

# Het Witte Boek deel IV

*veranderingen per 2012*

**Beheersmodel medisch specialisten en  
vorming van een collectief**

# VOORWOORD

*Janko de Jonge, voorzitter Kamer Vrij Beroep*

IN 2007 VERSCHIEEN HET WITTE BOEK DEEL III OM DE GEVOLGEN VAN DE INVOERING VAN HET UUR-TARIEF EN DE AFSCHAFFING VAN DE LUMPSUM TE BESCHRIJVEN. DAARNAAST WAS HET OOK NOOD-ZAKELIJK OM DE MEDISCH SPECIALISTEN VOOR TE BEREIDEN OP DE MARKTWERKING IN DE ZORG. HOE TE ORGANISEREN? HOE TE ONDERSCHIEDEN? HOE TE ONDERHANDELEN MET DE RAAD VAN BESTUUR EN DE ZORGVERZEKERAARS? HOE DE KWALITEITSCYCLUS TE ORGANISEREN EN NOG VEEL MEER. IS DAT IN UW INSTELLING AL GEREGELD?

HELAAS HEEFT DE INVOERING VAN HET UURTARIEF NIET GELEID TOT EEN GELIJKE BELONING BIJ GE-LIJKE INSPANNING. GROTE ONVERKLAARBARE VERSCHILLEN ZIJN MEDE AANLEIDING GEWEEST TOT ONRUST BINNEN DE MEDISCHE STAF. DOOR HET ACHTERBLIJVEN VAN EEN EFFECTANALYSE WAS ER GEEN DUIDELIJKHEID OVER DE GEVOLGEN VAN DE INVOERING VAN HET UURTARIEF, NOCH OVER DE GEVOLGEN VAN HET GEBRUIK VAN DE DBC SYSTEMATIEK.

HET WITTE BOEK IS IN DE LOOP DER JAREN EEN BEGRIP GEWORDEN ONDER MEDISCH SPECIALISTEN VRIJ BEROEPSBEOEFENAREN. NA ALLE PERIKELEN VAN DE AFGELOPEN JAREN EN HET RECENTELIJK BE-REIKTE ONDERHANDELINGSRESULTAAT, ZIJN DE VERANDERINGEN PER 1 JANUARI 2012 VASTGELEGD IN EEN NIEUWE UITGAVE VAN HET WITTE BOEK, DEEL IV.

DE VERANDERINGEN HEBBEN VOORAL BETREKKING OP DE FINANCIERING EN BEKOSTIGING VAN ME-DISCH SPECIALISTEN VRIJ BEROEPSBEOEFENAREN. DE AANSTAANDE WET CLIËNTENRECHTEN ZORG (WCZ) EN DE AANSTAANDE WIJZIGING VAN DE WET MARKTORDENING GEZONDHEIDZORG (WMG), DE IMPLEMENTATIE VAN HET BEHEERSMODEL EN DBC OP WEG NAAR TRANSPARANTIE (DOT) PER 2012 BRENGEN IN 2012 WEER IN EEN NIEUWE, ONZEKERE SITUATIE.

IN HET WITTE BOEK DEEL IV GEEFT DE ORDE VAN MEDISCH SPECIALISTEN EEN OVERZICHT VAN DE VERANDERINGEN, INSTRUMENTEN EN MOGELIJKHEDEN MET BETREKKING TOT DE TE MAKEN KEUZES ZOALS DE INRICHTING VAN HET LOKAAL COLLECTIEF EN HET VERDEELMODEL.

HET WITTE BOEK DEEL IV BEVAT GEEN BINDENDE ADVIEZEN AAN DE LEDEN. DAT LAATSTE GELDT IN HET BIJZONDER OOK VOOR DE HOOFDSTUKKEN 5 EN 6. UITEINDELIJKE KEUZES MOET ELK COLLECTIEF - IN OVERLEG MET DE RAAD VAN BESTUUR VAN DE INSTELLING – ZELF MAKEN.

# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1 Introductie	5
1.2 Aanpak	5
1.3 Leeswijzer	5
<b>2 Ontwikkelingen bekostiging en financiering</b>	<b>6</b>
2.1 Bekostiging en financiering tot nu toe	7
2.2 Overschrijdingen en tariefskortingen	7
2.3 Voorgenomen wetswijzigingen	7
2.3.1 Invoering Wet Cliëntenrechten Zorg	7
2.3.2 Wijziging Wet Marktordening Gezondheidszorg	9
2.4 Onderhandelingsresultaat	9
2.5 Invoering DOT	10
<b>3 Consequenties voor bekostiging en financiering</b>	<b>11</b>
3.1 Macrokader	12
3.2 Omzetplafond en declaraties	13
3.3 DOT tarieven	13
3.4 Onderhanden werk	14
3.5 Bekostiging ziekenhuizen	15
3.6 Medisch specialisten in dienstverband en universitair medisch specialisten	16
<b>4 Inrichting collectief</b>	<b>17</b>
4.1 Doel	18
4.2 Tijdpad	18
4.3 Rechtsvorm	18
4.3.1 Overwegingen	20
4.3.2 Stafmaatschap en coöperatie	20
4.3.3 Wet Personenvennootschap	22
4.3.4 Modelovereenkomststafmaatschap	22
4.4 Geschillencommissie en arbitrage	23
4.5 Goodwill	23
4.6 Model Toelatingsovereenkomst	23
<b>5 Afspraken met raad van bestuur</b>	<b>24</b>
5.1 Verdeling omzetplafond	25
5.2 Afspraken over (verdeling van) kosten	27
5.3 Productieafspraken en monitoring	28
5.4 Bevoorschotting	29
<b>6 Afspraken binnen collectief</b>	<b>30</b>
6.1 Verdeelprincipe	31
6.2 Verdeling op basis van werklastmeting	31
6.3 Verdeling op basis van benchmark	32
6.3.1 Aanlevering fte gegevens ten behoeve van landelijke benchmark	34
6.3.2 Aanlevering outputgegevens ten behoeve van landelijke benchmark	36
6.3.3 Keuzes in benchmark	36
6.4 Combinatie van verdeelmodellen	36
6.5 Kosten collectief en knelpunten	36
6.6 Vervanging, uittreding en uitbreiding op maatschapsniveau	36
6.7 Jaarlijkse afrekening omzet(plafond)	38
<b>Bijlage 1. Voorbeeld aansprakelijkheid personenvennootschap</b>	<b>40</b>
<b>Bijlage 2. Rekenvoorbeelden fte-bepaling</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 3. Inconveniënten toeslagen AMS</b>	<b>42</b>
Colofon	43

# 1

## Inleiding



***“Dit Witte Boek informeert u over de relevante ontwikkelingen en veranderingen per 2012 en stelt mogelijkheden en instrumenten voor om uzelf, uw maatschap en de medische staf hierop voor te bereiden.”***

## 1.1 INTRODUCTIE

Het Witte Boek deel IV richt zich op veranderingen voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren per 2012. Deze veranderingen zijn veel omvattend. Per 2012 gaat DBC's op weg naar Transparantie (DOT) van start en vallen medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren onder een beheersmodel. Dit beheersmodel vereist dat er in elke instelling een collectief bestaat van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

Dit Witte Boek informeert u over de relevante ontwikkelingen en veranderingen per 2012 en beschrijft mogelijkheden en instrumenten om uzelf, uw maatschap en de medische staf hierop voor te bereiden. De adviezen die de Orde van Medisch Specialististen in dit Witte Boek geeft zijn niet bindend, maar bieden u een handvat.

Het Witte Boek is een initiatief van de Kamer Vrij Beroep van de Orde van Medisch Specialististen. Het is primair geschreven voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren, maar kan ook dienen als naslagwerk voor medisch specialisten in dienstverband of academisch medisch specialisten.

## 1.2 AANPAK

Het Witte Boek deel IV gaat, meer nog dan eerdere versies, uit van een momentopname. Op het moment van schrijven van dit boek zijn de veranderingen per 2012 nog niet op alle punten uitgewerkt. Dit maakt dat de inhoud zich in de aanloop naar 2012 zeker verder zal ontwikkelen.

De Orde van Medisch Specialististen presenteert dit Witte Boek digitaal op [www.orde.nl](http://www.orde.nl). De Orde van Medisch Specialististen zorgt ervoor dat deze digitale versie up to date blijft. De Orde van Medisch Specialististen plaatst hier zo spoedig mogelijk ook aanvullende modellen, zoals de Model Toelatingsovereenkomst en de model modelovereenkomst stafmaatschap.

Over de Model Toelatingsovereenkomst vindt op dit moment (juni 2011) overleg plaats met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Zodra overeenstemming is bereikt, zal de Orde van Medisch Specialististen het conceptmodel voorleggen aan haar leden. Het model wordt ook nog voorgelegd aan het ministerie van Financiën.

De notaris van de Orde van Medisch Specialististen werkt aan de modelovereenkomst stafmaatschap. Zodra dit model gereed is, wordt deze op de website geplaatst.

## 1.3 LEESWIJZER

Hoofdstuk 2 schetst de achtergrond en inhoud van de ontwikkelingen. Als gevolg van de ontwikkelingen verandert de wijze van financiering en bekostiging. De consequenties voor de wijze van financiering en bekostiging zijn toegelicht in hoofdstuk 3.

De mogelijkheden voor inrichting van het collectief zijn omschreven in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 5 en 6 beschrijven over welke onderwerpen afspraken moeten worden gemaakt binnen het collectief en met de raad van bestuur. Waar mogelijk worden hiervoor instrumenten aangereikt.

In de hoofdstukken vindt u verwijzingen naar bijlagen of naar [www.orde.nl](http://www.orde.nl). ◀

Heeft u vragen of opmerkingen over het Witte Boek? Meld uw vragen of opmerkingen aan de Kamer Vrij Beroep via [infodesk@orde.nl](mailto:infodesk@orde.nl).

# 2

## Ontwikkelingen bekostiging en financiering

- Bekostiging en financiering tot nu toe
- Overschrijdingen en tariefskortingen
- Voorgenomen wetswijzigingen
- Onderhandelingsresultaat
- Invoering DOT

***“Het onderhandelingsresultaat stelt dat door de invoering van de Wet Cliëntenrechten Zorg de professionele autonomie van de medisch specialist niet ter discussie komt. Ook is een alternatief beheersmodel overeengekomen waarmee – onder voorwaarden – het fiscaal ondernemerschap behouden blijft.”***

## 2.1 BEKOSTIGING EN FINANCIERING TOT NU TOE

Per 1 januari 2008 eindigde de bekostiging voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren op basis van de lumpsumsystematiek. Niet langer declareerden medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren op basis van een lokaal initiatief hun honorariumcomponent in het A-segment ter dekking van de lumpsum. Zowel de honoraria in Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in het A-segment als in het B-segment bepaalden vanaf 1 januari 2008 de omzet voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Voor ziekenhuizen gold dit niet.

Gelijktijdig met de afschaffing van de lumpsum waren de tarieven van DBC's per 1 januari 2008 gebaseerd op de normtijden en het normatief uurtarief. De eerdere verschillen in minuutprijzen tussen de medisch specialismen waren hiermee verleden tijd.

Het uurtarief was voorzien van een bandbreedte van plus of min 6 euro. De maatschap of het collectief kon binnen deze bandbreedte afspraken maken met de raad van bestuur over een aangepast uurtarief. De vastgestelde tarieven werden gedeclareerd, en 'achter de voordeur' werd de afgesproken bandbreedte verrekend tussen ziekenhuis en medisch specialisten.

In de afgelopen jaren is niet altijd gebruikt gemaakt van de mogelijkheid om lokaal bandbreedte-afspraken te maken ten aanzien van het uurtarief. Enerzijds vormden

onderhandelingen met de raden van bestuur een obstakel, anderzijds werd binnen een collectief maar moeizaam overeenstemming bereikt over aanwending van dit honorariumdeel.

Figuren 1 en 2 tonen de wijze waarop de tarieven van DBC's werden vastgesteld in het A-segment en het B-segment en de wijze waarop tarieven tot en met 2011 leid(d)en tot financiering.

## 2.2 OVERSCHRIJDINGEN EN TARIEFSKORTINGEN

De jaarlijkse begroting van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) kent een macrokader zorg. Het macrokader is een maat voor de politiek-maatschappelijk aanvaardbare jaarlijkse kosten voor de zorg.

Het macrokader zorg bevat een aantal de elkaders, zoals het de elkader voor ziekenhuizen en het de elkader voor vrijgevestigd bekostigde medisch specialisten: het macrokader medisch specialisten.

In 2008, het eerste jaar na de afschaffing van de lumpsumsystematiek en na de introductie van het normatief uurtarief, hebben de gedeclareerde honorariumomzetten het macrokader medisch specialisten overschreden. Op basis van schadelastcijfers van het College voor zorgverzekeringen heeft VWS voor betreffend jaar een overschrijding van € 512 miljoen vastgesteld. Over 2009 constateert VWS een overschrijding van € 606 miljoen.

**► Op basis van de mogelijkheden die de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO) biedt, heeft de minister aan de Nederlandse Zorgautoriteit aanwijzingen gegeven om in 2010 en 2011 kortingen op de honorariumtarieven te berekenen en in te voeren. Met deze kortingen moet worden voorkomen dat het macrokader medisch specialisten in de jaren 2010 en 2011 opnieuw wordt overschreden. ◀**

De kortingen hebben hun beslag gekregen in drie rondes, te weten tariefsmutaties per 01-01-2010, 01-09-2010 en 01-01-2011. De Orde van Medisch Specialisten, en andere partijen, hebben tegen deze kortingen bezwaar gemaakt. Uitspraak door het College van Beroep voor het Bedrijfsleven in de beroepsprocedure tegen de tariefkortingen 2010 wordt in de zomer van 2011 verwacht. De bezwaarprocedure tegen de tariefkortingen 2011 loopt sinds november 2010. In april 2011 heeft de hoorzitting bij de Nederlandse Zorgautoriteit plaatsgevonden. De Nederlandse Zorgautoriteit doet naar verwachting uitspraak over de beslissing op bezwaar na afronding van de beroepsprocedure bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven.

## 2.3 VOORGENOMEN WETSWIJZIGINGEN

### 2.3.1 Invoering Wet Cliëntenrechten Zorg

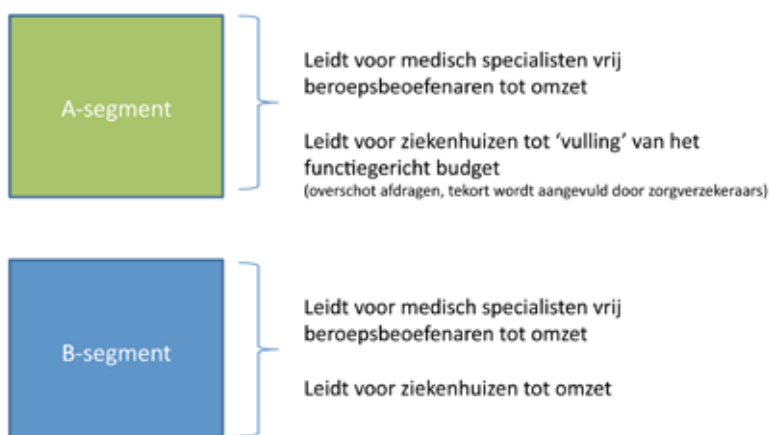
Tot nu toe gelden verschillende wetten voor de rechten van cliënten en patiënten en bijbehorende verplichtingen voor zorgaanbieders. Het betreft onder andere

## A- en B-segment



Figuur 1. Tarieven in A- en B-segment

## Omzet en budget



Figuur 2. Financiering voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en ziekenhuizen



de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Volgens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is het voor cliënten/patiënten niet duidelijk wat hun rechten zijn en bij wie de daaraan gekoppelde verplichtingen liggen.

► **De Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) beoogt alle bestaande wetgeving en regelingen samen te voegen. Ook beoogt deze wet de rechtspositie van de cliënt/patiënt te versterken en de instelling hét centrale aanspreekpunt voor de cliënt/patiënt te maken.** ◀

Het wetsvoorstel heeft mogelijk negatieve gevolgen voor de positie van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. De WCZ leidt namelijk tot een andere juridische verhouding tussen de instelling en de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaren. De instelling wordt eindverantwoordelijk voor de totale zorgverlening in de instelling.

De professionele autonomie kan worden aangetast door het ontbreken van een duidelijke begrenzing van de aanwijzingsbevoegdheid van de instelling aan medisch specialisten. Het fiscaal ondernemerschap kan onder druk komen door een combinatie van bevoegdheden voor instellingen, die ertoe kan leiden dat een gezagsverhouding ontstaat. Een gezagsverhouding is een van de kenmerken van een dienstverband.

Het wetsvoorstel WCZ is na de val van het vorige kabinet in de zomer van 2010 controversieel verklaard. Inmiddels is het voorstel door de Vaste Kamercommissie Zorg weer in behandeling genomen. Een aangepast wetsvoorstel met een aantal wijzigingen wordt binnenkort verwacht.

### 2.3.2 Wijziging Wet Marktordening Gezondheidszorg

Op 1 juni 2010 diende de minister van VWS een voorstel in tot wijziging van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG): de Wet Aanvulling instrumenten bekostiging WMG (AibWMG). Dit wetsvoorstel bood mogelijkheden om de kosten van medisch specialisten op macroniveau te beheersen.

Twee nieuwe bevoegdheden in dit wetsvoorstel vielen op en hadden betrekking op

het inrichten van een zogenaamd beheersmodel voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren:

- De Nederlandse Zorgautoriteit kon op aanwijzing van de minister op basis van een voorafgaande raming en verdeling van de macrobudgettaire beschikbare middelen een grens stellen aan het bedrag dat een instelling gedurende een jaar ten hoogste in de tarieven mag verrekenen voor de honoraria van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en in dienstverband gezamenlijk.
- De Nederlandse Zorgautoriteit kreeg op aanwijzing van de minister de mogelijkheid het 'via' declareren af te schaffen.

