



Orde van Medisch Specialisten

# Addendum

*Het Witte Boek deel IV*

**Van covenant naar lokale  
invoering van het beheersmodel**



# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1 Introductie	4
1.2 Aanpak	4
1.3 Leeswijzer	4
<b>2 Macro kader 2012</b>	<b>5</b>
2.1 Berekening definitieve macrokader 2012	6
2.2 Mutatieruimte 2012	6
2.3 Toewijzing basisaandeel ziekenhuizen en ZBC's	6
2.4 Rekenkader tariefberekening 2012	7
<b>3 Van convenant naar lokale invoering</b>	<b>8</b>
3.1 Vaststelling initiële omzetplafond	9
3.2 Splitsing initiële omzetplafond in 'via' en 'aan' deel	9
3.3 Splitsing omzetplafond in een vast en variabel deel	10
3.4 Verdeelmodel omzetplafond	11
3.5 Productieafspraken	11
3.6 Aanvraag en toekenning mutatieruimte	11
3.7 Aanvraag tussentijdse verschuivingen	12
3.8 Afrekening omzetplafond op instellingsniveau	12
3.9 Afrekening omzetplafond op macroniveau	12
<b>4 DOT tarieven</b>	<b>13</b>
4.1 Rol van tarieven	14
4.2 Honorariumtarieven	14
4.3 Beschikbaarheidsbijdrage	14
4.4 Impactanalyses	15
<b>5 Model stafmaatschapsovereenkomst</b>	<b>16</b>
<b>6 Intrekking wetsvoorstel Wet Personenvennootschap</b>	<b>18</b>
<b>7 Model toelatingsovereenkomst</b>	<b>20</b>
7.1 Waarom een nieuwe MTO?	21
7.2 Samenvatting MTO 2011	21
7.3 Winstpunten	22
<b>8 Vorming regiomaatschappen</b>	<b>23</b>
8.1 Kwaliteit	24
8.2 Mededingingsvragen	24
8.3 Fiscaal ondernemerschap	24
<b>9 Medisch specialisten in dienstverband</b>	<b>25</b>
<b>Colofon</b>	<b>27</b>



# 1 Inleiding

- Introductie
- Aanpak
- Leeswijzer

# “Dit Addendum geeft nadere invulling aan onderwerpen uit het Witte Boek deel IV en biedt handvatten hoe te komen van convenant tot lokale implementatie van het beheersmodel.”

## 1.1 INTRODUCTIE

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) hebben in december 2010 overeenstemming bereikt over de bekostiging van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaars van 2012 tot 2015. Na raadpleging van de achterban hebben partijen in mei 2011 het convenant bekostiging medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaars 2012 – 2014 (hierna: convenant) ondertekend. Aan de hand van dit convenant zijn de voorbereidingen gestart om invoering van het beheersmodel per 1 januari 2012 mogelijk te maken.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op aanwijzing van de minister de financiële afspraken uit het convenant verwerkt in een beleidsregel en nadere regel beheersmodel. Deze beleidsregel en nadere regel vormen de publiekrechtelijke basis voor lokale invoering van het beheersmodel. Beide regels zijn door de NZa op 27 september 2011 vastgesteld onder voorbehoud van wijziging van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Dit wijzigingsvoorstel ligt ter goedkeuring bij de Eerste Kamer. De verwachting is dat de gewijzigde wet begin 2012 wordt ingevoerd. De wetswijziging geeft ruimte om de maatregelen uit het convenant uit te voeren die

beogen het fiscaal ondernemerschap zeker te stellen.

Naast een wijzigingsvoorstel WMG ligt er ook een wetsvoorstel Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) bij de Tweede Kamer. Oorspronkelijk stonden hierin voorstellen die de rechtspositie van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar vergaand zouden uithollen, maar conform het convenant en door invloed uit te oefenen op de parlementaire besluitvorming is de aanwijzingsbevoegdheid van de raad van bestuur wettelijk ingeperkt zodat professionele autonomie geborgd is.

**► Dit Addendum geeft nadere invulling aan onderwerpen uit het Witte Boek deel IV en biedt handvatten hoe te komen van convenant tot lokale implementatie van het beheersmodel. ◀**

De adviezen die de OMS in dit Addendum geeft zijn niet bindend, maar bieden u een handvat.

