hoe hij met deze verandering op fiscaal gebied wil en kan omgaan.

De OMS streeft naar behoud van vrij beroep en fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar als een voorwaarde om te kunnen focussen op het optimaliseren van de toegevoegde waarde van de medisch specialist binnen zijn instelling. De OMS vindt het belangrijk dat er snel duidelijkheid komt over de mogelijkheid om na 2014 het vrij beroep in de huidige vorm als fiscaal ondernemer te blijven uitoefenen. Langdurige onzekerheid hierover of inperking van deze mogelijkheid door de overheid leidt af van de fundamentele vraagstukken en uitdagingen rond bijvoorbeeld kwaliteit van zorg, transparantie, doelmatigheid en resultaatverantwoordelijkheid.

Verkleining verschillen belastingheffing ondernemers en werknemers

Om meer evenwicht te bereiken in belastingheffing van ondernemers en werknemers wil de regering ondernemersfaciliteiten per 2015 versoberen. Daarnaast worden stappen gezet om een winstbox in te voeren.

Alhoewel deze plannen nog niet concreet zijn, doet deze maatregel vermoeden dat het fiscale voordeel van de zelfstandig ondernemer en dus ook van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar (ten opzichte van de medisch specialist in dienstverband) zal verminderen. Een opwaartse bijstelling van de tarieven van de inkomstenbelasting, gecombineerd met een gedeeltelijke afschaffing of beperking van de fiscale ondernemersfaciliteiten, zou mogelijk kunnen leiden een overstap naar een BV. In een BV geldt het lagere vennootschapsbelastingtarief (in 2012 tot € 200k: 20%, daarboven 25%), die in combinatie met het Box 2-tarief (op bijv. dividenden) en de inkomstenbelasting (in 2012: 25%) bij uitgekeerde winsten tot € 200k tot een gecombineerde belastingdruk van 40% leidt.

Winstuitkering ziekenhuizen

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, maar is in aangepaste vorm weer opgenomen in het regeerakkoord.

Hoofddoel van het wetsvoorstel is verbetering van kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van zorg. Voor aanbieders is het makkelijker om private investeerders aan te trekken voor aanvullende financiering. Nieuwe toetreders kunnen makkelijker toetreden waardoor meer marktdynamiek ontstaat.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel zijn randvoorwaarden geformuleerd die het behoud van kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid moet waarborgen. Ten eerste is winstuitkering pas drie jaar na de initiële investering mogelijk. Hiermee worden investeerders geweerd die de ambitie hebben om op korte termijn rendement te realiseren. Ten tweede is voorafgaand aan de winstuitkering een positief advies van de IGZ vereist op basis van een kwaliteitstoets. Ten derde dient de instelling te voldoen aan randvoorwaarden met betrekking tot financiële reserves.

In het regeerakkoord is de mogelijkheid tot winstuitkering verder ingeperkt. Winstuitkering is alleen mogelijk bij surpluswinst boven 20 procent solvabiliteit en alleen bij winst uit reguliere exploitatie. En zorgverzekeraars kunnen slechts een minderheidsbelang bij zorgaanbieders verwerven. Het doel van deze aanvullende voorwaarden is het investeren alleen aantrekkelijk te maken voor investeerders met een lange termijn perspectief, zoals pensioenfondsen.

De OMS stelt vast dat winstuitkering het mogelijk maakt om risicodragend te investeren in een ziekenhuis en in de opbrengst te delen. Winstuitkering biedt daarmee mogelijkheden aan de medisch specialist die bereid is te investeren en risico te dragen. Mede-eigenaarschap van de medisch specialist in het gemeenschappelijk medisch bedrijf kan bijdragen aan het gelijkrichten van belangen op gebied van resultaatgerichtheid, doelmatigheid en kwaliteit van dienstverlening.

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, dat nu ligt op € 187.340,- (= 130% van het ministersalaris). Daarbij is ook de ontslagvergoeding gemaximeerd.

Dit wetsvoorstel is op 13 november aangenomen door de Eerste Kamer. Daarnaast is in het regeerakkoord voorgesteld het maximum te verlagen naar 100% van het ministersalaris en de reikwijdte te verbreden. Hiervoor ligt nog geen concreet voorstel.

De WNT is niet van toepassing op de medisch specialist. De OMS is van mening dat de medisch specialist hier ook niet onder moet vallen.

De OMS streeft naar behoud van de inkomenspositie van de medisch specialist als een voorwaarde om te kunnen focussen op het optimaliseren van de toegevoegde waarde van de medisch specialist binnen zijn instelling. De OMS vindt het belangrijk dat de politiek dit onderkent. Langdurige onzekerheid hierover leidt af van de fundamentele vraagstukken en uitdagingen rond bijvoorbeeld kwaliteit van zorg, transparantie, doelmatigheid en resultaatverantwoordelijkheid.

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 hieraan bijdragen. Zorg moet immers worden geleverd op het juiste moment, door de juiste zorgverlener (die over de juiste competenties beschikt) op de juiste plek (waar de juiste faciliteiten beschikbaar zijn).

Lokaal en regionaal zijn er diverse initiatieven die taakherschikking en substitutie omvatten. Substitutie van zorg kan plaatsvinden tussen eerste en tweede lijn en vice versa of leiden tot bijvoorbeeld 1,5 lijnszorg. Taakherschikking kan horizontaal of verticaal plaatsvinden.

In het regeerakkoord wordt verder ingezet op taakherschikking en substitutie met maatregelen die doorverwijzing naar de tweedelijns en onnodig gebruik van dure zorg in ziekenhuizen ontmoedigen.