► **Ab Klink, de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, noteerde bij de Wet Aanvulling instrumenten bekostiging WMG dat het fiscaal ondernemerschap ter discussie zou komen te staan. Het werd aan medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en instellingen overgelaten zodanige afspraken te maken "dat uit andere hoofde het fiscaal ondernemerschap behouden kan blijven". De Belastingdienst kon vervolgens achteraf van geval tot geval beoordelen of er sprake was van fiscaal ondernemerschap.**

**Gekoppeld aan dit wetsvoorstel introduceerde minister Klink een beheersmodel voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren waarbinnen de raad van bestuur budgethouder zou zijn van een honorariumbudget per instelling en medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren 'aan' in plaats van 'via' de instelling zouden declareren. Een bedreiging voor het fiscaal ondernemerschap.** ◀

## 2.4 ONDERHANDELINGSRESULTAAT

De Orde van Medisch Specialisten heeft zich in 2010 fel verzet tegen de plannen van het vorige kabinet om de Wet Cliëntenrechten Zorg aan te nemen, de Wet Marktordening Gezondheidszorg te wijzigen en daaraan verbonden een budgettering voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in te richten met het budgethouderschap bij de raden van bestuur. De professionele autonomie én het fiscaal ondernemerschap stonden hierdoor immers onder druk. De Orde van Medisch Specialisten voelde zich samen met haar

leden onder andere gedwongen tot het voeren van actie.

De nieuwe minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Edith Schippers bood direct na haar aantreden ruimte om deze problematiek samen met de Orde van Medisch Specialisten op te lossen. Met de positieve intentie er gezamenlijk uit te komen zijn de gesprekken van de Orde van Medisch Specialisten met VWS en de NVZ in november 2010 hervat.

De Orde van Medisch Specialisten is deze gesprekken ingegaan met de in de Algemene Ledenvergadering (ALV) op 22 juni 2010 besproken en in de daarop volgende ledenpeiling in oktober 2010 bevestigde uitgangspunten:

- behoud van fiscaal ondernemerschap;
- geen excessieve omzetten;
- geen grote, onverklaarbare omzetverschillen;
- honorariumbudget bij collectief (en niet bij raad van bestuur);
- behoud van arts-patiëntrelatie (professionele autonomie).

De gesprekken met VWS en NVZ hebben op 15 december 2010 geleid tot een onderhandelingsresultaat. Op 17 januari 2011 heeft de ALV van de Orde van Medisch Specialisten dit resultaat goedgekeurd, gevolgd door goedkeuring van de NVZ op 7 april 2011.

Het onderhandelingsresultaat stelt dat door de invoering van de Wet Cliëntenrechten Zorg de professionele autonomie van de medisch specialist niet ter discussie komt. Ook is een alternatief beheersmodel overeengekomen waarmee – onder voorwaarden – het fiscaal ondernemerschap behouden blijft.

Het onderhandelingsresultaat heeft geleid tot een Nota van wijziging op het wetsvoorstel wijziging WMG. In de Nota van wijziging wordt het mogelijk gemaakt dat de Nederlandse Zorgautoriteit op aanwijzing van de minister regels vaststelt die er – onder voorwaarden – op neerkomen dat medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren hun honorarium 'via' het ziekenhuis aan de patiënt/zorgverzekeraar kunnen blijven declareren. Daarmee kan het fiscaal ondernemerschap in stand blijven. Het wetsvoorstel WCZ is vooralsnog ongewijzigd.

Het alternatieve beheersmodel houdt, vergeleken met het eerder voorgestelde 'Klink'-model in, dat er een afzonderlijk macrokader wordt vastgesteld voor de honorering van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Dit macrokader verdeelt de Nederlandse Zorgautoriteit vervolgens over ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra in de vorm van een omzetplafond. Het bestuur van een instelling en een op te richten collectief van de aldaar werkzame medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren moeten overeenstemming bereiken over verdeelmaatstaven en productieafspraken in relatie tot het toegekende omzetplafond. Medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren binnen het collectief declareren vervolgens hun productie 'via' de instelling, waarbij zij het debiteurenrisico en het risico van overschrijding van vastgestelde omzetplafond dragen. Met dit alternatieve beheersmodel kan het fiscaal ondernemerschap behouden blijven. Het beheersmodel geldt van 2012 tot en met 2014 voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en zelfstandige behandelklinieken. Solopraktijken en privé-klinieken waar geen verzekerde zorg wordt geleverd, vallen erbuiten.

► **Kernpunten onderhandelingsresultaat**

- *Geen aantasting van de professionele autonomie als gevolg van de Wet Cliëntenrechten Zorg*
- *Handhaving van het fiscaal ondernemerschap door behoud van het via-declareren in de Wet Marktordening Gezondheidszorg en onder de voorwaarde van een alternatief beheersmodel*
- *Macrokader medisch specialisten 2012: € 2.021 miljoen*
- *Jaarlijkse groei (2,5%) en indexering van het macrokader medisch specialisten*
- *Landelijke afspraken over beperking van jaarlijkse volumegroei*
- *Verdeling van macrokader door de NZa in omzetplafonds per instelling*
- *Omzetplafond voor alle tot een instelling toegelaten medisch specialisten*
- *Collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in een instelling*
- *Nieuwe toelatingsovereenkomst, waarin o.a. is vastgelegd dat het collectief het omzetplafond verdeelt*
- *Afspraken tussen collectief en raad van bestuur over verdeling omzetplafond in een vast en variabel deel*
- *Vast deel met een bandbreedte van 75%*

*tot 85% op basis van bindende productieafspraken tussen collectief en raad van bestuur*

- *Variabel deel met een bandbreedte van 15% tot 25% betreft randvoorwaardelijke afspraken over bijvoorbeeld kwaliteit, veiligheid, opleiding*
- *Afspraken binnen collectief over verdeling omzetplafond onder deelnemende maatschappijen* ◀

## 2.5 INVOERING DOT

► *Alle betrokken partijen hebben de afgelopen jaren gewerkt aan de ontwikkeling van het plan 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT). DOT wordt per 2012 ingevoerd. Kern van DOT is de vervanging van de huidige DBC's door circa 4.500 zorgproducten.* ◀

Binnen DOT wordt de diagnose gekoppeld aan de ICD10 (een internationaal classificatiesysteem van diagnoses) en worden de zorgproducten afgeleid uit de basisregistratie van de instellingen. Voorts is een belangrijke wijziging ten opzichte van het bestaande systeem dat de nieuwe DOT-producten specialisme overstijgend zijn. Met andere woorden: wanneer specialisten hetzelfde product leveren dan dient dit product van een uniforme prijs te zijn voorzien die voor alle specialismen gelijk is. Dit is een nadrukkelijke wens van de zorgverzekeraars bij de ontwikkeling van een nieuw systeem.

De wetenschappelijke verenigingen hebben veel tijd gestoken in de beoordeling en aanpassing van de DOT-zorgproducten en een adequate koppeling van de activiteiten aan zorgproducten bij de ondersteunende specialismen.

Na overleg met alle veldpartijen heeft de ministerraad in april 2009 besloten DOT gefaseerd in te voeren. Per 1 juli 2009 is gestart met de registratie van de nieuwe zorgactiviteiten. Het jaar 2010 werd gebruikt om ervaring op te doen met het nieuwe systeem, fouten te herstellen en om inzicht te krijgen in de financiële consequenties van DOT. In 2010 werd er nog wel gedeclareerd op basis van de huidige DBC-systematiek. Oorspronkelijk zou in 2011 de overstap worden gemaakt naar declaraties op basis van DOT, maar door de val van het kabinet (Balkenende IV) is de invoering van

DOT controversieel verklaard en een jaar uitgesteld. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in het voorjaar van 2011 besloten dat DOT per 1 januari 2012 wordt ingevoerd.

De resterende tijd tot 2012 wordt gebruikt om de productstructuur te testen via simulatie. De productstructuur wordt getest op medische inhoud (Zijn de producten medisch herkenbaar? Zitten er geen fouten meer in?) en op financiële betrouwbaarheid (Kan de overstap van DBC's naar DOT macroneutraal worden gemaakt en zijn er omzetverschillen te constateren?). Ook wordt gewerkt aan toepassing van uniforme registratieregels en vindt verdere discussie plaats over het al dan niet afschaffen van de ondersteunerscompensatiefactor. ◀

# B Consequenties voor bekostiging en financiering

- Macrokader
- Omzetplafond en declaraties
- DOT tarieven
- Bekostiging ziekenhuizen
- Medisch specialisten in dienstverband  
en universitair medisch specialisten

**“VWS hanteert het macrokader medisch specialisten als jaarlijks landelijk plafond. Op basis van de wijziging in de Wet Marktordening Gezondheidszorg en een aanwijzing van de minister krijgt de Nederlandse Zorgautoriteit de bevoegdheid en de opdracht om dit macrokader te verdelen over instellingen in de vorm van omzetplafonds.”**

### 3.1 MACROKADER

► *Het macrokader is een maat voor de politiek-maatschappelijk aanvaardbare jaarlijkse kosten voor de zorg. Het macrokader medisch specialisten 2012 is in het onderhandelingsresultaat bepaald op € 2.021 miljoen exclusief zelfstandige behandelcentra. In dit macrokader is 2,5% groei opgenomen. Ook is voorcalculatorisch 0,7% loon- en prijsbijstelling verwerkt. Dit percentage wordt nagecalculeerd op basis van het werkelijke niveau.* ◀

Van het afgesproken macrokader medisch specialisten is een deel bestemd voor medisch specialisten in dienstverband, die in en voor 2007 volgens de lumpsumsystematiek werden bekostigd. Tot op heden zijn deze medisch specialisten bekostigd uit het macrokader medisch specialisten. Deze medisch specialisten zullen echter niet onder het beheersmodel vallen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil per 2012 het afgesproken macrokader schonen voor dit deel en de betreffende medisch specialisten bekostigen uit het macrokader ziekenhuizen.

Het macrokader medisch specialisten kent jaarlijks een reguliere loon- en prijsbijstelling. Om volumegroei in de zorg deels te accommoderen is daarnaast afgesproken dat het macrokader medisch specialisten jaarlijks met 2,5% groeit. Dit groeipcentage is naar alle waarschijnlijkheid niet

voldoende om de jaarlijks verwachte volumegroei van circa 4% volledig te dekken. In het onderhandelingsresultaat is daarover afgesproken dat wachtlijsten volgens redelijke verwachtingen moeten worden voorkomen.

Daarnaast maakt de Orde van Medisch Specialisten nog aanvullende afspraken met VWS en Zorgverzekeraars Nederland over:

- doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen;
- vermijden van niet noodzakelijke zorg en terugdringen van praktijkvariatie.

De Orde van Medisch Specialisten richt zich hierbij op de rol en de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Door selectieve inkoop kunnen zorgverzekeraars volume en kosten van zorg beheersen. Ook de medisch specialisten hebben een belangrijke rol en verantwoordelijkheid hierin. Om dit te benadrukken is in het onderhandelingsresultaat afgesproken dat door doelmatig voorschrijven € 30 miljoen per jaar wordt bespaard. Als medisch specialisten dit effect (deels) niet bereiken, wordt met terugwerkende kracht het macrokader medisch specialisten naar rato verlaagd. De Orde van Medisch Specialisten heeft ter ondersteuning een leidraad ‘doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen’ uitgebracht waarmee alle wetenschappelijke verenigingen hebben ingestemd. Er worden nog afspraken gemaakt over de wijze waarop het effect van doelmatig

voorschrijven wordt gemeten. Zodra hierover meer bekend is, informeert de Orde van Medisch Specialisten u hierover.

► *Ten tijde van de lokale initiatieven (tot en met 2007) is een aantal maatschappen overgegaan naar dienstverband. De bekostiging van de medisch specialisten die deze overstap maakten is ten laste van de lumpsum gebleven en niet overgebracht naar het ziekenhuisbudget.*

*Dat wil zeggen dat de kosten van dit dienstverband werden bekostigd uit de eerder voor de betreffende maatschap vastgestelde lumpsum. De lumpsum werd vervolgens gedekt (gevuld) doordat de activiteiten van de maatschap door het ziekenhuis werden gedeclareerd.*

*Bij de beëindiging van de lokale initiatieven en de overgang naar bekostiging op basis van DBC's werden de kosten van dit dienstverband gedekt door de door het ziekenhuis gedeclareerde honorariumtarieven. Deze honoraria kwamen ten laste van het macrokader medisch specialisten.*

*Het macrokader medisch specialisten 2012 is in het onderhandelingsresultaat bepaald op €2.021 miljoen. Dit macrokader is inclusief de genoemde medisch specialisten in dienstverband, die in en voor 2007 via de lumpsumsystematiek werden bekostigd.*

*Deze medisch specialisten zullen echter niet onder het afgesproken beheersmodel vallen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport corrigeert hier het macrokader van € 2.021 voor. De betreffende medisch specialisten zullen vanaf 2012 worden bekostigd uit het macrokader ziekenhuizen.*

*Dit betekent dat deze medisch specialisten in dienstverband geen deel uitmaken van het collectief en de verdeelafspraken. De productie en omzet van deze categorie medisch specialisten is voor rekening en risico van de instelling. ◀*

### 3.2 OMZETPLAFOND EN DECLARATIES

► *VWS hanteert het macrokader medisch specialisten als jaarlijks landelijk plafond. ◀*

Op basis van de wijziging in de Wet Marktordening Gezondheidszorg en een aanwijzing van de minister krijgt de Nederlandse Zorgautoriteit de bevoegdheid en de opdracht om dit macrokader te verdelen over instellingen in de vorm van omzetplafonds.

#### Omzetplafond

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 Nederlandse Zorgautoriteit baseert de omzetplafonds in beginsel op historische omzetten. Naar verwachting worden de omzetplafonds 2012 gebaseerd op omzetten 2009. Hierop vindt een generieke afslag plaats zodat de omzetplafonds opgeteld binnen het macrokader medisch specialisten 2012 passen.

Een correctie op de omzetplafonds 2012 wordt gemaakt om rekening te houden met toetreders, groeiers en krimpers na 2009. Om deze marktdynamiek te faciliteren wordt 2,5% van het macrokader medisch specialisten vooraf gereserveerd. Deze groei ruimte kan voorafgaand aan en gedurende het jaar worden verdeeld. En achteraf kan niet 'gevolde' ruimte in de

omzetplafonds ook nog worden verdeeld over groeiers en/of toetreders. De Nederlandse Zorgautoriteit neemt in de zomer 2011 een definitieve beslissing over de groei ruimte en de wijze van toekenning. De Orde van Medisch Specialisten informeert u hierover zodra meer bekend is.

Elke medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar valt onder het omzetplafond. Declaraties van DOT tarieven door individuele medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren 'via' of 'aan' het instelling mogen de omzetplafonds niet overschrijden.

#### 'Via' declareren

► *Als de maatschap of individuele medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zich aansluit bij het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in zijn/haar instelling en het collectief verdeelafspraken heeft gemaakt met de raad van bestuur kan de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zijn honorarium 'via' de instelling declareren aan de zorgverzekeraar/ patiënt. ◀*

De aangesloten maatschap / medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar wordt dan 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 bevoorschottingsafspraken tussen de raad van bestuur en het collectief ontvangt de aangesloten maatschap / medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar een voorschot.

Een overschrijding van het omzetplafond door het collectief wordt door de instelling namens de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren verenigd in het collectief afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds op basis van een verrekening door de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze verrekening volgt uit een door de instelling samen met het collectief ingebrachte jaarrekening of opbrengstverantwoording (nacalculatie).

#### 'Aan' declareren

► *Sluit de maatschap of individuele medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar zich niet aan bij het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in zijn/haar instelling of heeft het collectief geen verdeelafspraken kunnen*

*maken met de raad van bestuur dan declareert deze maatschap c.q. medisch specialist zijn honorarium 'aan' de instelling. En rijst 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 in dat geval 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.

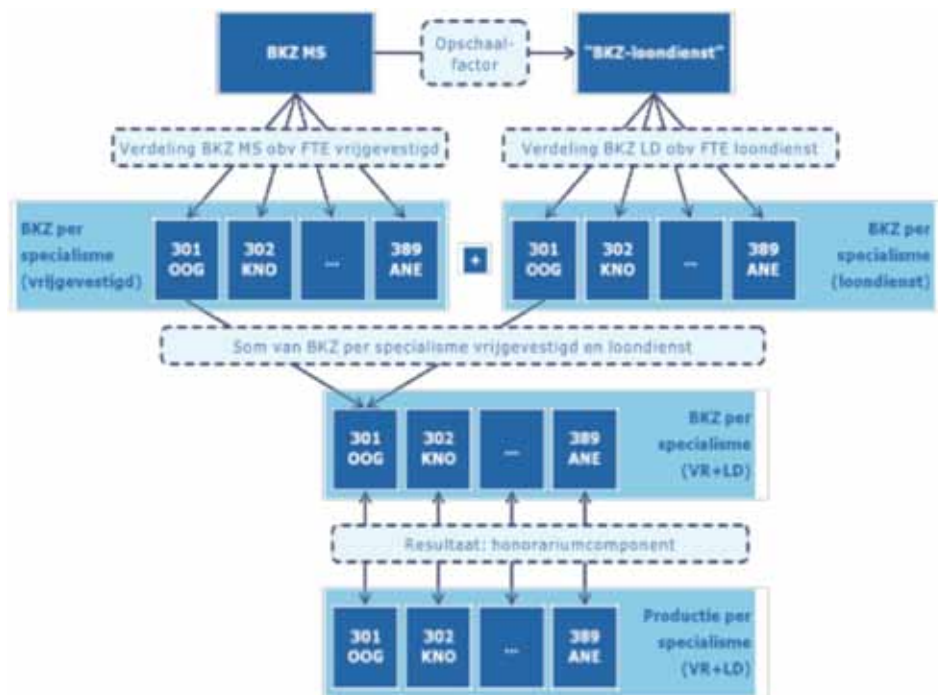
De Nederlandse Zorgautoriteit legt in beleidsregels de werking van bovenstaande nader vast. De Orde van Medisch Specialisten informeert u zodra deze beleidsregels bekend zijn.

### 3.3 DOT TARIEVEN

► *DOT tarieven worden gebruikt om zorgproducten te declareren. De tarieven die worden gedeclareerd en in de vorm van omzet worden ontvangen zijn ter dekking van het omzetplafond per instelling. Het is van groot belang dat de DOT tarieven niet te hoog én niet te laag zijn om overschrijding van omzetplafonds en daarmee van het macrokader medisch specialisten te voorkomen. ◀*

Normtijden en – na 2008 – het normatief uurtarief zijn tot op heden bouwstenen voor het vaststellen van DBC honorariumtarieven: normtijd X normatief uurtarief = honorariumtarief. In 2010 en 2011 zijn de (gedifferentieerde) tariefkortingen als bouwstenen toegevoegd. De tariefkortingen moesten een herhaling van eerdere overschrijdingen op het macrokader medisch specialisten voorkomen: normtijd X normatief uurtarief X tariefkorting = honorariumtarief.





Figuur 3. Opbouw honorariumcomponent van DOT zorgproducten per 2012 (bron: NZa)

Vanaf 2012 geldt het beheersmodel medisch specialisten en wordt gelijktijdig DOT geïmplementeerd. De DOT zorgproducten moeten van een (nieuw) honorariumtarief worden voorzien. Deze nieuwe tarieven worden in september 2011 verwacht. In de nieuwe methodiek zijn de bouwstenen normtijd, normatief uurtarief en tariefkorting vervallen. Uitgangspunt is het macrokader medisch specialisten en de productie van de medisch specialisten die ten laste van dit macrokader declareren. Het macrokader medisch specialisten wordt rekenkundig (fictief) opgeknipt in aandelen per specialisme en opgeschaald met een fictief macrokader (en fictieve specialisme-aandelen) voor medisch specialisten in dienstverband. De normtijden en de productie van een specialisme worden vervolgens gebruikt om het rekenkundige specialisme-aandeel te vertalen naar een honorariumcomponent per zorgproduct.

Bij deze nieuwe methodiek wordt op voorhand een sluitende relatie gelegd tussen de DOT honorariumtarieven en het in het onderhandelingsresultaat overeengekomen macrokader medisch specialisten van € 2.021 miljoen voor 2012: honorariumtarief = specialisme aandeel in macrokader / normtijd X productie (zie figuur 3). Indien

noodzakelijk wordt per specialisme een correctie uitgevoerd om aansluiting te zoeken bij het vastgestelde specialisme-aandeel voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

In het gereguleerde segment (voorheen A-segment) gelden de zorgprofielen en honorarium-tarieven als maximumtarieven. In het vrije segment (voorheen B-segment) zijn de profielen en dus het volume van ondersteunende en overige producten vrij onderhandelbaar en gelden de honorariumtarieven als maximumtarieven. Deze maximumtarieven gelden voor alle declaraties van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren 'via' de instelling. En middels een aanwijzing van de minister zullen de tarieven ook als maximumtarieven worden gehanteerd bij declaraties van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die 'aan' de instelling declareren.

### 3.4 ONDERHANDEN WERK

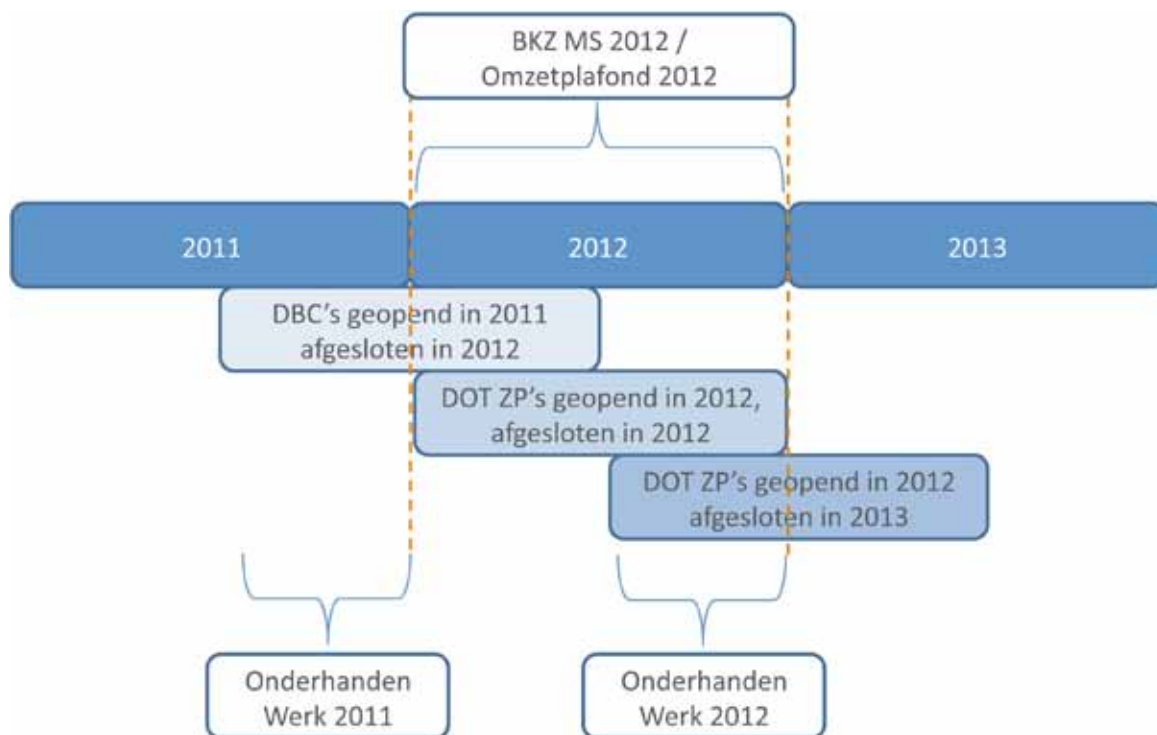
► *Het omzetplafond wordt gevuld met honorariumtarieven. In de 'afrekening' van dit jaarlijkse omzetplafond op instellingsniveau is de honorariumomzet in betreffende jaar leidend. De waardering*

*van het onderhandenwerk is cruciaal bij de omzetbepaling. De Nederlandse Zorgautoriteit is voornemens de waardering van het onderhandenwerk te uniformeren, door een vast waarderingspercentage vast te leggen in de regelgeving.* ◀

Bij de afschaffing van de lumpsumsystematiek en de overgang naar het declareren van DBC's voor de bepaling van de omzet is voor de medisch specialisten het fenomeen van het onderhandenwerk geïntroduceerd. Immers aan het einde van het boekjaar is een aantal DBC's nog niet afgesloten terwijl een deel van het werk al is uitgevoerd. De waarde van deze al uitgevoerde werkzaamheden moet worden betrokken bij de bepaling van het resultaat in het betreffende boekjaar.

Bij de invoering van DOT én het beheersmodel per 1 januari 2012 blijft onderhandenwerk gehandhaafd. Onderhandenwerk speelt een rol bij de afrekening van het omzetplafond en dus bij de bepaling van het resultaat in enig boekjaar. Dit wordt in figuur 4 geschetst.

De Nederlandse Zorgautoriteit wil de waardering van onderhandenwerk vastleggen op 50% van de tariefwaarde van de openstaande DBC / het openstaande DOT zorgproduct. Deze regel is al eerder toege-



Figuur 4. Onderhanden werk

past als landelijke afspraak bij de afwikkeling van de lumpsum 2007. De Orde van Medisch Specialisten informeert u zodra de Nederlandse Zorgautoriteit deze regel heeft vastgesteld.

### 3.5 BEKOSTIGING ZIEKENHUIZEN

► *Per 2012 wordt prestatiebekostiging voor de ziekenhuizen geïntroduceerd. Zorg wordt dan zoveel mogelijk bekostigd op basis van de geleverde prestaties. De zorg wordt geleverd op basis van productie-afspraken met de zorgverzekeraars. Op aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan de omzet worden begrensd. Er is in 2012 en 2013 nog wel een transitie-model van kracht, gerelateerd aan het functiegerichte budget.* ◀

De belangrijke wijzigingen voor ziekenhuizen per 2012 zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit uitgewerkt in een consultatiedocument van 25 mei 2011 'Invoering prestatiebekostiging medisch-specialistische zorg'.

De wijzigingen betreffen onder andere:

- Afschaffing van het functiegerichte budget per 2012 en prestatiebekostiging, ook

in het A-segment, met als vangnet een transitie-model.

- Vergroting van het vrije segment (voorheen B-segment) met vrij onderhandelbare prijs (kostendeel) en volume van zorg. Het voornemen is om per 2012 70% van de zorg te bekostigen in het vrije segment.
- Handhaving van een kleiner gereguleerd A-segment waarin wordt onderhandeld onder maximale tarieven (kostendeel). Voorbeelden zijn WBMV-zorg, IC en dure geneesmiddelen.
- Vorming van een vast segment. In het vaste segment wordt een aantal zorgvormen volledig bekostigd. Voorbeelden hiervan zijn de traumahelikopters en de donorteam. Andere vormen van zorg, zoals de Spoed Eisende Hulp, worden in principe via DOT zorgproducten bekostigd, maar kunnen eveneens in aanmerking komen voor een aanvullende bijdrage via het vaste segment.

Een transitie-model dempt de overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging alsmede de overgang van DBC systematiek naar DOT. Hiervoor wordt voor elke instelling de omzet uit prestatiebekostiging vergeleken met de omzet die zou zijn behaald als de instelling nog op basis van een budget zou zijn bekostigd, het

'schaduw FB'. Het verschil wordt bijgesteld (als de budgetbekostiging hoger was geweest) of moet worden afgedragen (als de budgetbekostiging lager was geweest). Het transitie-model geldt voor 2012 en 2013. Het transitiebedrag wordt in 2012 voor 95% verrekend, hetzelfde transitiebedrag wordt in 2013 nogmaals voor 70% verrekend (bron NZa).

► *Voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren is er onder het beheersmodel en met de invoering van DOT geen transitie-model in de vorm van een vangnet zoals voor de ziekenhuizen. De DOT tarieven zijn volledig bepalend voor de omzetten, uiteraard met de beperking van omzetplafonds.* ◀

In het maken van productieafspraken met de raad van bestuur kunnen tegengestelde belangen ontstaan. Bijvoorbeeld als de instelling een schaduw FB voor 2012 met bijbehorende productieafspraken wil afspreken met zorgverzekeraars wat leidt tot overschrijding van het omzetplafond voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Of andersom. De Orde van Medisch Specialisten adviseert nadrukkelijk om te zoeken naar het gezamenlijk belang van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en de raad van bestuur.

***“De Orde van Medisch Specialisten adviseert nadrukkelijk om te zoeken naar het gezamenlijk belang van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en de raad van bestuur.”***

### 3.6 MEDISCH SPECIALISTEN IN DIENSTVERBAND EN UNIVERSITAIR MEDISCH SPECIALISTEN

► *De invoering van het beheersmodel, de nieuwe bekostiging ziekenhuizen en de DOT systematiek heeft geen directe gevolgen voor de huidige arbeidsvoorwaarden. De arbeidsvoorwaarden van de medisch specialisten in dienstverband zijn vastgelegd in diverse CAO's. Uitgangspunt voor deze CAO's is de urensystematiek.* ◀

De medisch specialisten in dienstverband in algemene ziekenhuizen, categorale instellingen en revalidatie-instellingen, alsmede universitair medisch specialisten en de psychiaters werkzaam in loondienst in een GGZ-instelling vallen voor hun arbeidsvoorwaarden onder de CAO Ziekenhuizen, CAO Universitair Medische Centra en de CAO GGZ.

In de CAO Ziekenhuizen is de Arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten in dienstverband (AMS) vastgelegd. In de CAO UMC zijn de specifieke bepalingen voor de universitair medisch specialisten in een apart hoofdstuk (de honoreringsregeling) opgenomen. In de CAO GGZ zijn de specifieke regelingen voor psychiaters vastgelegd.

Uitgangspunt voor deze CAO's is de urensystematiek. Wel worden er jaarlijks productieafspraken gemaakt. Meer- of minderproductie door de medisch specialist in dienstverband (los van afspraken in het kader van gratificaties) leidt niet tot een hoger of lager salaris/inkomen. Aan medisch specialisten vallend onder de CAO Ziekenhuizen kan de raad van bestuur wel een gratificatie toekennen, indien er sprake is van het leveren van extra prestatie (bijvoorbeeld een hogere productie).

De invoering van het beheersmodel, de nieuwe bekostiging ziekenhuizen en de DOT systematiek hebben geen directe gevolgen voor de huidige arbeidsvoorwaarden. Wel vindt de Orde van Medisch Specialisten het van belang dat de medisch specialisten in dienstverband nauw betrokken zijn bij het strategisch beleid van de instelling, zoals de onderhandelingen met de zorgverzekeraar(s). Deze onderhandelingen kunnen grote gevolgen hebben voor de bedrijfsvoering van de instellingen en daarmee voor het werken van de medisch specialist in dienstverband. ◀





# 4

## Inrichting collectief

- Doel
- Tijdpad
- Rechtsvorm
- Geschillencommissie en arbitrage
- Goodwill
- MTO

## ***“Het collectief behartigt lokaal de belangen van de aangesloten medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in het kader van het beheersmodel. Het collectief maakt afspraken met de raad van bestuur.”***

### 4.1 DOEL

► ***Het collectief behartigt lokaal de belangen van de aangesloten medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in het kader van het beheersmodel. Het collectief maakt afspraken met de raad van bestuur.*** ◀

In het onderhandelingsresultaat is overeengekomen dat lokaal een collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren wordt gevormd.

De Nederlandse Zorgautoriteit kan deelname aan een collectief niet verplicht stellen op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg. De Nederlandse Zorgautoriteit legt wel in een beleidsregel vast dat zonder deelname aan het collectief en afspraken over de verdeling van het omzetplafond met de raad van bestuur het niet langer mogelijk zal zijn, te declareren ‘via’ de instelling. Betreffende medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren declareren dan ‘aan’ de instelling. Gezien hetgeen al eerder opgemerkt kan dan onzekerheid ontstaan over de fiscale status van betreffende medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

Collectief en raad van bestuur sluiten een overeenkomst met daarin de afspraken over de verdeling van het door de NZa vastgestelde omzetplafond in een vast en variabel deel en over het verdeelmodel binnen het collectief. Vervolgens dient de raad van bestuur van de instelling gezamenlijk met het collectief een aanvraag in bij de Nederlandse Zorgautoriteit waarin het gedeelte van het omzetplafond is vastgesteld dat voor declaratie ‘via’ de instelling in aanmerking komt. Een deel van het omzetplafond kan worden afgesplitst voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die

geen onderdeel (willen) uitmaken van het collectief en daarmee ‘aan’ de instelling zullen declareren.

Op basis van deze aanvraag verleent Nederlandse Zorgautoriteit de betreffende specialisten toestemming om ‘via’ te declareren. Het collectief van medisch specialisten wordt dan verantwoordelijk voor (het gedeelte van) het omzetplafond en de terugbetaling aan het Zorgverzekeringsfonds bij eventuele overschrijding van het omzetplafond.

De instelling ontvangt de betalingen voor de honoraria van deze medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en draagt deze omzet (voor zover door deelnemers van het collectief gedeclareerd) over aan het collectief.

Het collectief behartigt dus de (financiële) belangen van de deelnemende maatschappen / individuele medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren door:

- afspraken te maken over het verdeelmodel;
- afspraken te maken over het variabel deel;
- afspraken te maken over productie;
- afspraken te maken over bevoorschotting;
- productie en declaraties te monitoren;
- het omzetplafond af te rekenen, te verdelen en hierover verantwoording af te leggen;
- deel te nemen aan onderhandelingen met zorgverzekeraars;
- aanspreekpunt te zijn voor de raad van bestuur.

De Orde van Medisch Specialisten adviseert om bij de inrichting van het collectief een duidelijke taakverdeling vast te leggen tussen het collectief en de Vereniging Me-

dische Staf. De Vereniging Medische Staf houdt zich met name bezig met de medische inhoud en het medisch beleidsplan. Het collectief richt zich op de financiële belangen van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

### 4.2 TIJDPAD

Het collectief moet in de aanloop naar 2012 verschillende keuzes en afspraken maken. Figuur 5 schetst de te maken keuzes en afspraken in hun onderlinge afhankelijkheid.

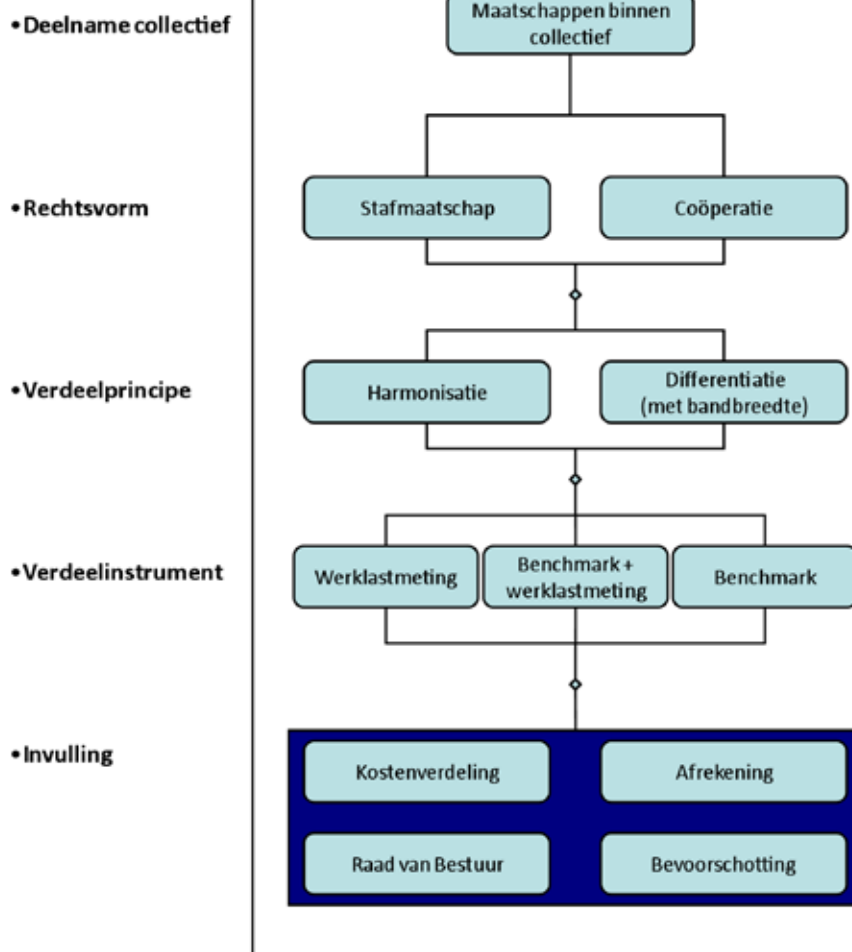
► ***Het tijdspad in 2011 om het komen tot een collectief, interne afspraken en afspraken met de raad van bestuur is strak.*** ◀

De tijdslijn is in figuur 6 weergegeven.