De OMS vindt dat de medisch specialist, in vrij beroep en met een dienstverband, een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling en realisatie van taakherschikking en substitutie met behoud van kwaliteit van zorg en opleiding. De positie van de medisch specialist in de zorgketen zal anders kunnen worden.

AMS vernieuwing

OMS, LAD en NVZ vereniging van ziekenhuizen onderhandelen over de AMS. Dit jaar is de discussie over vernieuwing van de AMS in een stroomversnelling geraakt. Het streven van de onderhandelingsdelegatie is om een modern en toekomstbestendig stelsel van arbeidsvoorwaarden overeen te komen met aandacht voor de noodzakelijke betrokkenheid van de medisch specialist met een dienstverband bij het ziekenhuis. Het onderzoek van de Universiteit Twente in samenwerking met de OMS laat zien dat de medisch specialist in dienstverband in steeds sterkere mate betrokken wil worden bij het kwalitatief en financieel resultaat van de instelling.

De OMS vindt dat de medisch specialist in dienstverband in het licht van de ontwikkelingen, meer dan voorheen, en niet alleen in arbeidsvoorwaardelijke zin, betrokken moet zijn bij het ziekenhuis en invloed moet krijgen op trends zoals concentratie en spreiding, substitutie en taakherschikking. Deze Positioneringsnota is relevant als input voor de vernieuwingsdiscussie rond de AMS.

04

Visie op
positionering

De OMS vindt dat de huidige structuren en veranderingen per 2015 vragen om (her) bezinning op de positie van de medisch specialist binnen het ziekenhuis en in de interactie met het ziekenhuisbestuur. Hoe kan de medisch specialist, werkzaam in dienstverband én in vrij beroep, zich zodanig (her)positioneren dat zijn toegevoegde waarde voor de patiënt en de instelling waar hij werkzaam is binnen de veranderende context van de medisch specialistische zorg steeds optimaal is en blijft?

De visie van de OMS bouwt voort op de ontwikkeling richting een gemeenschappelijk medisch bedrijf. En sluit aan bij een belangrijk uitgangspunt dat zowel de commissie Meurs als het project Medisch Specialist 2015 benoemt: “De medisch specialist is de spil van de medisch specialistische zorg en het is cruciaal dat de medisch specialist participeert binnen de instelling.” De OMS staat voor optimalisatie van de huidige besturings- en organisatiestructuur door het optimaal gelijkrichten van belangen van ziekenhuis en medisch specialist. Om dit te bereiken is het essentieel dat de medisch specialist in toenemende mate actief participeert op bestuurlijk en strategisch niveau én medeverantwoordelijkheid draagt voor de financiële resultaten van het ziekenhuis.

De lokale en individuele invulling van deze vorm van participatie is niet in één of enkele uitgewerkte modellen te vatten. Het vereist lokale en individuele afwegingen, waarbij wel een aantal generieke leidende principes gebruikt kan worden bij het realiseren van actieve inzet en betrokkenheid van de medisch specialist bij de bedrijfsvoering.

De medisch specialist is professioneel verantwoordelijk

De medisch specialist is een medisch professional die wetenschappelijke kennis ontwikkelt, (uit)draagt en toepast. Ongeacht werkvorm (dienstverband of vrij beroep) vereist het medisch beroep een grote mate van professionele autonomie. Deze professionele autonomie wordt ingevuld conform professionele standaarden en conform normen en waarden die door de beroepsgroep worden opgesteld, beheerd, bewaakt en bijgesteld. De medisch specialist zet zijn deskundigheid in ten gunste van patiënt en instelling.

De medisch specialist levert grote toegevoegde waarde

De inhoud van de zorg staat centraal, zowel voor de medisch specialist als de instelling. De medisch specialist realiseert hierin een grote toegevoegde waarde omdat hij - vanuit zijn medische professie - de patiënt voorziet van de juiste zorg (verantwoorde zorg), geleverd op de juiste plek en door de juiste zorgverlener met de juiste competenties. Onder juiste zorg (verantwoorde zorg) verstaat de medisch specialist goede diagnostiek en behandeling die doelmatig (gepast) is. Een bijdrage aan verantwoorde kostenbeheersing ziet de medisch specialist als onderdeel van zijn toegevoegde waarde. Ook levert de medisch specialist toegevoegde waarde middels opleiding, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Het handelen (en niet de honorering) van de medisch specialist beïnvloedt in belangrijke mate de zorgkosten.

De medisch specialist participeert in de instelling

De medisch specialist vergroot zijn toegevoegde waarde door in toenemende mate te participeren in de instelling. Dat betekent dat de medisch specialist meer (mede-) verantwoordelijkheid draagt voor de organisatie van zorg en betrokken is bij besturingsvraagstukken die bijdragen aan het gezamenlijke uitgangspunt “de patiënt en zijn zorgvraag staan centraal”. In zakelijke termen uitgedrukt: de medisch specialist kan door participatie een grote bijdrage leveren aan doelmatigheid van zorg en een verantwoorde kostenbeheersing.

Participatie van de medisch specialist betekent actieve deelname (individueel of collectief) binnen de instelling welke leidt tot (mede-)verantwoordelijkheid. Deelname kan vorm krijgen door deelname in besturing (op strategisch, tactisch en operationeel niveau). Dit noemen we zeggenschap. Deelname kan ook in financiële zin; financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap. Vaak leidt deelname in financiële zin ook tot deelname in besturing.

Zowel de medisch specialist met een dienstverband als in vrij beroep kan invulling geven aan beide vormen van participatie.