Er zal – los van inhoud – veel aandacht moeten zijn voor het proces dat moet worden doorlopen voor vorming van een collectief en het maken van afspraken. Veel collectieven zijn hiermee inmiddels actief aan de slag. In enkele instellingen ontbreekt nog een sterk en coherent collectief en is bij dit proces hulp nodig. De Orde van Medisch Specialisten formeert een deskundigenpool die bij dit proces ondersteuning kan bieden. Informatie hierover plaatst de Orde van Medisch Specialisten op [www.orde.nl](http://www.orde.nl).

### 4.3 RECHTSVORM

► ***In veel instellingen hebben de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren zich al verenigd in een collectief. In sommige instellingen moet de vorming van een collectief nog plaatsvinden. In beide gevallen adviseert de Orde van Medisch***



Figuur 5 Keuzes en afspraken collectief



Figuur 6. Tijdpad collectief

*Specialisten om de meest geschikte rechtsvorm te onderzoeken in samenwerking met een juridisch adviseur of notaris. ◀*

Deze paragraaf biedt een generieke basis om de voor u meest geschikte rechtsvorm te kiezen en in te richten. De Orde van Medisch Specialisten is er daarbij vanuit gegaan dat de huidige specialismemaatschappen in stand blijven en zich aansluiten bij het collectief met behoud van hun eigen maatschap.

#### 4.3.1 Overwegingen

Er zijn veel overwegingen in het maken van een keuze voor rechtsvorm. Fiscaal gezien moet natuurlijk worden overwogen wat de fiscale status van het collectief is en wat hierin een gunstige keuze is. Naar de mening van de Orde van Medisch Specialisten is de belangrijkste overweging welke invloed de rechtsvorm zou kunnen hebben op het fiscaal ondernemerschap van de aangesloten maatschappen of individuele medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Ondanks het feit dat het fiscaal ondernemerschap vanuit het onderhandelingsresultaat in principe is geborgd als wordt voldaan aan de voorwaarden (vorming collectief met bijbehorende afspraken) kan een verkeerde keuze ertoe leiden dat het fiscaal ondernemerschap ter discussie wordt gesteld. Reden om ook de rechtsvorm te beschouwen in het licht van het fiscaal ondernemerschap is dat de rechtsvorm in zichzelf geen enkele twijfel mag opwerpen ten aanzien van het fiscaal ondernemerschap.

Civielrechtelijke aspecten bij de keuze van een rechtsvorm zijn met name de besluitvaardigheid en de bindendheid van afspraken, de wijze van oprichting en de wijze van toe- en uittreding. Deze aspecten zijn met name van belang gezien het strakke tijdsplan dat bestaat voor het oprichten van het collectief en het maken van interne afspraken en afspraken met de raad van bestuur. Een ander civielrechtelijk punt is de verdeling van aansprakelijkheid onder de deelnemers aan het collectief.

► *De Orde van Medisch Specialisten heeft in haar beoordeling van mogelijke rechtsvormen deskundig advies ingewonnen op fiscaal en civielrechtelijk vlak. Een uitgebreide analyse heeft geleid tot*

*de conclusie dat de ideale rechtsvorm voor een collectief niet bestaat. En dat er een spanning kan bestaan tussen enerzijds de fiscale aspecten en anderzijds de civielrechtelijke aspecten. Uiteindelijk moet lokaal de afweging worden gemaakt welke aspecten de doorslag geven in de keuze voor een rechtsvorm. ◀*

#### 4.3.2 Stafmaatschap en coöperatie

Na een analyse van rechtsvormen zijn de stafmaatschap en coöperatieve vereniging door de OMS beoordeeld als meest in aanmerking komende rechtsvormen. Dit betekent dat een aantal rechtsvormen is afgevalen. Volledigheidshalve merkt de Orde van Medisch Specialisten op dat deze afgevalen rechtsvormen lokaal nog steeds geschikt kunnen zijn.

De volgende rechtsvormen heeft de Orde van Medisch Specialisten niet beoordeeld als mogelijke rechtsvormen omdat deze generiek genomen niet geschikt lijken als basis voor het collectief (dat een andere functie heeft dan bijvoorbeeld een praktijk-BV van een of meer medisch specialisten).

#### Stichting

Een stichting komt minder in aanmerking, omdat een stichting geen leden kent, hooguit deelnemers of aangeslotenen. De positie van die deelnemers is niet te vergelijken met die van maten in een (staf) maatschap of leden van een coöperatieve vereniging. De deelnemers hebben veel minder invloed op het beleid van de stichting. Daarnaast mag een stichting niet tot doel hebben het doen van uitkeringen aan haar bestuur of deelnemers. Een stichting is in beginsel niet vennootschapsbelastingplichtig. Dat is zij echter wel indien en voor zover zij een onderneming drijft.

#### N.V.

Het is civielrechtelijk goed denkbaar dat een naamloze vennootschap met als aandeelhouders de individuele medisch specialisten als "clearing house" fungeert voor het 'via' declareren. Als mogelijk nadeel kan worden genoemd dat het uitgangspunt bij een N.V. is het maken van winst, (terwijl dat niet de bedoeling is van het collectief) en dat de N.V. altijd vennootschapsbelastingplichtig is.

#### B.V.

Ook de B.V. heeft als groot nadeel dat zij altijd vennootschapsbelastingplichtig is en zij in wezen gericht is op het maken van winst ter uitkering van de aandeelhouders. Dat is niet het doel van het collectief. Dat is immers bedoeld om als overlegorgaan te dienen om afspraken te maken met de raad van bestuur.

#### VOF

Onder de huidige wettelijke regeling is een nadeel van een VOF, dat een VOF per definitie tot doel heeft het voeren van een bedrijf. Daarnaast is de hoofdelijke aansprakelijkheid van de vennoten een nadeel.

#### Coöperatie

De coöperatieve is een rechtspersoon en kan daardoor zelfstandig als drager van rechten en plichten functioneren in het rechtsverkeer. De coöperatie kent een bestuur, leden (verenigd in de Algemene Ledenvergadering) en facultatief een raad van commissarissen en directie.

Door hun lidmaatschap zijn de leden van de coöperatie gebonden aan de besluiten die door de ALV worden genomen; het is dus niet mogelijk dat een lid zich daaraan te onttrekt. Het lid worden of het lidmaatschap opzeggen is bij de coöperatie niet ingewikkeld.

De coöperatie is een in de wet neergelegde figuur en daardoor liggen veel regels vast. Als gevolg daarvan kan voor situaties waarin de statuten niet voorzien, worden teruggevallen op de wet. Overigens blijft het opstellen van statuten voor de coöperatie maatwerk.

Er kan worden gekozen voor uitsluiting van aansprakelijkheid, zodat leden in geval van faillissement of ontbinding van de coöperatie niet hoeven bijdragen in tekorten van coöperatie.

De coöperatie is een vrij strakke rechtsvorm. Als de statuten eenmaal vastgesteld zijn, is het niet eenvoudig om wijzigingen door te voeren. De coöperatie moet worden opgericht bij notariële akte en inschrijving in het handelsregister is verplicht. Het opstellen van goede statuten en met name het overzien van de gevolgen van bepaalde keuzes in die statuten zal niet steeds eenvoudig zijn.

## Vergelijking stafmaatschap en coöperatie

	Stafmaatschap	Coöperatie
<b>Continuïteit fiscaal ondernemerschap</b>	<b>++</b> Fiscale transparantie, geen economisch belang	<b>+/-</b> Fiscaal niet transparant, mogelijk economisch belang
<b>Beperking / uitsluiting aansprakelijkheid</b>	<b>+/-</b> Aansprakelijkheid maten/praktijkmaatschappen naar evenredigheid	<b>+</b> Aansprakelijkheid te beperken of uit te sluiten
<b>Optimale besluitvaardigheid</b>	<b>+/-</b> Besluitvormingsprocessen moeten in de overeenkomst worden beschreven	<b>+</b> Besluitvormingsprocessen zijn grotendeels wettelijk beschreven
<b>'Eenvoud' oprichting, toe- &amp; uittreding</b>	<b>+/-</b> Onderhandse overeenkomst Weinig wettelijk kader, dus statuten en contracten 'dichttimmeren'	<b>+/-</b> Notariële akte en inschrijving KVK Uitgebreid wettelijk kader en dwingend recht

Tabel 1. Vergelijking stafmaatschap en coöperatie

Een nadeel van de coöperatie – die vennootschapsbelastingplichtig is - ligt op fiscaal terrein. In de eerste plaats is denkbaar dat een deel van het economische belang blijft 'hangen' bij de coöperatie. In dit verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de situatie waarin het debiteurenrisico in feite wordt gedragen door de coöperatie of waarin gedeelte van de honorarium-opbrengst gedurende kortere of langere tijd wordt 'geparkeerd' bij de coöperatie. Bijvoorbeeld voor het oplossen van knelpunten binnen het collectief.

Het feit dat een deel van het economische belang bij een rechtspersoon terecht komt die een eigen vennootschapsrechtelijk en fiscaal leven leidt, kan voor de fiscus mogelijk aanleiding zijn om het fiscaal ondernemerschap van de betrokken specialisten ter discussie te stellen.

De uitkomst van een dergelijke discussie is sterk afhankelijk van de feiten en omstandigheden van het geval en bovendien onzeker. Het argument dat het economische belang dat in de coöperatie is blijven 'hangen' uiteindelijk via de (groter of kleinere) winstuitkeringen van de coöperatie bij de leden terecht zal komen kan hierbij geen rol spelen omdat een indirecte gerechtigdheid niet voldoende is voor het fiscaal ondernemerschap.

In de tweede plaats is een risico van een coöperatie dat partiële dubbele belastingheffing (welke in casu overigens veelal van beperkte omvang zal zijn) kan ontstaan. Dit is het geval als de coöperatie winst behaalt en een deel van de leden geen natuurlijk persoon, maar rechtspersoon is. De verlengstukwinst die aan leden/natuurlijke personen wordt uitgekeerd is namelijk onder bepaalde voorwaarden aftrekbaar bij de coöperatie, maar dit geldt niet voor de verlengstukwinst die wordt uitgekeerd aan leden/rechtspersonen.

### Stafmaatschap

De (staf)maatschap is onder het huidige recht geen rechtspersoon en is daardoor geen zelfstandige drager van rechten en plichten maar kan wel zelfstandig functioneren in het rechtsverkeer. De maten zijn in feite de dragers van de rechten en plichten die in maatschapsverband zijn verworven resp. aangegaan.

De maatschap kent geen wettelijk voorgeschreven organen. Wel zal er op grond van de maatschapsovereenkomst (veelal) een bestuur zijn en een vergadering van maten. De inrichting van de vergadering van de maten is meestal vergelijkbaar met de algemene ledenvergadering van een coöperatie.

Besluiten van de stafmaatschap die zijn genomen in overeenstemming met de maatschapsovereenkomst zijn bindend voor de maatschapsleden.

De wettelijke regeling van de stafmaatschap is summier. Dat betekent dat deze overeenkomst vrij gedetailleerd moet zijn. Zo moet de inrichting geregeld worden (matenvergadering, maatschapsbestuur), de toetreding en de uittreding. Ook moeten de bevoegdheden van de matenvergadering en van het stafmaatschapsbestuur, de besluitvormingsprocessen en de vertegenwoordiging worden beschreven.

De aansprakelijkheid maten/praktijkmaatschappen binnen de stafmaatschap is onder het huidige recht naar evenredigheid van aandeel.

De stafmaatschap is een 'vrije' rechtsvorm. De stafmaatschap kan worden opgericht middels een onderhandse vrij in te richten overeenkomst. Voor de heffing van (inkosten- en/of vennootschaps-)belasting is de stafmaatschap transparant. Dat wil zeggen dat zij niet belastingplichtig is, maar dat haar bezittingen en schulden, baten en lasten worden toegerekend aan de maten en bij de maten in de heffing van belasting worden betrokken.

Het gehele economische belang bij de praktijkuitoefening dat bij een maatschap berust wordt dus toegerekend aan de maten.

### Vergelijking

In beginsel kunnen zowel de maatschap (en haar opvolgers) als de coöperatie dienen als rechtsvorm voor het op te richten collectief.

Tabel 1 geeft een beknopte vergelijking van de stafmaatschap en de coöperatie op basis van de criteria: continuïteit fiscaal ondernemerschap, beperking of uitsluiting aansprakelijkheid, optimale besluitvaardigheid, 'eenvoud' oprichting, toe- en uittreding. Met plussen en minnen is de 'score' van elke rechtsvorm op deze punten weergegeven.

► *Bij afweging van de voor- en nadelen die aan de beide rechtsvormen zijn verbonden laat de Orde van Medisch Specialisten de fiscale aspecten het zwaarste wegen zodat in haar visie de stafmaatschap de voorkeur verdient.* ◀

Bij de stafmaatschap bestaat door de fiscale transparantie namelijk niet het risico dat (bewust of onbewust) een deel van het economische belang blijft 'hangen' bij het collectief. Met als mogelijk gevolg dat het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren door de fiscus ter discussie wordt gesteld.

Aan het nadeel van de stafmaatschap op het gebied van de aansprakelijkheid lijkt niet al te veel betekenis toe te komen gezien de beperkte omvang van de risico's binnen het collectief.

Indien wordt gekozen voor de stafmaatschap meent de OMS dat het verstandig is om te kiezen voor de variant waarbij de specialismemaatschappen (en niet de individuele medisch specialisten) als lid/maat van het collectief fungeren. Hierdoor wordt een overzichtelijke, continue en efficiënte besluitvorming bevorderd. Om tot een evenwichtige behartiging van de belangen van de betrokken medisch specialisten te komen, is het wenselijk om aan de stem die elke specialisme maatschap tijdens de maatschapsvergadering van het collectief kan uitbrengen een gewicht toe te kennen waarin het aantal specialisten dat in de

desbetreffende specialismemaatschap participeert, wordt weerspiegeld.

Indien ervoor wordt gekozen om het collectief de rechtsvorm van een coöperatie te geven, verdient het aanbeveling om met de fiscus af te stemmen dat de voorgenomen vormgeving van de coöperatie en van de betrekkingen tussen coöperatie en instelling en tussen coöperatie en (de specialismemaatschappen van de) medisch specialisten er niet toe leiden dat het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialisten in gevaar komt; en te bepalen in hoeverre de vermelde dubbele belastingheffing zich naar verwachting zal voordoen.

### 4.3.3 Wet Personenvennootschap

Mogelijk treedt in 2012 de nieuwe Wet Personenvennootschap in werking. Het voorstel ligt nu bij de Eerste Kamer. De wet heeft geen gevolgen voor coöperaties. De wet heeft wel gevolgen voor maatschappen (specialismemaatschappen en stafmaatschappen).

► *Bestaande maatschappen worden bij invoering van de Wet Personenvennootschap automatisch omgezet in een openbare vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid. De fiscale transparantie blijft gehandhaafd. De aansprakelijkheid verandert in het geval van een openbare vennootschap wel.* ◀

Onder de nieuwe Wet Personenvennootschap worden alle vennoten in een openbare vennootschap hoofdelijk aansprakelijk voor het geheel. Aansprakelijkheid is dan niet langer naar evenredigheid van aandeel zoals in de huidige maatschapsvorm. Daarbij is het van belang te weten dat de hoofdelijke aansprakelijkheid alleen de schulden of aansprakelijkheid van het collectief en haar taken betreft en niet de schulden of aansprakelijkheid van de aangesloten vennootschappen.

In bijlage 1 staat een uitgebreid (theoretisch) voorbeeld aangaande de reikwijdte van aansprakelijkheid in het geval een personenvennootschap. En wordt ingegaan op de mogelijkheid van een stille vennootschap. In deze vorm zijn de maten ten opzichte van derden voor gelijke delen aansprakelijk, tenzij met de derde op een andere manier is gecontracteerd.

► *Eveneens vereist het nieuwe personenvennootschapsrecht een unanieme beslissing van de bestaande leden inzake de toetreding van nieuwe leden.* ◀

Dit brengt mee dat een stafmaatschap waarvan individuele specialisten de leden zijn, bij iedere nieuwe toetreding een afbreukrisico kent. Dit is onder het nieuwe personenvennootschapsrecht een (civielrechtelijk) nadeel van deze rechtsvorm. Ook om deze redenen kan een stafmaatschap waarvan niet de individuele leden maar de specialismemaatschappen de leden/maten zijn de voorkeur verdienen. Bij de oprichting van het collectief kan iedere specialismemaatschap beslissen of ze wil toetreden of niet.

► *Het is onder de nieuwe wet mogelijk te kiezen voor een openbare vennootschap met rechtspersoonlijkheid. De vennootschap kan dan zelf eigenaar worden van goederen (zoals een bedrijfspand) en zelf contracten afsluiten.* ◀

Er is een groot verschil tussen een openbare vennootschap met rechtspersoonlijkheid en een openbare vennootschap die geen rechtspersoonlijkheid heeft. Bij een openbare vennootschap zonder rechtspersoonlijkheid ontstaat er tussen de vennoten een vennootschappelijke gemeenschap, waarin ieder voor een onverdeeld aandeel gerechtigd is. Als er sprake is van een openbare vennootschap met rechtspersoonlijkheid, behoren de goederen van de openbare vennootschap toe aan de rechtspersoon. Om rechtspersoonlijkheid te krijgen moet de vennootschapsakte in een notariële akte worden opgenomen met vermelding van de goederen die tot de vennootschappelijke gemeenschap behoren.

### 4.3.4 Modelovereenkomst stafmaatschap

De Orde van Medisch Specialisten presenteert zo spoedig mogelijk een modelovereenkomst stafmaatschap via [www.orde.nl](http://www.orde.nl). In dit model wordt voor zover mogelijk rekening gehouden met de nieuwe Wet Personenvennootschap. De modelovereenkomst stafmaatschap kan lokaal worden overgenomen, aangevuld en eventueel aangepast.

De Orde van Medisch Specialisten komt later dit jaar met een volledig nieuwe mo-



delovereenkomstpersonenvennootschap (in de verschillende vormen).

#### 4.4 GESCHILLENCOMMISSIE EN ARBITRAGE

► *Op diverse niveaus worden lokaal afspraken gemaakt. In het maken of nakomen van afspraken kunnen geschillen ontstaan. Om die reden is een werkbare geschillenregeling per niveau noodzakelijk.* ◀

Voor interne geschillen binnen het collectief kan in de overeenkomst van het collectief een geschillenregeling worden opgenomen. Deze kan inhouden dat eerst commissie van goede diensten wordt ingeschakeld, en als dat niet helpt, bindend adviseurs of arbiters. De nieuwe modelovereenkomst stafmaatschap zal een voorbeeld bevatten.

Voor externe geschillen tussen het collectief en de raad van bestuur kan eveneens een geschillenregeling in de vorm van bindend advies of arbitrage worden overeengekomen. Dat zal moeten gebeuren in een overeenkomst tussen het collectief en de raad van bestuur. Ook daarvan zal de Orde van Medisch Specialisten een voorbeeld concipiëren.

De meeste toelatingsovereenkomsten bevatten een arbitrageclausule waarin het Scheidsgerecht gezondheidszorg wordt aangewezen als geschillenbeslechter. De toelatingsovereenkomst heeft betrekking op de individuele rechtsbetrekking tussen ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialist.

Geschillen binnen het collectief of tussen het collectief en de raad van bestuur kunnen betrekking hebben op het maken dan wel nakomen van: afspraken over de verdeling van het vaste en variabel deel van het door de Nederlandse Zorgautoriteit toegekende omzetplafond, over productievolume, het verdeelmodel en door te berekenen kosten.

Indien geen andere vorm van geschillenbeslechting is of wordt overeengekomen, is de burgerlijke rechter bevoegd. Naar de mening van de Orde van Medisch Specialisten is het verstandig een snelle geschillenbeslechting door bindend adviseurs of arbiters met materiedeskundigheid overeen te komen.

#### 4.5 GOODWILL

► *Het fiscaal ondernemerschap van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren blijft onder het beheersmodel behouden wanneer wordt voldaan aan de voorwaarden. Hiermee blijft goodwillbetaling bij toetreding mogelijk.* ◀

Het onderwerp goodwill is onderdeel van de specialismemaatschap en de toelatingsovereenkomst. Verevening van goodwill bij toetreding tot een collectief is dan ook niet aan de orde, tenzij de praktijken integraal worden ingebracht in het collectief.

De hoogte van goodwill is afhankelijk van de te verwachten omzet voor curatief werk binnen de maatschap. Deze wordt enerzijds gebaseerd op gerealiseerde (productie-)resultaten uit het verleden, maar zal tevens gelijke tred houden met het redelijkerwijs te verwachten omzetniveau. Zo wordt bij de bepaling van goodwill veelal rekening gehouden met door de Nederlandse Zorgautoriteit opgelegde kortingsmaatregelen.

Als omzetplafonds bekend zijn en afspraken zijn gemaakt binnen het collectief over de verdeling van omzet onder de maatschappen, kan dit van invloed zijn op de hoogte van de goodwill. Als het collectief kiest voor volledige harmonisatie van omzet als verdeelmodel, dan leidt dit waarschijnlijk ook tot harmonisatie van de goodwill.

Daar waar binnen specialismemaatschappen geconstateerd wordt dat recente toetreders geconfronteerd worden met

een onevenredig grote discrepantie tussen omzetverwachtingen en betaalde goodwill, lijkt het redelijk binnen de specialismemaatschap te komen tot een compensatie.

#### 4.6 MODEL TOELATINGSOVEREENKOMST

► *Naar aanleiding van het onderhandelingsresultaat tussen Volkgezondheid, Welzijn en Sport, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Orde van Medisch Specialisten wordt de Model Toelatingsovereenkomst (MTO) aangepast.* ◀

De wijzigingen ten opzichte van de huidige Toelatingsovereenkomst betreffen onder andere de verdeling van het omzetplafond door het collectief, de afspraken hierover met de raad van bestuur, de vaststelling van een vast en variabel deel, de wijze van declareren ('via' of 'aan') en het maken van productieafspraken. Ook is een informatieparagraaf toegevoegd.

Over de Model Toelatingsovereenkomst vindt op dit moment (juni 2011) overleg plaats met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Zodra overeenstemming is bereikt, zal de Orde van Medisch Specialisten het conceptmodel voorleggen aan haar leden. Het model wordt ook nog voorgelegd aan het ministerie van Financiën.

Zodra de nieuwe Model Toelatingsovereenkomst beschikbaar is, stelt de Orde van Medisch Specialisten dit model met een toelichting beschikbaar via [www.orde.nl](http://www.orde.nl). ◀

***“Na een analyse van rechtsvormen zijn de stafmaatschap en coöperatieve vereniging door de Orde beoordeeld als meest in aanmerking komende rechtsvormen.”***

# Afspraken met raad van bestuur

- Verdeling omzetplafond
- Afspraken over verdeling van kosten
- Productieafspraken en monitoring
- Bevoorschotting



***“Het collectief en raad van bestuur spreken af welk deel van de ontvangen omzet zonder aanvullende voorwaarden aan het collectief toekomt en welke deel onder aanvullende voorwaarden aan het collectief en/of maatschap wordt uitbetaald.”***

## 5.1 VERDELING OMZETPLAFOND

► ***Het collectief en raad van bestuur spreken af welk deel van de ontvangen omzet zonder aanvullende voorwaarden aan het collectief toekomt en welke deel onder aanvullende voorwaarden aan het collectief en/of maatschap wordt uitbetaald.*** ◀

Er moeten afspraken zijn tussen het collectief en de raad van bestuur over de verdeling van het honorariumbudget over vast en een variabel deel. Deze afspraken zijn een voorwaarde om te kunnen declareren via het ziekenhuis. Het ‘via’ declareren is, zoals eerder vermeld, een pijler van het fiscaal ondernemerschap. Zonder deze afspraken wordt teruggevallen op het ‘aan’ declareren.

De werking van het vaste en het variabele deel is als volgt:

Het collectief en de raad van bestuur maken bindende productieafspraken. Deze betreffen zowel het vaste als het variabele deel. Zie ook paragraaf 5.3.

Collectief en raad van bestuur bepalen vervolgens welk deel van de omzet zonder aanvullende voorwaarden aan het collectief toekomt: het vaste deel. Het collectief verdeelt deze omzet op basis van een met de raad van bestuur afgesproken verdeelmodel dat moet leiden tot gelijke beloning bij gelijke werkbelasting en productiviteit.

Zie paragraaf 6.1 en verder.

Collectief en/of deelnemende maatschappen en raad van bestuur maken daarnaast ook afspraken over de aanvullende voorwaarden waaronder het resterende deel van de omzet aan het collectief toekomt: het variabel deel. Het collectief verdeelt ook dit deel van de omzet op basis van de gemaakte afspraken (zie figuur 7).

Om recht te doen aan lokale verschillen geldt er een bandbreedte van 15% tot 25% voor het variabel deel. Als collectief en raad van bestuur geen afspraken (kunnen) maken over de verdeling geldt een variabel deel van 20%. Dit deel van de omzet wordt op een geblokkeerde rekening van het collectief gestort totdat raad van bestuur en collectief afspraken hebben gemaakt over de aanvullende voorwaarden waaronder dit omzetdeel aan het collectief toekomt.

In het onderhandelingsresultaat is benoemd dat het variabele deel betrekking kan hebben op prestaties die een collectief en / of de deelnemende maatschap levert ten opzichte van afspraken over speerpunten, praktijkkosten, kwaliteit, vermijden van niet-noodzakelijke zorg, terugdringen van praktijkvariatie, veiligheid, meer- en minderproductie, innovatie, opleidingsactiviteiten en medisch leiderschap.

Deze algemene bepaling uit het onderhandelingsresultaat moet lokaal worden

uitgewerkt. Hierbij kan gedacht worden aan activiteiten op gebied van kwaliteitsborging en kwaliteitsverhoging van de medisch-specialistische zorg in de instelling en andere activiteiten die in het belang van de patiënten, dan wel de instelling en/of de daarin werkzame medisch specialisten nuttig kunnen worden geacht.

In het Kwaliteitskader Medisch Specialisten staat omschreven aan welke werkzaamheden hierbij gedacht moet worden (Kwaliteitskader Medisch Specialisten, blz. 22). In het Kwaliteitskader Medisch Specialisten staat ook omschreven dat medisch specialisten periodiek en systematisch verantwoording afleggen over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg op de wijze zoals is vastgelegd tussen het stafbestuur en de raad van bestuur. Gesuggereerd wordt om dit te doen via een hiertoe tussen raad van bestuur en stafbestuur overeengekomen vast informatieprotocol (Kwaliteitskader Medisch Specialisten, blz. 15).

► ***Het variabele deel creëert dus extra voorwaarden voor het collectief en/of deelnemende maatschappen om ‘via’ de instelling gedeclareerde en ontvangen omzet te kunnen ontvangen. Het variabele deel wordt niet gebruikt ter dekking van kosten van de instelling.*** ◀



Figuur 7. Variabel deel omzet(plafond)

Voor het (deels) niet uitgekeerd variabel honorariumbudget wordt in overleg tussen het bestuur en het collectief gezamenlijk een (honorarium)bestemming vastgesteld.

## 5.2 AFSPRAKEN OVER (VERDELING VAN) KOSTEN

► **Medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren dragen van oudsher kosten die ook samenhangen met het fiscaal ondernemerschap. Naast het risico op uitstaande vorderingen (debiteurenrisico) en het declaratierecht (declareren 'via' de instelling) is het hebben van een aantal kostenposten in fiscaal opzicht van vitaal belang.** ◀

Het betreft:

- inningskosten;
- hoogte van de premie beroepsaansprakelijkheid;
- eigen personeelskosten.

Over deze kostenposten zullen enerzijds binnen het collectief afspraken moeten worden gemaakt en anderzijds zullen afspraken met de raad van bestuur moeten worden gemaakt over de door te berekenen kosten. Het volledig overnemen van de kosten van de medisch specialist door de instelling ontraadt de Orde van Medisch Specialist met het oog op het behoud van het vrij beroep in fiscale zin. Als partijen lopende afspraken hebben over doorberekening van kosten kunnen deze afspraken worden gerespecteerd.

### Inningskosten

Voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren (verenigd in het een collectief) geldt dat declaraties van de honorariumcomponent in de DOT tarieven via de instelling worden ingediend en dat hierop debiteurenbeheer plaatsvindt. De doorberekening van inningskosten die de instelling maakt ten behoeve van het 'via' declareren is een onderhandelingspunt.

Lokaal moeten de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren (verenigd in het collectief) onderhandelen met de raad van bestuur over de hoogte van hun bijdrage in de inningskosten. Hierbij geldt dat eventuele huidige afspraken hieromtrent met de instelling in stand kunnen worden gehouden voor de duur van de overeenkomst.

### Premie beroepsaansprakelijkheid

Voor medisch specialisten die in een instelling werkzaam zijn, geldt dat het ziekenhuis een collectieve aansprakelijkheidsverzekering<sup>1</sup> heeft afgesloten – de zogenaamde intramurale WA-verzekering (paraplupolis) – die mede dekking geeft voor de eventuele schade die de medisch specialist veroorzaakt bij de uitoefening van zijn/haar werkzaamheden binnen de muren van het instelling.

De premieverdeling bij de verzekering tegen medische aansprakelijkheid tussen instelling en medisch specialist is een onderhandelingspunt. Lokaal moeten de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren (verenigd in het collectief) onderhandelen met de raad van bestuur over de hoogte van hun bijdrage aan de WA-premie. Hierbij geldt dat eventuele huidige afspraken hieromtrent met de instelling in stand kunnen worden gehouden voor de duur van de overeenkomst.

### Personeelskosten: kosten voor het secretariaat

Op basis van het Normenrapport Poliklinieken zijn de kosten samenhangend met poliklinische verslaglegging<sup>2</sup> en archivering voor rekening van de instelling. In het kader van klinische verslaglegging zijn de kosten van oudsher voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. De kosten voor verslaggeving<sup>3</sup> komen ten laste van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren.

► **De Orde van Medisch Specialisten constateert op basis van gesprekken met verschillende collectieven dat er een toenemend draagvlak ontstaat om de verschillen in administratieve ondersteuning tussen poortspecialismen en ondersteunende specialismen en daaruit voortvloeiende lasten evenredig te dragen binnen het collectief.** ◀

Indien hieraan lokaal uitvoering wordt gegeven, kan gebruik worden gemaakt van het volgende model. Allereerst moet per maatschap aan de hand van ratio's worden bepaald hoeveel norm-fte secretariaat zij vergoed krijgt. De maatschap kan vervolgens zelf beslissen of zij met meer/minder secretariaat wil werken. Een inzet van secretariaat boven de norm komt daarmee ten laste van de honorariumomzet van de individuele maatschap.

Binnen het model kunnen de normatieve administratieve lasten door de leden van het collectief gedeeld worden aan de hand van de volgende indicatieve maximale ratio's:

- tussen de 0,3 en 0,5 fte secretariële ondersteuning per fte poortspecialist;
- tussen de 0 en 0,2 fte secretariële ondersteuning per fte ondersteunend specialist.

1. Het afsluiten door het ziekenhuis van een dergelijke collectieve verzekering vloeit voort uit de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Hierin is – kort samengevat – bepaald dat het ziekenhuis mede aansprakelijk is voor tekortkomingen veroorzaakt door degenen die in het ziekenhuis werkzaam zijn. Dit houdt dus in dat het ziekenhuis ook voor fouten van een medisch specialist aansprakelijk kan worden gesteld, ongeacht of deze in het ziekenhuis werkzaam is in dienstverband of als vrij beroepsbeoefenaar. Dit wordt de 'centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis' genoemd.

2. Onder verslaglegging vallen de administratieve werkzaamheden die verband houden met het in stand houden van medische dossiers van poliklinische patiënten. Dit omvat het verzamelen en noteren van onderzoeks- en behandelgegevens (inclusief de bevindingen bij operatie) in deze dossiers en voor het dagelijks gebruik/opslaan ervan.

3. Onder medische verslaggeving wordt verstaan; alle administratieve werkzaamheden die verband houden met berichtgeving over de medische toestand en behandeling van poliklinische patiënten aan de hen (mede)behandelende artsen.

**“Doel van de productieafspraken is om - uitgaande van het omzetplafond en de productie 2011 – het volume van de productie van het collectief zodanig af te spreken dat het omzetplafond niet wordt overschreden.”**

► *Voor personeelskosten wijst de Orde van Medisch Specialisten op de mogelijkheid van het in dienst nemen van personeel op basis van ‘kosten voor gemene rekening’, waarbij enerzijds het ziekenhuis en anderzijds het collectief/de stafmaatschap als werkgever optreedt. Dit om onnodige BTW-heffing en afdracht over de doorbelaste salariskosten te voorkomen.* ◀

#### **Personeelskosten: AIOS**

De AIOS worden vanaf 2006 bekostigd via het opleidingsfonds. Het macrokader medisch specialisten is hiervoor geschoond. De medisch specialisten behoeven derhalve geen financiële bijdrage te leveren aan de salarislasten van de medisch specialisten. Hierbij wordt uitgegaan van de zogenaamde nul-hypothese, oftewel de baten en de lasten van de AIOS vallen tegen elkaar weg. Onderzoeken die hier in het verleden naar zijn gedaan, ondersteunen dit. Binnen de benchmark per categorie ziekenhuis zal zich dit tevens uitmidde-len. Onder deze hypothese worden AIOS als productie en omzetneutraal verondersteld.

#### **Personeelskosten: ANIOS**

De mogelijkheden om ANIOS in te zetten zijn en blijven hetzelfde. ANIOS dragen enerzijds bij aan de productie. Anderzijds zijn ANIOS noodzakelijk in verband met het behoud van de opleiding en in verband met de continuïteit van de patiëntenzorg (wacht-assistent). Aangezien de kosten van de wachtassistent(en) historisch opgenomen zijn in de bekostiging van het

ziekenhuis (gebaseerd op 1e wachtassis-tent bij 150 bedden en daarna per 100 bedden 1 erbij, op basis van historisch erkende bedden) is het reëel dat een belangrijk deel van de kosten van de ANIOS wordt betaald door de instelling.

#### **Personeelskosten: NP's / PA's en ander medisch hulppersoneel**

De kosten voor nurse practitioners (NP's) en physician assistants (PA's) en ander medisch hulppersoneel komen voor rekening van het ziekenhuis.

#### **Vacatiegelden voor opleiding- of managementtaken**

Medisch specialisten vrij beroepsbeoefena-ren (verenigd in het een collectief) kunnen een deel van hun tijd besteden aan oplei-ding- of managementtaken ten behoeve van de instelling en/of het collectief.

Lokaal moeten de medisch specialisten vrij beroepsbeoefena-ren (verenigd in het collectief) onderhandelen met de raad van bestuur over de hoogte van de vergoedin-gen voor deze werkzaamheden. Hierbij geldt dat eventuele huidige afspraken hieromtrent met de instelling in stand kun-nen worden gehouden voor de duur van de overeenkomst.

#### **Kosten verdelen binnen het collectief**

Zoals eerder gesteld kan de keuze worden gemaakt om kosten binnen het collectief te verdelen.

► *De verdeling van de personeelskosten binnen het collectief kan een heikel discussiepunt vormen als het gaat om het vraagstuk wie er voordeel heeft van dit ondersteunende personeel.* ◀

Specialisten met relatief veel van deze hulpkrachten zouden hiermee een ho-gere productie kunnen halen. Zij scoren zodoende per fte hoog ten opzichte van de normpraktijk van hun specialisme en verkrijgen vervolgens in de stafmaatschap een groter stuk uit de budgettaart. Als ge-bruik wordt gemaakt van het benchmark-model van LOGEX (zie paragraaf 6.3) wordt hier voor gecorrigeerd. Als gebruik wordt gemaakt van het werklasmeting-model (zie paragraaf 6.2) vormt de inzet van hulppersoneel geen knelpunt, aangezien alleen de tijdsinvestering van de deelne-mers aan het collectief in casu de medisch specialisten vrij beroepsbeoefena-ren wordt meegenomen.