05

Participatie

De te verwachten veranderingen vragen om (her)positionering van de medisch specialist in dienstverband én in vrij beroep. In de visie van de OMS zou (her)positionering gericht moeten zijn op het verkrijgen van zeggenschap, financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap met als doel het optimaal gelijkrichten van belangen van de medisch specialist en het ziekenhuis. In deze context levert de medisch specialist toegevoegde waarde voor patiënt en medisch bedrijf en is/blijft hij professioneel verantwoordelijk.

Zeggenschap

Participatie in de vorm van zeggenschap betekent dat de medisch specialist actief deelneemt in de besturing van de instelling op strategisch, tactisch en operationeel niveau en (mede-) verantwoordelijkheid draagt op de onderdelen en het niveau waarop wordt meebestuurd en invulling geeft aan de medisch- inhoudelijke én bedrijfsvoeringsbelangen en doelstellingen.

De OMS vindt dat de medisch specialist, ongeacht werkvorm (dienstverband of vrij beroep), actief deel moet nemen of vertegenwoordigd moet zijn op elk niveau van zeggenschap. In sommige ziekenhuizen is dit al zo, in andere nog niet.

Operationeel niveau

Zeggenschap op operationeel niveau betekent dat de individuele medisch specialist of vakgroep-/maatschapsvoorzitter 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.

Zeggenschap 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 en omliggende processen en organisatieonderdelen.

Tactisch niveau

Zeggenschap op tactisch niveau betekent actieve betrokkenheid namens de maatschap of vakgroep bij inrichting en besturing van bijvoorbeeld cluster. Hieraan kan een formele positie als clusterhoofd zijn gekoppeld, eventueel in duaal management met een niet-medisch bedrijfsleider.

Tactisch zeggenschap houdt ook in dat de medische staf betrokken is (of blijft) in het medisch beleidsplan als (integraal) onderdeel van het strategisch plan van de instelling. Meer dan voorheen vereist tactisch zeggenschap directe betrokkenheid namens de medische staf, vakgroep/maatschap in prijs- en volumeafspraken met ziekenhuisbestuur en zorgverzekeraar operational excellence en financieel management.

Dit vereist een goede eigen organisatie van en draagvlak binnen maatschap of vakgroep alsmede draagvlak binnen de medische staf en het ziekenhuisbestuur. Bedrijfskundige deskundigheid, affiniteit en ambitie van het individu dat hieraan invulling geeft zijn belangrijke ingrediënten voor een succesvol tactisch zeggenschap.

Strategisch niveau

Zeggenschap op strategisch niveau betreft actieve betrokkenheid namens de medische staf bij beleids- en besluitvorming rond keuze in profiel van het ziekenhuis, samenwerking, (nieuw)bouw, concentratie en spreiding. Zeggenschap op dit niveau wordt over het algemeen al 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 cobestuurder.

Financiële medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap

De OMS is van mening dat om een verdergaand gelijkgericht belang te creëren het financiële resultaat van het ziekenhuis een medeverantwoordelijkheid van de medisch specialist moet zijn. Deze medeverantwoordelijkheid kan vorm krijgen door participatie in de vorm van financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap. Al dan niet in (gelijke) samenhang met zeggenschap.

Voor de medisch specialist met financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap zijn afwegingen rond investeringen en de strategische koers van de organisatie (zorgaanbod, positionering etc.) direct van invloed op de resultaten van het eigen zorgdomein en het persoonlijk inkomen.

Financiële medeverantwoordelijkheid

Financiële medeverantwoordelijkheid van de medisch specialist voor het resultaat van het ziekenhuis brengt belangen van medisch specialist en raad van bestuur op één lijn. Het betekent ook dat focus op de eigen maatschap/vakgroep niet volstaat en meer samenhangend beleid over de verschillende maatschappen en vakgroepen heen wordt gevraagd van de medisch specialist. De al veel voorkomende structuur met resultaatverantwoordelijke entiteiten biedt hiertoe mogelijkheden. Het financieel resultaat van de resultaatverantwoordelijke entiteit gecombineerd met het integraal financieel resultaat van de instelling kunnen worden verwerkt in een financieel belang voor de medisch specialist (dienstverband en vrij beroep).

Mede-eigenaarschap

Mede-eigenaarschap is de meest vergaande vorm van participatie van de medisch specialist in de instelling. De bestaande lokale organisatiestructuur, de samenwerkingsrelatie tussen raad van bestuur en medische staf en de visie van beide partijen op zeggenschap en financiële medeverantwoordelijkheid van medisch specialisten, is bepalend of tot enige vorm van mede-eigenaarschap kan worden gekomen.

Individuele afwegingen ten aanzien van ambities, ondernemerschap en innovatie spelen eveneens een rol. Medisch specialisten, maatschappen/vakgroepen of medische staven die ondernemend zijn en financieel risico willen dragen, kunnen de mogelijkheden voor mede-eigenaarschap samen met hun ziekenhuis onderzoeken.

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 op maatschaps-/vakgroep- of collectief niveau met het ziekenhuis is georganiseerd in een samenwerkingsverband waarin (een deel van) het ziekenhuisbedrijf is ondergebracht.

In zo'n samenwerkingsverband hebben medisch specialist en ziekenhuis een optimaal gelijkgericht en direct belang bij het (financiële) resultaat en worden verplichtingen en risico's gedeeld. Binnen/naast zo'n samenwerkingsverband kan de medische praktijk van de vrij beroepsbeoefenaar als maatschap blijven bestaan. Maar ook inbreng van de maatschap om mede-eigenaarschap te verwerven is een optie.

Keuzes vanuit lokaal perspectief

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 met een 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 eigenschap 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)?