### **5.3 PRODUCTIEAFSPRAKEN EN MONITORING**

► *Doel van de productieafspraken is om – uitgaande van het omzetplafond en de productie 2011 – het volume van de productie van het collectief zodanig af te spreken dat het omzetplafond niet wordt overschreden. In dat licht is het logisch dat het bestuur van het collectief als medeonderhandelaar optreedt in het overleg met de zorgverzekeraars.* ◀

Raad van bestuur en collectief maken bindende productieafspraken gerelateerd

aan het omzetplafond. Het bestuur van het collectief moet bevoegd en geïnformeerd zijn om te onderhandelen over volume en zorgprofielen. Mogelijke productieparameters zijn: DOT zorgproducten met parallel daaraan FB-parameters en DBC's.

Er is aangegeven dat bindende productieafspraken worden gemaakt tussen raad van bestuur en collectief, waarbij volgens redelijke verwachtingen wachlijsten worden voorkomen. In de Model Toelatingsovereenkomst zal een informatieparagraaf worden opgenomen waarin is vastgelegd dat de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren op basis van een monitor periodiek worden geïnformeerd over de ontwikkeling van de productie en de declaraties. Maandelijks moet er inzicht zijn hoe de productie en declaraties zich verhouden tot de productieafpraak resp. het toegekende omzetplafond. Naast DOT zorgproducten kunnen de ratio's DOT zorgproducten/FB-parameters en DBC/FB-parameters inzicht geven in de ontwikkeling van productie in het nieuwe DOT systeem ten opzichte van het oude DBC systeem. Indien over- of onderschrijding van productie dan wel declaraties dreigt, kan tijdig bijsturing plaatsvinden.

Naast een intern doel dient de monitor eveneens een extern doel. De tussentijdse inzichten kunnen ook aanleiding zijn om met de raad van bestuur en/of de zorgverzekeraars te overleggen indien de zorgvraag zich anders ontwikkelt dan door zorgverzekeraars ingekocht. Afspraken kunnen worden bijgesteld, echter er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt over de wijze van bekostigen in het geval er afspraken worden gemaakt over meerproductie.

## 5.4 BEVOORSCHOTTING

### ► *Lokaal maken collectief en raad van bestuur afspraken over de bevoorschotting.* ◀

Bevoorschotting aan maatschappen vanuit de instelling kan plaatsvinden op basis van gemaakte verdeelafspraken. Dat wil zeggen op basis van de vooraf toegekende omzetplafond-delen per maatschap. Op basis van de verdeelafspraken die binnen het collectief zijn gemaakt en zijn overeengekomen met de raad van bestuur wordt

het omzetplafond-deel per maatschap vastgesteld.

Om tot reële bevoorschotting te komen voor de maatschappen wordt door de Orde van Medisch Specialisten geadviseerd dat de hoogte van het maandelijkse voorschot wordt gebaseerd op de vooraf gemaakte verdeelafspraken en de afspraken over kostenverdeling. En dat in de bevoorschotting het variabele deel ook in beschouwing wordt genomen. Bij vaststelling van de bevoorschotting speelt de waarde van onderhanden werk geen rol.

Met behulp van monitoring kan indien noodzakelijk, tussentijdse aanpassingen plaatsvinden. ◀

# 6

## Afspraken binnen collectief

- Verdeelprincipe
- Verdeling op basis van werklasmeting
- Verdeling op basis van benchmark
- Kosten collectief en knelpunten
- Vervanging, uittreding en uitbreiding op maatschapsniveau
- Jaarlijkse afrekening omzet(plafond)

**“Het collectief maakt – ten behoeve van de afspraken met de raad van bestuur – ook intern een aantal keuzes en afspraken aangaande het omzetplafond en de verdeling ervan.”**

## 6.1 VERDEELPRINCIPE

► *De Orde van Medisch Specialisten is voorstander van het principe ‘loon naar werken’. Dit principe kan ook worden toegepast bij de verdeling van omzet(plafond) binnen het collectief. Op basis van het principe ‘loon naar werken’ heeft de Orde van Medisch Specialisten twee verdeelprincipes nader uitgewerkt: verdeling van omzet(plafond) op basis van (interne) werklasmeting en verdeling op basis van (externe) benchmark.*

*Een collectief kan deze principes overnemen, maar maakt uiteindelijk zelf – in overeenstemming met de raad van bestuur – de keuzes en de uitwerkingen van het verdeelmodel. ◀*

Loon naar werken is onder de DBC systematiek niet gelukt. DBC-honorariumtarieven hebben een beperkte relatie met de geleverde inspanningen. Het is op dit moment niet duidelijk of de DOT-zorgproducten per 1 januari 2012 en de daaraan gekoppelde tarieven leiden tot een rechtvaardige relatie tussen inspanning en honorariumtarief.

De vorming van een collectief met – conform het onderhandelingsresultaat – afspraken over de verdeling van de omzetplafond biedt op instellingsniveau de mogelijkheid om vergelijkbare beloning

bij vergelijkbare werkbelasting dan wel productiviteit te realiseren. Uitgangspunt daarbij is dat een maatschap die deelneemt aan het collectief geen rechten kan ontlenen aan de door een maatschap – via het ziekenhuis – gedeclareerde omzet. De omzet wordt verdeeld op basis van de gemaakte verdeelafspraken.

Hoe bepaalt men ‘loon naar werken’? De Orde van Medisch Specialisten heeft twee mogelijkheden uitgewerkt:

1. verdeling op basis van een (interne) werklasmeting;
2. verdeling op basis van een (externe) benchmark.

Verdeling op basis van een werklasmeting vergelijkt medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren binnen een instelling (horizontale vergelijking). Verdeling op basis van een (externe) benchmark vergelijkt medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren met vakgenoten binnen hun specialisme werkzaam binnen dezelfde categorie instelling (verticale vergelijking). De uitwerking van deze principes in verdeelmodellen vindt u in de volgende paragrafen.

Deze modellen kunnen (gewogen) ook gezamenlijk toepasbaar zijn.

## 6.2 VERDELING OP BASIS VAN WERKLASTMETING

Binnen de mogelijkheden van interne omzetverdeling vormt toerekening op basis van werklast één van de alternatieven. De opgedane ervaring, bijvoorbeeld door de Stafmaatschap van het Deventer Ziekenhuis die dit instrument periodiek sinds haar oprichting in 1998 toepast, leert dat dit een complex proces is dat aan specifieke randvoorwaarden moet voldoen.

► *Werklastmeting is een methodiek, waarbij de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren binnen een collectief met elkaar vergeleken worden met betrekking tot:*

- *aantal dagdelen, werkweken, uren per week en per jaar;*
- *dienstbelasting in uren;*
- *verhouding direct en indirect patiëntgebonden uren.*

*De resultaten van de werklasmeting vormen de basis voor de verdeling omzetplafond en omzet onder de maatschappen. De verdeling van het omzetplafond op basis van de werklasmeting gebeurt voorafgaand aan het jaar 2012 en kan de basis vormen voor bevoorschotting per maatschap. Ten behoeve van de afrekening van omzet achteraf kan de werklasmeting worden herhaald of kan worden gekozen voor een afrekening op basis van gerealiseerde productieafspraken. ◀*



Werklast is een objectief, niet-persoonsgebonden begrip, waarmee de hoeveelheid werk wordt aangeduid die op een bepaalde arbeidsplaats verricht moet worden, en de tijd die dit kost. In dat licht adviseert de Orde van Medisch Specialisten om een externe begeleider te benoemen. Het is namelijk van cruciaal belang om twee aspecten goed te scheiden tijdens het werklastonderzoek;

- werklast als een objectief gegeven, kwantitatief van aard en gebonden aan het werk;
- werkdruk als kwalitatieve en subjectieve resultante van de werkbelasting gebonden aan een persoon. De emoties en weerstand tijdens een werklastmeting vloeien veelal voort uit subjectieve factoren als ervaren werkbelasting en/of werkdruk.

De data uit de meting kunnen worden gevalideerd door een relatie te leggen met de geleverde productie. Eventueel aanvullend kan een beperkte externe benchmark op productie worden gedaan. Aangezien lokale omstandigheden sterk van elkaar verschillen zal een werklastonderzoek altijd maatwerk zijn en toegespitst moeten worden op de lokale situatie.

In de beoordeling van de werklast kunnen ook "zachtere" factoren zoals tijd besteed aan kwaliteit, opleiding, management en organisatie worden meegenomen.

Voor de uitgebreide vorm dient met een doorlooptijd van zes maanden rekening te worden gehouden. Dit omvat:

1. Interne benchmark tijdbesteding/verdeling tussen alle maten van de stafmaatschap;
2. Externe productiebenchmark tussen referentie vakgroepen, vergelijkbare instellingen en landelijk gemiddelden;
3. Validatie tussen productie en tijdbesteding van de maten.

Een kortere vorm behoort echter ook tot de mogelijkheden.

Vereisten voor een goede werklastmeting zijn:

- een vast en gemandateerd aanspreekpunt namens alle maatschappen;
- medewerking van alle maatschappen;
- toegang tot benodigde capaciteit en productiegegevens;
- interne projectleider met kennis van

- zaken en discretie;
- externe onafhankelijke begeleider.

Hoe leidt deze bepaling van werklast tot het verdelen van het omzetplafond onder de maatschappen binnen het collectief?

1. Alle maatschappen leveren de benodigde gegevens aan voor de interne werklastmeting.
2. Eventueel kan een externe productiebenchmark ter validatie van de data worden toegepast.
3. Dit resulteert in een gemiddelde tijdsbesteding per FTE binnen het collectief en een bandbreedte.
4. Het collectief laat vervolgens voor alle maatschappen op basis van dit gemiddelde de werklast in termen van fte bepalen.
5. Vervolgens bepaalt het collectief het omzetplafond-deel per fte door het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde omzetplafond voor het collectief te delen door het totaal aantal fte's van alle deelnemende maatschappen. En per maatschap vervolgens aan de hand van het aantal fte van deze maatschap het omzetplafond-deel per maatschap te bepalen.

Indien uw interesse uitgaat naar een werklastmeting kunt u contact opnemen met de Kamer Vrij Beroep via [infodesk@orde.nl](mailto:infodesk@orde.nl). Zij kunnen u in contact brengen met expertdeskundigen.

### 6.3 VERDELING OP BASIS VAN BENCHMARK

**► In het geval het collectief kiest voor een verdeelmodel op basis van een externe benchmark betekent dit het extern spiegelen van elke maatschap aan de landelijke norm vastgesteld voor betreffend specialisme in een categorie instelling (STZ, algemene ziekenhuizen, samenwerkende kleine ziekenhuizen).**

**Deze norm per specialisme per categorie instelling wordt uitgedrukt in landelijke normpraktijken en betreft de gemiddelde output van een voltijd aangestelde medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar van dit specialisme. De output wordt gemeten middels verschillende variabelen: operationele, financiële en efficiency ratio's.**

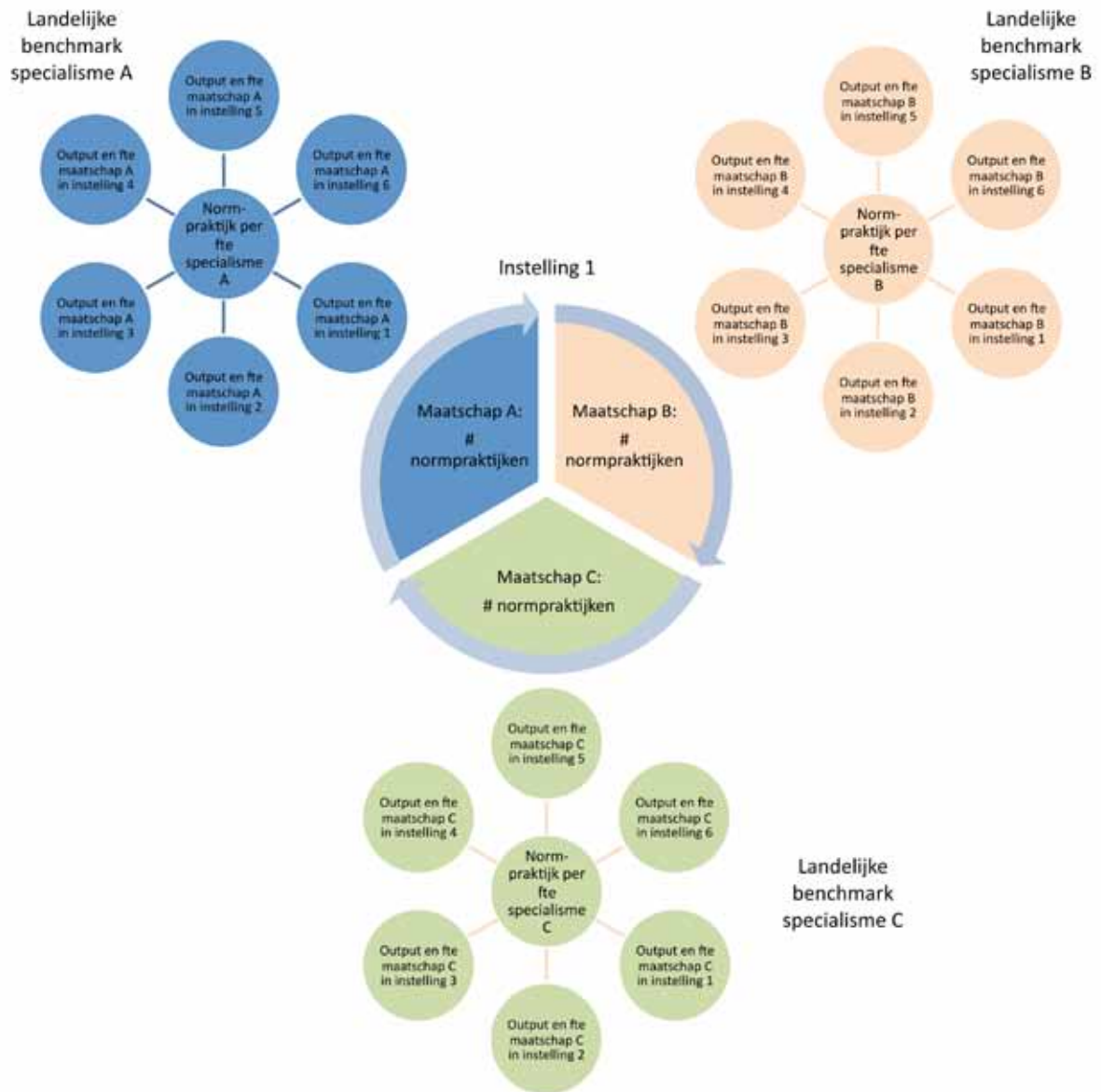
**Resultaat van de spiegeling van een maatschap aan deze landelijke normpraktijk van het betreffende specialisme is de vaststelling van het aantal normpraktijken voor deze maatschap (zie figuur 8). De verdeling van het omzetplafond op basis van het aantal normpraktijken per maatschap gebeurt voortgaand aan het jaar 2012 en kan de basis vormen voor bevoorschotting per maatschap. Ten behoeve van de afrekening van omzet achteraf kan de spiegeling ten opzichte van een geüpdate benchmark worden herhaald. Of kan er worden gekozen voor een afrekening op basis van gerealiseerde productieafspraken. ◀**

Hoe leidt de bepaling van het aantal normpraktijken tot het verdelen van het omzetplafond onder de maatschappen binnen het collectief?

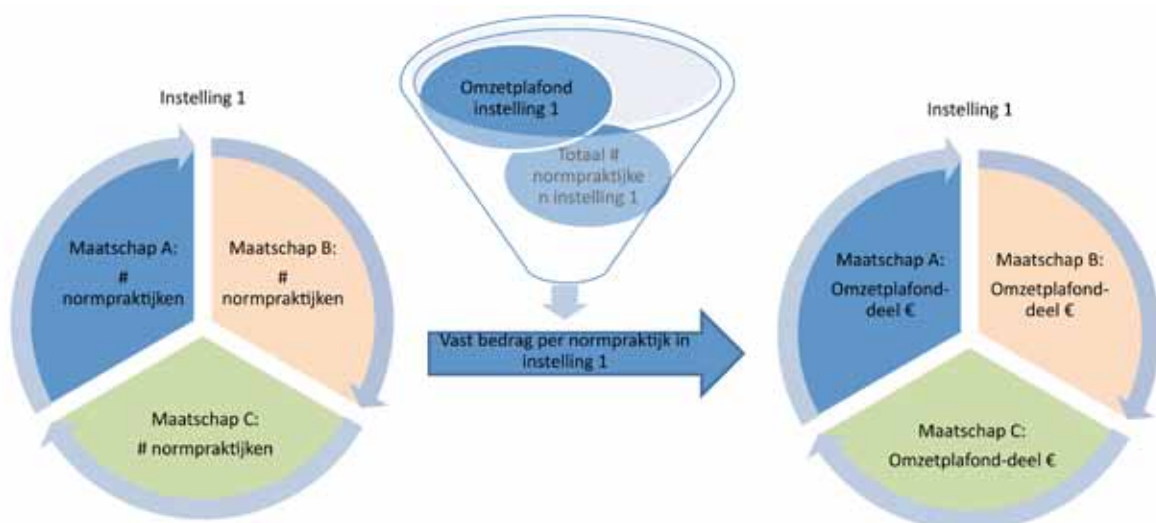
1. Het collectief levert voor alle maatschappen gegevens aan om de landelijke normpraktijk per specialisme te kunnen bepalen:
  - aantal voltijd aangestelde medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en ander outputverhogend personeel per specialisme;
  - output gegevens per specialisme.
2. Het collectief laat vervolgens voor alle maatschappen het aantal normpraktijken bepalen door deze te spiegelen aan de landelijke normpraktijk van het betreffende specialisme.
3. Vervolgens bepaalt het collectief het omzetplafond-deel per normpraktijk (hierna: omzet per normpraktijk) door het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde omzetplafond voor het collectief te delen door het totaal aantal gerealiseerde normpraktijken van alle deelnemende maatschappen. De omzet per maatschap wordt vervolgens bepaald door het aantal gerealiseerde normpraktijken van de maatschap te vermenigvuldigen met de omzet per normpraktijk (zie figuur 9).