Keuzes vanuit persoonlijk perspectief

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.

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 resp. 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?

Welke voorkeur heeft de medisch specialist?

De OMS leidt uit onderzoek door de Universiteit Twente af dat de medisch specialist zich bewust is van de noodzaak tot participatie binnen het ziekenhuis en dat ook wil. Collectieve participatiestructuren moeten de komende periode doorontwikkelen en verder professionaliseren om hieraan optimaal invulling te kunnen geven.

Zowel de medisch specialist in dienstverband als de vrij beroepsbeoefenaar heeft voorkeur voor een toekomstige positie waarin bijvoorbeeld door positieve prestatieprikkels in de honorering of door collectieve participatie(aandelen) in het ziekenhuis, meer zeggenschap en (financiële) medeverantwoordelijkheid wordt verworven. Bij de medisch specialist met een

dienstverband neemt de voorkeur voor een dienstverband met prestatieprikkels of participatie in het ziekenhuis toe (31% in de nabije toekomst versus 25% nu). En 21% van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren verkiest in de nabije toekomst een werkrelatie vanuit dienstverband tegen 10% nu. Er is lichte voorkeur voor dienstverband met prestatieprikkels. Van de vrij beroepsbeoefenaren geeft 30% de voorkeur voor participatie in het ziekenhuis vanuit maatschapverband en 38% ziet de stafmaatschap als meest geschikte werkvorm voor de toekomst. Het aantal respondenten met voorkeur voor een ZBC of andere zelfstandige praktijkvorm, neemt ook toe tot 10%.

De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar heeft voor de toekomst weliswaar in toenemende mate voorkeur voor werken in een dienstverband maar lijkt niet massaal hiervoor te kiezen. Zou de keuze op dit moment gemaakt moeten worden dan ligt de voorkeur bij werken vanuit een maatschap, al dan niet met participatie in het ziekenhuis (resp. 29% en 26%). Eénderde van deze groep respondenten zou de voorkeur hebben voor samenwerking vanuit de stafmaatschap. Opvallend is dat de medisch specialisten werkzaam vanuit een stafmaatschapstructuur, deze ook als meest ideale werkvorm voor de toekomst zien, maar hierin voorkeur ontwikkelen voor participatie in het ziekenhuis (29% nu versus 45% later).

Het onderzoek laat zien dat de medisch specialist verwacht meer actief te participeren in het ziekenhuis. Er is een sterke tendens naar participatie in het ziekenhuis vanuit de stafmaatschap als werkvorm. Betrokkenheid bij de financiële exploitatie van de instelling en eigenaarschap komt ook tot uitdrukking in de toenemende interesse in dienstverbandcontracten met een prestatieprikkels en zelfstandige praktijkvoering in een ZBC. Zowel binnen beschouwende, ondersteunende en de snijdende specialismen is deze ontwikkeling waarneembaar.

06

Denkrichtungen
werkvorm

Individuele mogelijkheden, ambities, lokale afwegingen, de mate en wijze van participatie alsmede het einde van de garantie op fiscaal ondernemerschap per 2015 kunnen de vraag oproepen in welke werkvorm de medisch specialist wil werken (dienstverband of vrij beroep).

De huidige meest voorkomende werkvormen zijn:

- Vrij beroep als fiscaal ondernemer of als directeur-groot-aandeelhouder (DGA) van een BV.
- Dienstverband op basis van AMS (+).

De OMS schetst in dit hoofdstuk een aantal denkrichtingen ten aanzien van werkvorm:

- Vrij beroep als fiscaal ondernemer (of als DGA):
 - Naar huidig model
 - Vanuit regionaal samenwerkingsverband
 - Met financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap
- Vrij beroep zonder fiscale ondernemersstatus
- Overstap van vrij beroep naar dienstverband
- Overstap van dienstverband naar vrij beroep

Tot slot volgen enkele opmerkingen over goodwill.

Mede aan de hand van deze denkrichtingen treedt de OMS in overleg met haar achterban. En daarna met VWS, Financiën, NZa en NVZ vereniging van ziekenhuizen. Op basis hiervan werkt de OMS werkvormen uit in modellen. Zoals in de toelichting van het huidige MTO (september 2011) is opgenomen zal voor de situatie na 2015 een nieuw Model Toelatingsovereenkomst moeten worden opgesteld. Waar van toepassing krijgen nieuwe / aangepaste werkvormen hierin een plek.

Vrij beroep als fiscaal ondernemer

Naar huidig model

De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar die zijn fiscale ondernemersstatus wil behouden moet voldoen aan de reguliere criteria vanuit de wet en fiscale rechtspraak.

Aan de rechtspraak over het begrip onderneming kunnen onder andere volgende toetsingscriteria worden ontleend:

- de omvang van de investeringen
- de duurzaamheid en omvang van de werkzaamheden
- de winstverwachting
- de aard en omvang van het risico dat wordt gelopen (bijvoorbeeld debiteurenrisico)
- de zelfstandigheid ten opzichte van de opdrachtgevers
- het aantal opdrachtgevers
- de beschikbare tijd

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 debiteuren risico loopt.

De OMS is van mening dat een aantal belangrijke elementen voor behoud van het fiscaal ondernemerschap vervuld blijft. Denk hierbij aan integrale bekostiging zonder deelregulering van honorariumtarieven en ontwikkelingen zoals selectieve inkoop, concentratie en spreiding, substitutie en taakherschikking. Binnen deze context loopt de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar steeds meer ondernemersrisico.

Daarbij merkt de OMS op dat in het nieuwe systeem van integrale bekostiging nog niet duidelijk is hoe de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist en de verzekeraar/patiënt is geregeld en aan wie bijvoorbeeld het declaratierecht toekomt en wat daaronder wordt verstaan. Vanuit de WGBO heeft de medisch specialist een declaratietitel, de invulling wordt echter bepaald door VWS (aanwijzing) en NZa (uitwerking in beleidsregel).

Zo staat niet vast of vanaf 2015 het huidige 'via' declareren wel of niet meer mogelijk is. Of dat andere vormen van declaratierecht kunnen ontstaan zoals het gezamenlijk met het ziekenhuis declareren van een prestatie.

Afhankelijk van het declaratierecht per 2015 in combinatie met de toenemende ondernemersrisico's voor een medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar bestaat de reële mogelijkheid dat de belastingdienst hieraan de status van fiscaal ondernemer verbindt.

Mocht de overheid alleen 'aan' declareren mogelijk maken, dan wordt niet langer voldaan aan een belangrijke vereiste (zelfstandig declaratierecht) waarlangs tot fiscaal ondernemerschap wordt gekomen. Niettemin betreft het slechts één van de criteria, hetgeen niet hoeft te betekenen dat geen sprake meer is van fiscaal ondernemerschap.

Het wordt dan wel meer van belang aan te tonen dat de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar eigen zeggenschap heeft voor de inrichting en uitoefening van zijn professie. Dat zal in een nieuwe Toelatingsovereenkomst tot uitdrukking moeten komen.

Als alleen het aan declareren blijft bestaan, dan kan het werken voor meerdere opdrachtgevers (ziekenhuizen) uitkomst bieden. Rest uiteraard de vraag of het debiteurenrisico, de zelfstandigheid en de overige criteria voor fiscaal ondernemerschap feitelijk voldoende aan de orde zijn.

Regionaal samenwerkingsverband

De commissie Meurs alsmede de regeringspartijen willen de vorming van regiomaatschappen ontmoedigen. De OMS is het hier niet mee eens.

Door in grotere verbanden samenwerkingsrelaties aan te gaan kan tegemoet worden gekomen aan de gewenste ontwikkeling van subspecialisaties binnen het eigen vakgebied, aan concentratie van bepaalde zorg en aan het voldoen aan kwaliteits-/volumenormen. Een regiomaatschap kan zorgen voor een flexibele inzet van medische expertise in de regio.

Wel moet bij de vorming van een regiomaatschap worden gezorgd voor een adequate inbedding in de ziekenhuisstructuren om belangen zo veel mogelijk gelijkgericht te maken of houden.

Vanuit financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap

De OMS benadrukt dat naarmate aan meer ondernemerscriteria wordt voldaan, de kans op een geslaagd beroep op het fiscaal ondernemerschap groter wordt.

Mogelijk kan de omvang van het aan het ziekenhuis te factureren bedrag op enige wijze afhankelijk worden gemaakt van de prestaties van het ziekenhuis (mee ademen; financiële medeverantwoordelijkheid).

Of kunnen de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis voor gezamenlijke rekening (een deel van) het ziekenhuisbedrijf exploiteren.

Als deze vorm mede-eigenaarschap wordt ondergebracht wordt in een fiscaal transparante rechtsvorm lijkt het fiscale ondernemerschap te kunnen worden behouden. De meeste fiscaal transparante rechtsvormen kennen echter geen rechtspersoonlijkheid en voor hun participanten geen of beperkte beperking van aansprakelijkheid voor de eventuele exploitatieverliezen van het gezamenlijk geëxploiteerde ziekenhuisbedrijf. Bij de keuze voor de rechtsvorm moet dit risico uiteraard worden meegewogen.

Een samenwerkingsverband tussen de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis waarin voor gezamenlijke rekening het ziekenhuis wordt geëxploiteerd lam worden vormgegeven aan de hand van verschillende beoordelingscriteria, waarvan de fiscale beoordelingscriteria slechts een onderdeel vormen.

Vrij beroep zonder fiscale ondernemersstatus

Als de medisch specialist zijn fiscaal ondernemerschap verliest, moet 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 dienstbetrekking. Indien de medisch specialist persoonlijk werkzaamheden verricht, tegen betaling, in een gezagsverhouding tot het ziekenhuis, ontstaat er voor het ziekenhuis een inhoudingsplicht voor de loonheffingen. In de praktijk is er, zonder zelfstandig ondernemerschap, al snel sprake van een echte dienstbetrekking. De meeste discussie ontstaat doorgaans over de vraag of er sprake is van een gezagsverhouding. Of de 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. Ook in die situatie ontstaat er een inhoudingsplicht voor het ziekenhuis.

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 toch geen dienstbetrekking met het ziekenhuis ontstaan, dan geniet de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zijn beroepsinkomen als resultaat uit overige werkzaamheden. Het beroepsinkomen wordt dan bepaald conform de regels voor het bepalen van winst uitonderne- ming maar dan zonder toepassing van de meeste fiscale ondernemersfaciliteiten.

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

Overstap van vrij beroep naar dienstverband

De voorkeur voor een overstap naar dienstverband kan bestaan. De OMS hanteert als uitgangspunt dat een overstap niet eenzijdig vanuit de raad van bestuur wordt gedicteerd, maar dat dit een gezamenlijke keuze is van raad van bestuur met individueel medisch specialist, maatschap, collectief of medische staf.