Doordat dit model voorziet in een verdeling op basis van output en hierdoor het beste aansluit met het principe van 'loon naar werken' gaat de voorkeur van de Orde van Medisch Specialisten uit naar deze methodiek. Gekoppeld aan deze voorkeurskeuze is door de Orde van Medisch Specialisten een samenwerking aangegaan met LOGEX. LOGEX heeft al





Figuur 8. Benchmark en aantal normpraktijken



Figuur 9. Van normpraktijken naar verdeling omzetplafond

vele jaren ervaring met het analyseren van maatschappen en heeft de afgelopen negen maanden met verschillende collectieven gewerkt aan de totstandkoming van het model. Inmiddels is het model aan meer dan 60 collectieven gepresenteerd. In het vervolg van deze paragraaf wordt nader ingegaan op de gegevensaanlevering ten behoeve van de vaststelling van de landelijke normpraktijk per specialisme en de keuzes die een collectief aanvullend kan maken ten behoeve van de verdeling van het omzetplafond en de omzet.

### 6.3.1 Aanlevering fte gegevens ten behoeve van landelijke benchmark

Elk collectief dat voor een verdeelmodel conform een externe benchmark per specialisme kiest, levert gegevens aan om de landelijke normpraktijk of bench per specialisme te kunnen vaststellen en vervolgens zichzelf hieraan te laten spiegelen. Het betreft de volgende gegevens:

- output per specialisme (door collectief via instelling);
- aantal voltijd aangestelde medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en ander outputverhogend personeel per specialisme (door collectief).

Het aantal voltijd aangestelde specialisten vrij beroepsbeoefenaar per specialisme wordt uitgedrukt in aantal fte en dient alleen als input voor de landelijke benchmark. De Orde van Medisch Specialisten stelt onderstaande leidraad voor om fte's te bepalen ten behoeve van het landelijk vaststellen van de normpraktijk per specialisme per categorie instelling. Rekenvoorbeelden treft u aan in bijlage 1 'Rekenvoorbeelden fte-bepaling'.

#### 6.3.1.1 Medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren

##### Medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren

1 fte = 9 dagdelen patiëntgebonden (incl. diensten) + 1 dagdeel niet patiëntgebonden. Uitgaande van 8 weken afwezigheid waaronder vakantie en bij- en nascholing (bijv. congres).

##### Medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren met vrij na dienst

1 fte = 8 dagdelen patiëntgebonden (incl. diensten) + 1 dagdeel niet patiëntgebonden. Uitgaande van 8 weken afwezigheid waaronder vakantie en bij- en nascholing (bijv. congres). De verlaging van het aantal dagdelen patiëntgebonden van 9 naar 8 voor medisch specialismen met zodanige dienst dat zij een dagdeel vrij zijn na dienst is een compensatie in de benchmark voor specialismen met grote "buitengewone" disutility.

De disutility discussie wordt al jaren gevoerd en een eenduidig antwoord is er ook nu niet.

In de landelijke normpraktijk worden maatschappen met disutility vergeleken met maatschappen van dezelfde specialisatie met een vergelijkbare disutility. Direct gevolg hiervan is, dat een hoge mate van disutility van enig specialisme op voorhand door het benchmark-principe niet gewaardeerd wordt. Derhalve wordt in de methodiek van de vaststelling van het aantal fte per maatschap wel rekening gehouden met disutility.

In algemene zin adviseert de Orde van Medisch Specialisten de volgende richtlijn voor deze discussie. Elk specialisme kent disutility. In de benchmark zal zich dit uitmiddelen omdat vakgroepen onderling gespiegeld worden binnen de referentiegroep. Voor maatschappen die (substantieel) aanwezig zijn tijdens de diensten en hiervoor compensatie hebben na de dienst wordt dit meegenomen in de fte-bepaling.

Uiteraard kan een collectief er voor kiezen lokaal om naast bovenstaande richtlijn een extra compensatie voor disutility (voor het ongerief van het hebben van dienst) in het leven te roepen. De Orde van Medisch Specialisten adviseert in dat geval om de specialismen in categorieën in te delen waarbij rekening wordt gehouden met zowel de intensiteit als de frequentie van de diensten alsmede de inzet van assistenten bij de diensten. Indicatief voor de bepaling van de hoogte van de extra compensatie kan aangesloten worden bij de frequentie en intensiteitscriteria van de AMS. Zie bijlage 2 'Inconveniënten toeslagen AMS'.

Het is belangrijk om in deze discussie op te merken dat de financiële consequenties van het vergoeden van disutility beperkt zijn. Wanneer er binnen een collectief reeds afspraken zijn gemaakt over de extra compensatie en voor wie dit van toepassing is met betrekking tot de honorering van disutility kunnen deze in stand worden gehouden.

#### Aandachtspunten

Aandachtspunten bij de bepaling van fte's medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren zijn:

- Per persoon kan maximaal 1 fte worden opgegeven. Als een medisch specialist/maatschap meer dagdelen (avondpoli etc.) werkt dan de norm moet zich dit uitbetalen in een hogere output.
- Indien er binnen een specialisme compensatie in vrije tijd is afgesproken na een dienst is vaak sprake is van (substantiële) aanwezigheid in het ziekenhuis. Uit de gesprekken met collectieven en discussies in de werkgroep is naar voren gekomen dat o.a. chirurgen, gynaecologen en anesthesiologen in deze categorie vallen. In lokale overeenstemming kunnen hier ook andere specialisten aan worden toegevoegd (criteria: substantiële aanwezigheid in het ziekenhuis tijdens diensten waarna compensatie in vrije tijd volgt). Er zijn per maatschap maximaal 9 diensten in de week (avond/nacht telt voor een dienst en een weekenddag voor 2 diensten) en daarmee 9 dagdelen compensatie in vrije tijd per maatschap die kunnen worden gehonoreerd. Hiermee wordt gecompenseerd voor de omvang van de maatschap en daarmee de frequentie van de diensten (grote vakgroepen worden niet onnodig gecompenseerd).
- Managementtaken van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren voor collectief of instelling zijn niet outputverhogend en worden niet meegewogen in de fte-bepaling ten behoeve van de benchmark. Over de honorering van deze taken kunnen afspraken worden gemaakt met het collectief en/of de instelling.
- Voor maatschappen die actief zijn in meerdere zorginstellingen (ziekenhuizen/zelfstandige behandelcentra) kunnen de fte's aan de hand van de leidraad worden verdeeld over de instellingen waar zij actief zijn.

### 6.3.1.2 Zelfstandig outputverhogend 'personeel'

Zelfstandig outputverhogend 'personeel', niet zijnde een medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar, wordt gewogen meegeteld in het aantal fte medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Een specialisme met landelijk gezien relatief veel outputverhogend personeel verlaagt onterecht de normpraktijk als dit outputverhogend personeel ongewogen als fte medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar meetelt. Wanneer dit personeel niet zou worden meegevoerd dan wordt de normpraktijk van een specialisme onterecht verhoogd. Door een weging te maken wordt dit personeel tegen een reële waardering opgenomen in de benchmark.

De Orde van Medisch Specialisten geeft hieronder een mogelijkheid weer voor het wegen van outputverhogend personeel. De fte-bepaling van zelfstandig outputverhogend personeel kan aan de hand van de feitelijke aanstelling binnen de arbeidsovereenkomst worden vastgesteld en bij de instelling worden opgevraagd.

### Medisch specialisten in dienst van de maatschap (MSRC)

1 fte dienstverband kan worden meegeteld als 0,8 fte medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Dit komt globaal overeen met de verhouding loonkosten AMS SPIDMA, Chef de clinique of CHIVO- omzet medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

### SEH-artsen

1 fte dienstverband kan worden meegeteld als 0,45 fte medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Dit komt globaal overeen met de verhouding loonkosten CAO / omzet medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

Vervolgens wordt deze 0,45 fte medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar op basis van lokale productiegoegevens verdeeld over de specialisme.

### ANIOS

1 fte dienstverband wordt meegeteld als 0,3 fte medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Dit komt globaal overeen met de verhouding loonkosten CAO / omzet medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

### Nurse practitioners (NP) en Physician assistants (PA)

1 fte dienstverband wordt meegeteld als 0,25 fte medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Dit komt globaal overeen met de verhouding loonkosten CAO / omzet medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

### AIOS

Op basis van de nulhypothese zijn AIOS niet (zelfstandig) outputverhogend en worden dan ook niet meegeteld in het aantal fte ten behoeve van het landelijk vaststellen van de benchmark per specialisme: de productie van de AIO is gelijk aan de gedeelde productie van de opleider medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Het aantal fte AIOS kan (aan de hand van arbeidsovereenkomsten) worden opgegeven om de nulhypothese te toetsen.

### 6.3.1.3 Juiste aanlevering

► *Het is belangrijk dat collectieven juiste fte gegevens aanleveren. Hiermee kan de meest zuivere landelijke normpraktijk worden vastgesteld voor elke specialisme om daaraan de maatschappen te kunnen spiegelen.* ◄

Voor aanlevering van fte gegevens ten behoeve van het vaststellen van de landelijke normpraktijk van de verschillende specialismen vraagt LOGEX een door betreffende maatschappen ondertekend fte overzicht.

De bepaling van het aantal fte per maatschap kan door het bestuur van het collectief worden gecontroleerd aan de hand van de financiële jaarverslagen van de maatschappen mocht daar aanleiding toe zijn. Het grootste maatschapsaandeel kan dan gelijk gesteld worden aan één fte vrijgevestigd medisch specialist. Zolang in ieder geval één medisch specialist naar de norm van de maatschap een volledige praktijk draait zal verhoudingsgewijs de hele maatschap kloppen.

Twee bijzondere situaties hierbij:

- Leden van de maatschappen zijn allen minder dan 4 dagen werkzaam in de instelling: wanneer alle leden van de maatschap minder dan 4 dagen werkzaam zijn in de instelling en een gelijk aandeel in de maatschap bezitten moet hierop een correctie worden toegepast.

- Leden van de maatschap werken in meerdere instellingen (ziekenhuizen/ zelfstandige behandelcentra): dit zal in de praktijk bekend zijn en er zal per maatschap een verdeling van de fte's over de instellingen moeten plaatsvinden.

Een gevoeligheidsanalyse heeft laten zien dat het incidenteel aanleveren van onjuiste fte gegevens vanuit een maatschap de vaststelling van de landelijke normpraktijk slechts marginaal beïnvloedt, zeker wanneer voldoende maatschappen van dit specialisme gegevens aanleveren.

LOGEX beoordeelt bij het opnemen van de data in de benchmark de aangeleverde gegevens op validiteit en representativiteit. Wanneer bepaalde waarden afwijken van de acceptabele statistische norm zullen de gegevens geverifieerd worden met het collectief. Op basis van eerdere benchmarks kan worden gesteld dat bij aantal kleinere specialismen de kans bestaat dat de landelijke normpraktijk voor deze specialismen als onvoldoende representatief wordt bestempeld. LOGEX zal hierover dan rapporteren en lokaal met het collectief en betreffende maatschappen zoeken naar alternatieve wegen.

Het aanleveren van onjuiste fte gegevens door een maatschap heeft voor de lokale bepaling van het aantal normpraktijken per maatschap geen enkele invloed.

Een fictief voorbeeld om dit te illustreren:

- De landelijke normpraktijk voor betreffend specialisme staat op 100 output per fte.
- Een maatschap van dit specialisme levert een output van 560.
- Deze maatschap wordt gespiegeld aan de landelijke normpraktijk van 100 output per fte. De hoeveelheid opgegeven fte vanuit betreffende maatschap speelt bij de spiegeling geen enkele rol.
- De maatschap krijgt een aantal normpraktijken toegewezen van:  $560/100 = 5,6$  normpraktijken.
- Dit aantal normpraktijken vermenigvuldigd met de omzet per normpraktijk binnen het collectief bepaalt de omzet voor de maatschap.

### 6.3.2 Aanlevering outputgegevens ten behoeve van landelijke benchmark

De output van een specialisme ten behoeve van het vaststellen van de landelijke normpraktijk wordt bepaald middels verschillende ratio's: productie, financiële en efficiency ratio's.

De gegevens die nodig zijn om deze ratio's te bepalen worden door LOGEX opgevraagd bij collectieven die kiezen voor de externe benchmark als basis voor verdeelafspraken.

De Orde van Medisch Specialisten en LOGEX zijn van mening dat gevalideerde data uit Ziekenhuis Informatie Systemen de meest solide basis vormen. Landelijke gegevens uit het DIS (DBC Informatiesysteem) zijn minder betrouwbaar en gevalideerd gebleken om goede berekeningen en analyses op te kunnen maken. Daarnaast zijn deze gegevens onvoldoende up-to-date omdat zij twee jaar achterlopen.

LOGEX past een groot aantal validatietesten toe op de ontvangen outputgegevens van specialismen. Deze validatietesten leiden tot een betrouwbare ratio's in de landelijke benchmark aangaande output.

De output betreft alle productie welke valt onder het macrokader medisch specialisten en daarmee onder het omzetplafond per instelling. Dus ook 1e lijns productie, wederzijdse dienstverlening en IC. Derde geldstromen vallen niet onder het macrokader medisch specialisten en het omzetplafond per instelling. Deze geldstromen worden niet meegenomen als output per specialisme. Overige inkomsten uit keuringen, trials etc. blijven dus ten goede komen aan de individuele maatschappen. Deze activiteiten vallen buiten de fte-bepaling en buiten de outputgegevens.

### 6.3.3 Keuzes in benchmark

Het collectief moet een aantal keuzes alvorens maatschappen te laten spiegelen aan de landelijke normpraktijk per specialisme (per categorie instelling) en op basis daarvan het omzetplafond te verdelen:

- bepalen ratio's en onderlinge weging op basis waarvan wordt gebenchmarkt;
- bepalen toegestane bandbreedte in aantallen normpraktijk per maatschap.

### Bepalen ratio's

Bij het vaststellen van het aantal normpraktijken kan een maatschap aan de landelijke normpraktijk per specialisme worden gespiegeld op verschillende categorieën ratio's. LOGEX heeft deze ratio's in de afgelopen jaren in samenwerking met medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en instellingen ontwikkeld. Tabel 2 beschrijft op hoofdlijnen de categorieën ratio's.

Het collectief bepaalt zelf welke ratio's lokaal als relevant worden beschouwd en wat de onderlinge weging zou moeten zijn.

### Bepalen toegestane bandbreedte in aantal normpraktijken

Afhankelijk van de cultuur en wensen van het collectief kan een bandbreedte worden ingesteld in het aantal te realiseren normpraktijken per opgegeven fte. Dit heeft als doel een marge in te bouwen waarbinnen de omzetplafonds en de uiteindelijke omzetten kunnen variëren. Een afweging hierin kan zijn dat indien een vakgroep meer dan 1,5 normpraktijk realiseert per opgegeven fte dit ten koste kan gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het instellen van een bodem (het aantal normpraktijken per opgegeven fte waaronder niet gezakt kan worden in het collectief) behoort tevens tot de mogelijkheden.

Het niet toestaan van variatie in omzet (bandbreedte = 0) is ook een mogelijkheid. In dat geval is dan sprake van 'platte' harmonisatie.

### 6.4 COMBINATIE VAN VERDEELMODELLEN

In de paragrafen 6.2 en 6.3 zijn de twee verdeelmodellen aan bod gekomen. Los van toegepaste methodiek vloeit per maatschap binnen het collectief hieruit het aandeel in het omzetplafond voort. Aangezien elk instrument zijn voor- en nadelen kent, is een combinatie van beide ook mogelijk. Lokaal kan dan worden bepaald wat de zwaarte is die aan elk van beide modellen wordt toegekend.

### 6.5 KOSTEN COLLECTIEF EN KNELPUNTEN

Om de kosten van het collectief en een knelpuntenregeling te financieren stelt de Orde van Medisch Specialisten voor om een indicatief percentage van 2-3% van het omzetplafond van het collectief en de uiteindelijk ontvangen omzet hiervoor te reserveren.

Op de knelpuntenregeling kan door deelnemers van het collectief aanspraak worden gemaakt wanneer zij van mening zijn dat zij door buitengewone omstandigheden onterecht laag scoren in de spiegeling ten opzichte van de landelijke normpraktijk voor hun specialisme.

### 6.6 VERVANGING, UITTREDDING EN UITBREIDING OP MAATSCHAPSNIVEAU

Vervanging van een maat in een maatschap heeft in principe geen effect op omzetplafond, omzetplafond-deel en productie. Als er een periode overbrugd moet worden, kan een waarnemer worden aangetrokken of moeten de zittende maten een hogere productie per persoon leveren.

Bij uittreding uit een maatschap of een te lange overbruggingsperiode naar vervanging kan er wel een effect op omzetplafond-deel en productie zijn. Er zullen dan tussentijds binnen het collectief afspraken gemaakt moeten worden over het tijdelijk of structureel verschuiven van omzetplafonds tussen maatschappen.

Uitbreiding van een maatschap is mogelijk. Binnen het collectief en met de raad van bestuur/zorgverzekeraars moet hierover wel overeenstemming bestaan. Zeker wanneer uitbreiding wordt ingezet om een hogere productie te leveren. Immers, het omzetplafond op instellingsniveau wordt als gevolg van uitbreiding in principe niet hoger, tenzij uit de groei ruimte de Nederlandse Zorgautoriteit (mogelijk pas achteraf) een aandeel toekent aan betreffende instelling, of als een andere financieringsvorm wordt overeengekomen.



Categorie ratio's	Waarom van belang?
Operationeel (productie)	Door de lokale productie te spiegelen aan de landelijke benchmark kan worden geanalyseerd met hoeveel norm fte deze productie zou moeten kunnen worden gerealiseerd.
Financieel (declaratie)	De financiële ratio's geven inzicht in de wijze waarop de declaraties van de maatschap verlopen in vergelijking met de landelijke benchmark.
Efficiency (vertaling productie zorgactiviteiten naar zorgproducten)	Het efficiënt vertalen van de productie van zorgactiviteiten naar zorgproducten moet worden beloond. Een meer efficiënte vertaling betekent dat met eenzelfde productie van zorgactiviteiten (input) een groter aantal zorgproducten (output) kan worden geleverd. De efficiency ratio's worden aan de hand van de lokale productmix bepaald.