In onderhandeling tussen raad van bestuur en medisch specialist (individueel of vertegenwoordigd via maatschap, collectief of medische staf) kunnen de voorwaarden voor een overstap worden overeengekomen. Vanuit het perspectief van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zal het streven zijn om het winstaandeel uit de maatschap om te zetten in vergelijkbare arbeidsvoorwaarden (verlonen van omzet). Hierbij moet rekening gehouden worden met het pensioengat enerzijds en de arbeidsongeschiktheidsverzekering anderzijds.

In de context van (her)positionering speelt ook de manier waarop invulling wordt gegeven aan participatie een rol. Bijvoorbeeld in de vorm van een (parttime) management- functie of een financiële medeverantwoordelijkheid of zelfs mede-eigenaarschap

De volgende elementen spelen bij overstap naar dienstverband een rol:

- Arbeidsvoorwaarden: de overeen te komen arbeids- voorwaarden mogen niet in strijd zijn met de AMS; aanvullingen kunnen worden overeengekomen.
- Aanvullend kunnen afspraken bijvoorbeeld worden gemaakt over extra honorering op basis van bijvoor- beeld prestatieprikkels of voortvloeiend uit afspraken over financiële medeverantwoordelijkheid. Zo'n rege- ling kan bijvoorbeeld onderdeel zijn van de individuele arbeidsovereenkomst of het bijzondere deel van het document medische staf.
- In de (aanvullende) arbeidsvoorwaarden kan ook over- eengekomen worden in hoeverre en hoe de medisch specialist invulling kan geven aan werkzaamheden buiten het ziekenhuis (eventueel in vrij beroep).
- Goodwill: het ziekenhuis kan bijvoorbeeld de praktijk danwel het praktijkaandeel van de maatschap resp. de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar kopen. Eventueel kan goodwill worden ingebracht om mede-eigenaarschap te verwerven.

Bij overgang zal goed moeten worden gekeken naar verandering van fiscale regels en eventuele normeringen. Zoals eerder beschreven wordt gewerkt aan de AMS vernieuwing met aandacht voor de noodzakelijke betrok- kenheid van de medisch specialist met een dienstverband bij het ziekenhuis. Het onderzoek van de Universiteit Twente in samenwerking met de OMS laat zien dat de medisch specialist in dienstverband in steeds sterkere mate betrokken wil worden bij het kwalitatief en financi- eel resultaat van de instelling.

Overstap van vrij beroep naar dienstverband Goodwill

De voorkeur voor een overstap naar vrij beroep kan bestaan. De OMS hanteert als uitgangspunt dat dit een gezamenlijke keuze is van raad van bestuur met individueel medisch specialist, vakgroep, OMSD of medische staf.

In onderhandeling tussen raad van bestuur en medisch specialist (individueel of vertegenwoordigd via vakgroep, OMSD of medische staf) kunnen de voorwaarden voor een overstap worden overeengekomen.

In de context van (her)positionering speelt ook de manier waarop invulling wordt gegeven aan participatie een rol. De volgende elementen spelen bij overstap naar vrij beroep een rol:

- Ondernemerschap: de medisch specialist kiest (individueel, op vakgroep-, op collectief- of op instellingsbreed niveau) de wijze waarop hij invulling geeft aan ondernemerschap. Wil en kan de medisch specialist binnen een maatschap werkzaam zijn in vrij beroep met of zonder fiscale ondernemersstatus? Of wil en kan hij als vrij beroeper onderdeel zijn van een samenwerkingsverband waar ook het ziekenhuis onderdeel van uitmaakt?
- Honorering: met de invoering van integrale tarieven per 2015 moet de medisch specialist afspraken maken met de raad van bestuur over zijn prestaties en bijbehorende honorering. Honorering van een eventuele (parttime) managementfunctie hoort hier ook bij.
- Toelating: de medisch specialist en de raad van bestuur sluiten een toelatingsovereenkomst.
- Goodwill: de vakgroep of medisch specialist kan bijvoorbeeld de praktijk resp. het praktijkaandeel van het ziekenhuis kopen. Of vakgroep en medisch specialist creëren een samenwerkingsverband met gedeeld eigenaarschap van praktijk plus een deel van de hieraan gerelateerde ziekenhuisorganisatie.

Met goodwill wordt de waardering een praktijk (-aandeel) tot uitdrukking gebracht op basis van de mogelijkheden om hierin een bepaald inkomen te genereren.

Aangezien er mogelijkheden blijven bestaan het vrij beroep uit te blijven oefenen is er, ook na 2015, een basis voor goodwillbetalingen.

Indien goodwill als drempel tot toetreding wordt ervaren, kan deze drempel op maatschapsniveau worden verlaagd. Bijvoorbeeld door een in- en uitverdienregeling: de toetredere betaalt de goodwill in termijnen uit zijn winstaandeel.

Binnen een instelling kan collectief worden besloten tot het goodwillvrij maken van vrijgevestigde praktijken. In dat geval kan bijvoorbeeld door de instelling in samenwerking met de medische staf een regeling getroffen worden voor de zittende medisch specialisten in vrij beroep om bij vertrek een vergoeding te ontvangen ter compensatie van goodwill.

07

Samenvattende
conclusie

Veranderingen per 2015

Het regeerakkoord geeft richting aan het beleid voor de komende jaren. Op het gebied van zorg is een aantal beleidsopties opgenomen. Veel beleidsopties vragen een wijziging in wet- en regelgeving. Beleidsopties zullen door VWS, in overleg met veldpartijen, moeten worden vertaald naar concrete beleidsvoorstellen en bijbehorende wetsvoorstellen. De OMS zal namens haar achterban om tafel zitten en heeft als uitgangspunt dat veranderingen beheerst en met oog voor de daaruit voortvloeiende consequenties worden uitgewerkt en ingevoerd.

Integrale bekostiging

Door de invoering van integrale bekostiging per 2015 blijft de medisch specialist, ongeacht het werken in vrij beroep of in dienstverband, met zijn activiteiten en registraties mede de omzet voor het ziekenhuis genereren.

De medisch specialist in dienstverband en de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar krijgt een andere verhouding met zijn raad van bestuur. Belangen op het gebied van productie en omzet zijn meer gelijkgericht. De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar maakt lokale afspraken over honorering. Voor de medisch specialist in dienstverband blijft de AMS van kracht, maar kunnen extra afspraken worden gemaakt.

Garantie op fiscaal ondernemerschap

In het regeerakkoord staat: "Het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten vervalt in 2015, als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt". De OMS meent dat dit niet zo gesteld kan worden. En gaat er vanuit dat dit betekent dat de garantie op het fiscaal ondernemerschap per 2015 vervalt. De beoordeling of een medisch specialist fiscaal ondernemer is, vindt echter plaats aan de hand van de reguliere

criteria. De OMS streeft naar behoud van vrij beroep en fiscaal ondernemerschap van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar als een voorwaarde om te kunnen focussen op het optimaliseren van de toegevoegde waarde van de medisch specialist binnen zijn instelling.

Winstuitkering

Winstuitkering maakt het mogelijk om risicodragend te investeren in een ziekenhuis en in de opbrengst te delen. Winstuitkering biedt daarmee mogelijkheden aan de medisch specialist die bereid is te investeren en risico te dragen. Mede-eigenaarschap van de medisch specialist in het gemeenschappelijk medisch bedrijf kan bijdragen aan het gelijkrichten van belangen op gebied van resultaatgerichtheid, doelmatigheid en kwaliteit van dienstverlening.

Wet normering topinkomens

De WNT is niet van toepassing op de medisch specialist. De OMS is van mening dat de medisch specialist hier ook niet onder moet vallen. De OMS streeft naar behoud van de inkomenspositie van de medisch specialist als een voorwaarde om te kunnen focussen op het optimaliseren van de toegevoegde waarde van de medisch specialist binnen zijn instelling. De OMS vindt het belangrijk dat de politiek dit onderkent.

Taakherschikking en substitutie

De medisch specialist, in vrij beroep en met een dienstverband, speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling en realisatie van taakherschikking en substitutie met behoud van kwaliteit van zorg en opleiding. De positie van de medisch specialist in de zorgketen zal anders kunnen worden.

Positionering

De huidige structuren en veranderingen per 2015 vragen om (her)bezinning op de positie van de medisch specialist binnen het ziekenhuis en in de interactie met het ziekenhuisbestuur. Hoe kan de medisch specialist, werkzaam in dienstverband én in vrij beroep, zich zodanig (her)positioneren dat zijn toegevoegde waarde voor de patiënt en de instelling waar hij werkzaam is binnen de veranderende context van de medisch specialistische zorg steeds optimaal is en blijft?

In de visie van de OMS zou (her)positionering gericht moeten zijn op het verkrijgen van zeggenschap, financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap met als doel het optimaal gelijkrichten van belangen van de medisch specialist en het ziekenhuis. In deze context levert de medisch specialist toegevoegde waarde voor patiënt en medisch bedrijf en is/blijft hij professioneel verantwoordelijk.

Zeggenschap betekent dat de medisch specialist actief deelneemt in de besturing van de instelling op strategisch, tactisch en operationeel niveau en (mede-) verantwoordelijkheid draagt. De OMS vindt dat de medisch specialist, ongeacht werkvorm (dienstverband of vrij beroep), actief deel moet nemen of vertegenwoordigd moet zijn op elk niveau van zeggenschap. In sommige ziekenhuizen is dit al zo, in andere nog niet. Om een verdergaand gelijkgericht belang te creëren is de OMS van mening dat het (financiële) resultaat van het ziekenhuis een medeverantwoordelijkheid van de medisch specialist moet zijn. Dit kan vorm krijgen door financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap.

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. Uit onderzoek leidt de OMS af dat de medisch specialist zich bewust is van de noodzaak tot participatie binnen het ziekenhuis en dat ook wil. Collectieve participatiestructuren moeten de komende periode doorontwikkelen en verder professionaliseren om hieraan optimaal invulling te kunnen geven.

Werkvorm

Individuele mogelijkheden, ambities, lokale afwegingen, de mate en wijze van participatie alsmede het einde van de garantie op fiscaal ondernemerschap per 2015 kunnen de vraag oproepen in welke werkvorm de medisch specialist wil werken (dienstverband of vrij beroep).

De medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar die zijn fiscale ondernemersstatus wil behouden moet voldoen aan de reguliere criteria vanuit de wet en fiscale rechtspraak. Afhankelijk van het declaratierecht per 2015 in combinatie met de toenemende ondernemersrisico's voor een medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar bestaat de reële mogelijkheid dat de belastingdienst hieraan de status van fiscaal ondernemer verbindt. Als alleen het 'aan' declareren blijft bestaan, dan kan het werken voor meerdere opdrachtgevers (ziekenhuizen) uitkomst bieden, bijvoorbeeld in een regionaal samenwerkingsverband. De OMS benadrukt dat naarmate aan meer ondernemerscriteria wordt voldaan, de kans op een geslaagd beroep op het fiscaal ondernemerschap groter wordt. Een samenwerkingsverband tussen de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en het ziekenhuis waarin voor gezamenlijke rekening het ziekenhuis wordt geëxploiteerd kan daartoe worden vormgegeven. Als de medisch specialist zijn fiscaal ondernemerschap verliest, moet worden getoetst of het inkomen kwalificeert als inkomen uit een dienstbetrekking.