Tabel 2. Categorieën ratio's

Collectief	<i>er is een relatie tussen productieafspraken en omzetplafond, op basis van DOT/DBC/FB</i>		
<u>Afrekening bij jaareinde</u>	Declaratie collectief <u>onder</u> omzetplafond	Declaratie collectief <u>op</u> omzetplafond	Declaratie collectief <u>boven</u> omzetplafond
<b>Productie collectief <u>onder</u> afspraak</b>	- Afhankelijk van mutatiesystematiek NZa wordt plafondruimte achteraf gebruikt voor andere instellingen die groei hebben gerealiseerd	- Geen verrekening ten aanzien van omzetplafond	- Overschrijding van omzetplafond wordt afgedragen aan Zorgverzekeringsfonds (ZvF)
<b>Productie collectief <u>op</u> afspraak</b>	- Voorafgaand aan het jaar kan worden afgesproken dat in voorkomend geval van overschrijding van het omzetplafond een compensatiemogelijkheid wordt onderzocht in overleg met zorgverzekeraars / RvB - Als geen compensatie mogelijk is dan dienen de omzetplafond-delen per maatschap naar rato te worden aangepast (afgeslagen)	- Ideaal situatie	- Overschrijding van omzetplafond wordt afgedragen aan ZvF
<b>Productie collectief <u>boven</u> afspraak</b>	- Voorafgaand aan het jaar kan worden afgesproken dat in voorkomend geval van overschrijding van het omzetplafond een compensatiemogelijkheid wordt onderzocht in overleg met zorgverzekeraars / RvB - Als geen compensatie mogelijk is dan dienen de omzetplafond-delen per maatschap naar rato te worden aangepast (afgeslagen)	- Geen verrekening ten aanzien van omzetplafond	- Overschrijding van omzetplafond wordt afgedragen aan ZvF - Tenzij extra plafondruimte wordt toegekend: afhankelijk van mutatiesystematiek NZa

Tabel 3. Scenario's afrekening op collectief niveau

Maatschap in collectief	<i>productie is leidend, aan door een maatschap via het ziekenhuis gedeclareerde omzet kunnen door deze maatschap geen rechten worden ontleend</i>
<b>Productie maatschap onder afspraak</b>	- Het omzetplafond van de maatschap wordt naar rato van de niet geleverde productie neerwaarts bijgesteld - Afhankelijk van afspraken met zorgverzekeraars / RvB wordt productieruimte en plafond-deelruimte herverdeeld onder overige maatschappen
<b>Productie maatschap op afspraak</b>	- Het omzetplafond van de maatschap blijft ongewijzigd - Als op collectief niveau de gedeclareerde omzet minimaal gelijk is aan het door de NZa vastgestelde omzetplafond ontvangt de maatschap het volledige omzetplafond van de maatschap - Als op collectief niveau de gedeclareerde omzet lager is dan het door de NZa vastgestelde omzetplafond ontvangt de maatschap naar rato
<b>Productie maatschap boven afspraak</b>	- Het omzetplafond van de maatschap wordt niet opwaarts bijgesteld - Als op collectief niveau de gedeclareerde omzet minimaal gelijk is aan het door de NZa vastgestelde omzetplafond ontvangt de maatschap het volledige omzetplafond van de maatschap - Als op collectief niveau de gedeclareerde omzet lager is dan het door de NZa vastgestelde omzetplafond ontvangt de maatschap naar rato - Tenzij afspraken met zorgverzekeraars / RvB zijn gemaakt die onderproductie van andere maatschappen gebruikt voor deze maatschap

Tabel 4. Scenario's afrekening op maatschapsniveau aan de hand van gerealiseerd productievolumen

Wordt uitbreiding ingezet om de werkdruk binnen een maatschap te verlichten en vindt geen productiegroei plaats, dan zal de uitbreiding – in geval van verdeelafspraken op basis van een externe benchmark – zich vertalen in een lagere score van de maatschap ten opzichte van de landelijke normpraktijk of – in geval van verdeelafspraken op basis van een werklasmeting – in een gelijke werklasmeting voor de maatschap. In beide gevallen treedt dan uiteraard wel “verdunding” op van de omzet per individueel maatschapslid.

## 6.7 JAARLIJKSE AFREKENING OMZET(PLAFOND)

► *Het omzetplafond wordt jaarlijks afgerekend op het niveau van collectief en maatschap.*

*Op maatschapsniveau onderscheidt de Orde van Medisch Specialisten twee opties voor afrekening:*

- *benchmark op basis van gerealiseerde output in jaar X (ex post);*
- *realisatie van productieafspraken.* ◀

Tabel 3 toont de scenario's bij afrekening op collectief niveau. Scenario's hebben

betrekking op het (niet) realiseren van productieafspraken of het (niet) declareren op het omzetplafond.

Op maatschapsniveau onderscheidt de Orde van Medisch Specialisten twee mogelijkheden voor afrekening:

- Afrekening door ex post benchmark op basis van gerealiseerde output in jaar x:
- voordeel: afrekening over jaar X vindt plaats op basis van benchmark jaar X (in plaats van jaar X-1 of jaar X-2) waarmee ontwikkelingen van relatieve prestaties ten opzichte van de benchmark binnen collectief jaarlijks worden herijkt;
  - nadeel: vooraf geen volledige zekerheid over omzetplafond bij bepaald productievolumen en het afgesproken productievolumen tussen maatschap en raad van bestuur is geen onderdeel van externe benchmark.

Afrekening op basis van realisatie afgesproken productievolumen maatschap en raad van bestuur:

- voordeel: vooraf 'volledige' zekerheid over omzetplafond bij bepaald productievolumen (uitgaande van dekkende tarieven);
- nadeel: afrekening over jaar X vindt feitelijk plaats op basis van benchmark

jaar X-1 of jaar X-2 en kan daarmee onvoldoende recht doen aan ontwikkelingen van relatieve prestaties ten opzichte van de benchmark binnen het collectief.

Afrekening op basis van gerealiseerd productievolumen kent de scenario's zoals weergegeven in tabel 4. ◀

# BIJLAGEN

**Bijlage 1. Voorbeeld aansprakelijkheid personenvennootschap**

**Bijlage 2. Rekenvoorbeelden fte-bepaling**

**Bijlage 3. Inconveniënten toeslagen AMS**

# Voorbeeld aansprakelijkheid personenvennootschap

## Situatieschets

Dit theoretische voorbeeld aangaande aansprakelijkheid in een personenvennootschap gaat uit van de volgende situatie.

1. De nieuwe wetgeving op de Personenvennootschap is van kracht geworden.
2. Het collectief binnen de instelling heeft de vorm van een Openbare Vennootschap ("OV/Collectief").
3. De Vennoten in deze Openbare Vennootschap zijn de samenwerkingsverbanden van de medisch specialisten gegroepeerd per specialisme.
4. De samenwerking tussen de groepen van specialisten - bijvoorbeeld de KNO-artsen - vindt plaats in de vorm van een Openbare Vennootschap ("OV/KNO-artsen").
5. De Vennoten van deze Openbare Vennootschap zijn de individuele KNO-artsen.
6. Door toerekenbaar verzuim (bijvoorbeeld een beroepsfout) van een Vennoot in de OV/KNO-artsen, treedt een aansprakelijkheid op. Eventuele dekking door assuradeuren is buiten beschouwing gelaten.

## Aansprakelijkheid

Wat betekent de geschetste situatie voor de aansprakelijkheid?

Allereerst is van belang te onderscheiden dat de OV/KNO-artsen Vennoot is in de OV/Collectief. Het is niet zo dat de OV/Collectief Vennoot is in de OV/KNO-artsen. Dit heeft tot gevolg dat als er een aansprakelijkheid optreedt als gevolg van een toerekenbaar verzuim veroorzaakt door een Vennoot in de OV/KNO-artsen, de Vennoten in de OV/KNO-artsen ieder hoofdelijk aansprakelijk zijn voor de schade. De Vennoten in de OV/Collectief zijn niet aansprakelijk voor de schade veroorzaakt door

een toerekenbaar verzuim gevolgd door aansprakelijkheid in de OV/KNO-artsen.

De Vennoten in de OV/Collectief zijn hoofdelijk aansprakelijk voor schade als gevolg van een aansprakelijkheid ontstaan door een toerekenbaar verzuim van één der Vennoten in het bedrijf van de OV/Collectief zelf. Als voorbeeld kan dienen het achterwege laten van betaling van de rekening van de accountant die de jaarstukken opmaakt voor de OV/Collectief. De accountant kan iedere Vennoot voor het geheel van die rekening aanspreken, waarbij heeft te gelden dat als door één der Vennoten - bijvoorbeeld de OV/KNO-artsen - die rekening betaald is, daarmee de OV/Collectief aan haar verplichtingen ten opzichte van de accountant heeft voldaan.

Vervolgens heeft de OV/KNO-artsen regres op de overige Vennoten in de OV/Collectief voor hetgeen zij meer betaald heeft dan haar aandeel bedraagt volgens de overeenkomst waarin de OV/Collectief door de Vennoten is aangegaan.

Wanneer - door welke oorzaak ook - de KNO-artsen uit de OV/KNO-artsen allen failliet zouden gaan en er zouden in de OV/KNO-artsen te weinig baten zijn om de crediteuren te voldoen, dan kan uitsluitend het vennootschapsaandeel van de OV/KNO-artsen in de OV/Collectief worden uitgewonnen ter voldoening van de schulden. Dit betekent dat de aandelen van de overige Vennoten in de OV/Collectief niet ter voldoening van die schulden kunnen worden uitgewonnen.

## Stille Vennootschap

Het is niet uit te sluiten dat in ieder geval de OV/KNO-artsen geen Openbare Vennootschap is in de zin van de nieuwe wetgeving, maar een Stille Vennootschap. Dit heeft direct gevolgen voor de aansprakelijkheid, want deze zal niet meer hoofdelijk zijn. Iedere Vennoot is dan voor een gelijk deel aansprakelijk.

Daarnaast valt ook niet geheel uit te sluiten dat de OV/Collectief een Stille Vennootschap is, dit kan zich bijvoorbeeld voordoen, wanneer de OV/Collectief op geen enkele wijze aan het handelsverkeer deelneemt en de declaraties die worden verzonden aan de verzekeraars of aan derden worden verstuurd door het ziekenhuis. Tegen het zijn van een Stille Vennootschap pleit overigens wel dat de OV/Collectief optreedt als belangenbehartiger van haar Vennoten ten opzichte van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, ook al is dit een interne aangelegenheid. ◀



# Rekenvoorbeelden fte-bepaling

## Maatschap A 2010:

Arts	Aanstelling	Weegfactor	Aanstelling arbeids- overeenkomst (fte)	#dagdelen patiëntgebonden	#weken afwezig	#weken aanwezig	#fte
Dr. Jansen	Maat	1	-	9	8	44	1
Dr. Pietersen	Maat	1	-	5	8	44	0,56
Dr. Klaassen	Maat	1	-	9	8	44	1
Dienst	Geen compensatie		-	9	0	52	0
Totaal							2,56

Berekening Dr. Pietersen:  $(5 \text{ dagdelen} * 44 \text{ weken}) / (9 \text{ dagdelen} * 44 \text{ weken}) = 0,56 \text{ fte}$

Bij maatschap A is er geen sprake van compensatie in vrije tijd na dienst daar de leden van de maatschap tijdens diensten niet substantieel aanwezig hoeven te zijn in het ziekenhuis. De totale fte bezetting van de vakgroep komt daarmee op 2,56 fte voor 2010.

## Maatschap B 2010:

Arts	Aanstelling	Weegfactor	Aanstelling arbeids- overeenkomst (fte)	#dagdelen patiëntgebonden	#weken afwezig	#weken aanwezig	#fte
Dr. Fransen	Maat	1	-	8	9	43	0,87
Dr. de Vries	Maat	1	-	8	9	43	0,87
Dr. de Jong	Maat	1	-	8	9	43	0,87
Dr. Smit	Maat	1	-	8	9	43	0,87
Dr. Bakker	Maat	1	-	8	9	43	0,87
Dr. van den Berg	Maat	1	-	8	9	43	0,87
Dr. van Dijk	Maat	1	-	6	9	43	0,65
Dr. de Boer	Maat	1	-	6	9	43	0,65
Dr. Visser	Maat	1	-	6	9	43	0,65
Dr. Peters	SPIDMA	0,8	1	8	9	43	0,69
Dr. van Leeuwen	Chef de Clinique	0,8	1	8	9	43	0,69
Dhr. Breuk	ANIO	0,3	1	8	9	43	0,26
Mevr. Noord	Nurse Practitioner	0,25	1	8	9	43	0,22
Dienst	Compensatie	1	1	9	0	52	1,18
Totaal							10,2

Berekening Dr. Van Dijk:  $1 * (6 \text{ dagdelen} * 43 \text{ weken}) / (9 \text{ dagdelen} * 44 \text{ weken}) = 0,65 \text{ fte}$

Berekening Dr. van Leeuwen:  $0,8 * (8 \text{ dagdelen} * 43 \text{ weken}) / (9 \text{ dagdelen} * 44 \text{ weken}) = 0,69 \text{ fte}$

De diensten worden gedraaid door de leden van de maatschap en zijn gelijkelijk verdeeld. Van maatschap B wordt binnen het collectief algemeen aanvaard dat zij tijdens diensten substantieel aanwezig zijn in het ziekenhuis en daarmee een dagdeel vrij hebben na dienst ter compensatie.

Dit wordt op de volgende manier meegenomen in de fte-bepaling:  $(9 \text{ dagdelen dienst per week} * 52 \text{ weken}) / (9 \text{ dagdelen} * 44 \text{ weken}) = 1,18 \text{ fte}$

De totale fte bezetting van de vakgroep komt daarmee uit op:  $9,03 \text{ fte} + 1,18 \text{ fte} = 10,2 \text{ fte}$  voor 2010. ●

# Inconveniënten toeslagen AMS

## AMS Artikel 3.3.2. Inconveniënten toeslagen

- 1) Aan de medisch specialist wordt door het bestuur een maandelijkse toeslag toegekend voor de frequentie en een toeslag voor de intensiteit van avond-, nacht- en weekenddiensten, waarvoor men bereikbaar en/of aanwezig moet zijn. De toeslagen worden over en voor de duur van een berekeningsperiode vastgesteld.
- 2) Een dienst gaat in beginsel in om 18.00 uur 's avonds en eindigt om 08.00 uur de volgende dag. Een zaterdag en zondag telt voor 2 diensten, van 08.00 uur tot 18.00 uur en 18.00 uur tot 08.00 uur de volgende ochtend. In totaal zijn er 9 diensten per week.
- 3) Voor de frequentie toeslag wordt de medisch specialist, aan de hand van het aantal gemiddeld te verrichten avond-, nacht- en weekenddiensten per maand, ingedeeld in een van de categorieën (a tot en met d). De toeslag bedraagt ten hoogste 6%.
  - a) 0% bij gemiddeld minder dan 2 avond-, nacht- of weekenddiensten per maand;
  - b) 2% bij gemiddeld 2 of meer maar minder dan 6 avond-, nacht- of weekenddiensten per maand;
  - c) 4% bij gemiddeld 6 of meer maar minder dan 10 avond-, nacht- of weekenddiensten/ maand;
  - d) 6% bij gemiddeld 10 of meer avond-, nacht- of weekenddiensten per maand.

Bij tussentijdse structurele wijziging gedurende het kalenderjaar, met in acht neming van artikel 7.1.1. AMS, zal nader overleg plaatsvinden over de consequenties voor de hoogte en de aanpassing van de toeslag.

- 4) Voor de intensiteittoeslag wordt de medisch specialist, aan de hand van het gemiddeld te werken aantal uren arbeid tijdens avond-, nacht- of weekenddienst per maand, ingedeeld in een van de categorieën (a tot en met d). De toeslag bedraagt ten hoogste 15%.
  - a) 0% bij gemiddeld minder dan 8 uur avond-, nacht- of weekenddienst per maand;
  - b) 5% bij gemiddeld 8 uur of meer avond-, nacht- of weekenddienst per maand, maar minder dan 16 uur avond-, nacht- of weekenddienst per maand;
  - c) 10% bij gemiddeld 16 uur of meer avond-, nacht- of weekenddienst per maand, maar minder dan 24 uur avond-, nacht- of weekenddienst per maand;
  - d) 15% bij gemiddeld 24 uur of meer avond-, nacht- of weekenddienst per maand.

Bij tussentijdse structurele wijziging gedurende het kalenderjaar zal nader overleg plaatsvinden over de consequenties voor de hoogte en de aanpassing van de toeslag.

- 5) De intensiteittoeslag heeft betrekking op het gemiddeld aantal gewerkte uren per maand tijdens avond-, nacht- of weekenddienst. Onder gewerkte uren wordt begrepen de tijd door de medisch specialist besteed aan directe patiëntenzorg die geen uitstel duldt. Activiteiten die in ieder geval als zodanig worden benoemd zijn:

- consulten, intercollegiaal en/of telefonisch;
- patiëntencontacten;
- opnames en dergelijke;
- (extra) woon-werkverkeer (reistijd) in het kader van diensten.

Bij tussentijdse structurele wijziging gedurende het kalenderjaar zal nader overleg plaatsvinden over de consequenties voor de hoogte en de aanpassing van de toeslag. ◀



## COLOFON

*Het Witte Boek deel IV is een uitgave van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) te Utrecht en is bestemd voor leden van de OMS. Dit Witte Boek vindt u op de website [www.orde.nl](http://www.orde.nl)*

*Daarnaast bevat de website verschillende modellen en overeenkomsten als basis voor praktische toepassing van regelingen. In de tekst van dit boek wordt daar op diverse plaatsen naar verwezen.*

### Vragen

*Heeft u vragen of opmerkingen over het Witte Boek? Meld uw vragen of opmerkingen aan de Kamer Vrij Beroep via [infodesk@orde.nl](mailto:infodesk@orde.nl) of (030) 28 23 666.*

### Redactie

*Orde van Medisch Specialisten*

### Vormgeving

*Ijzersterk, Rotterdam*

### Copyright

*© Orde van Medisch Specialisten*

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

### Vrijwaring

*De Orde van Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van het Witte Boek. 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.



Orde van Medisch Specialisten