Lokaal kan de voorkeur voor overstap van vrij beroep naar dienstverband of vice versa bestaan. De OMS hanteert als uitgangspunt dat een overstap niet eenzijdig vanuit de raad van bestuur wordt gedicteerd, maar dat dit een gezamenlijke keuze is. In onderhandeling met de raad van bestuur kunnen de voorwaarden voor een overstap worden overeengekomen. In de context van (her)positionering speelt ook de manier waarop invulling wordt gegeven aan participatie een rol.

Bijlage

Interviews en advies

De OMS heeft de volgende deskundigen /betrokkenen geïnterviewd:

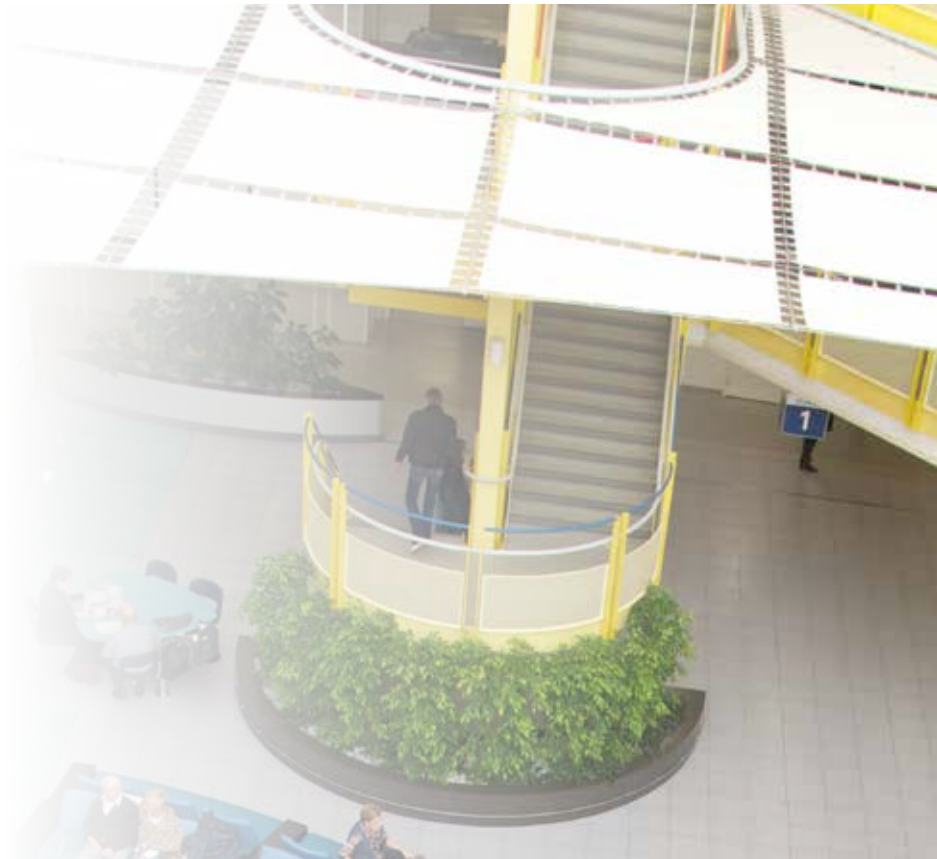
- De heer prof. dr. H.J.J.M. Berden, voorzitter Raad van Bestuur, Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
- Mevrouw mr. W.K. Bischof, advocaat Van Doorne NV, te Amsterdam
- De heer drs. J. Doets, arts, consultant VvAA te Utrecht
- De heer drs. W.T. Koelewijn, promovendus Universiteit Twente
- De heer W.H. van der Linde, partner Sibbing & Wateler C.S. te Veenendaal
- De heer drs. K. Luijckx, partner LOGEX - Het Rekencentrum van Medisch Nederland te Amsterdam
- De heer prof. dr. A.P.W.P. van Montfort, bijzonder hoogleraar Bedrijfseconomie, Zorg en Medische Technologie aan de Universiteit Twente en voorzitter van Actiz
- De heer drs. M. van Riel, Van Riel Interim-Management, Oegstgeest
- De heer O. Suttorp, arts MBA, voorzitter Raad van Bestuur, Amphia Ziekenhuis, Breda
- De heer dr. M. Tersmette, arts-microbioloog Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
- De heer dr. A.C. Vahl, chirurg Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam, voorzitter van de Chirurgen Maatschap Amsterdam
- De heer mr. R. van Wylick, Van Wylick Bedrijfsjuristen te Lepelstraat (Bergen op Zoom)
- De heer drs. M.B.P.M. Visser, lid Raad van Bestuur, Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

De OMS heeft zich daarnaast laten adviseren door:

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

Achtergronddocumenten

- Visiedocument Medisch specialist 2015:
<http://www.orde.nl/assets/structured-files/Downloads/Visiedocument+web.pdf>
- Convenant bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten 2012- 2014: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/convenanten/2011/06/08/convenant-bekostiging-vrij-gevestigd-specialisten-2012-2014.html>
- Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015;
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/besluiten/2011/07/05/bestuurlijk-hoofdlijnenakkoord-2012-2015.html>
- Rapport commissie Meurs:
<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/10/gezond-belonen-beleidsalternatieven-voor-de-inkomens-van-medisch-specialisten.html>
- Regeerakkoord:
<http://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord>



Orde van Medisch Specialisten

postbus 20057

3502 LB Utrecht

(030) 28 23 650

communicatie@orde.nl