Het Addendum is een initiatief van de Kamer Vrij Beroep van de OMS. Het is primair geschreven voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaars, maar kan ook dienen als naslagwerk voor medisch specialisten in dienstverband of academisch medisch specialisten.

## 1.2 AANPAK

Het Addendum gaat, evenals het Witte Boek deel IV, uit van een momentopname. Op het moment van schrijven van dit Addendum zijn de veranderingen per 2012 vergaand uitgewerkt, maar nog niet op alle punten tot in detail en definitief. Dit maakt dat ook de inhoud van dit Addendum zich in de aanloop naar en in 2012 verder zal ontwikkelen.

De OMS presenteert dit Addendum digitaal op [www.orde.nl](http://www.orde.nl). De OMS zorgt ervoor dat deze digitale versie up to date blijft.

## 1.3 LEESWIJZER

Achtereenvolgens komen in dit Addendum de volgende onderwerpen aan bod:

- Macrokader 2012
- Van convenant naar lokale invoering
- DOT honorariumtarieven
- Model Stafmaatschapsovereenkomst
- Intrekking wetsvoorstel Wet Personenvenootschap
- Model Toelatingsovereenkomst
- Vorming regiomaatschappen
- Medisch specialisten in dienstverband

*Met uw vragen of opmerkingen over dit Addendum kunt u terecht bij de Kamer Vrij Beroep via [infodesk@orde.nl](mailto:infodesk@orde.nl). ◀*



# 2

## Macrokader 2012

- Berekening definitieve macrokader 2012
- Mutatieruimte 2012
- Toewijzing basisaandeel ziekenhuizen en ZBC's
- Rekenkader tariefberekening 2012

Dit hoofdstuk bevat toelichtingen ten aanzien van de berekening van het definitieve macrokader 2012, de mutatie ruimte 2012 en de verdeling van dit bedrag in een basisaandeel voor ziekenhuizen en ZBC's. Tot slot is uitgelegd op basis van welk rekenkader de NZa tarieven heeft berekend.

## 2.1 BEREKENING DEFINITIEVE MACROKADER 2012

Het macrokader 2012 voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren is berekend door het macrokader 2007 te indexeren met gecorrigeerde realisatiecijfers, loon- en prijsbijstellingen en volumegroei. In het convenant is voor 2012 een macrokader afgesproken van € 2021 miljoen, exclusief ZBC's en incl. verloonde lumpsummers. Het betreft alleen verzekerde zorg geleverd door medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren werkzaam in instellingen voor medisch specialistische zorg die zijn toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

De minister heeft aan de NZa vervolgens een aanwijzing gegeven het macrokader in te richten inclusief ZBC's en exclusief verloonde lumpsummers. Op basis van deze aanwijzing is het macrokader op twee onderdelen aangepast:

- Oorspronkelijk gingen VWS en NZa er vanuit dat verloonde lumpsummers in het macrokader een bedrag vertegenwoordigden van € 183 miljoen (9,03%). Dit bedrag zou uit het macrokader medisch specialisten worden gehaald en worden toegevoegd aan het macrokader ziekenhuizen. Door interventie van de OMS is dit bedrag teruggebracht naar € 82,5 miljoen (4,08%).
- Oorspronkelijk gingen VWS en NZa er vanuit dat medisch specialisten werkzaam in ZBC's een bedrag vertegenwoordigden van € 54,1 miljoen. Dit bedrag zou aan het macrokader medisch specialisten worden toegevoegd. Op basis van realisatiecijfers heeft VWS het macrokader uiteindelijk opgehoogd met in totaal € 91,1 miljoen ten behoeve van ZBC's.

Per saldo hebben deze aanpassingen geleid tot een definitief macrokader 2012 medisch specialisten (ziekenhuizen én ZBC's) van € 2029,7 miljoen (zie figuur 1). Genoemde bedragen zijn in miljoenen euro's. Dit macrokader wordt door de Nza verdeeld in omzetplafonds per instelling.

## 2.2 MUTATIERUIMTE 2012

Een deel van het beschikbare macrokader, de mutatie ruimte, is niet in de initiële omzetplafonds verwerkt. Een bedrag van € 65 miljoen is voor 2012 gereserveerd als mutatie ruimte. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen via gezamenlijke verzoeken bij de NZa een beroep doen op aanvulling van hun initiële omzetplafond uit deze ruimte (zie paragraaf 3.6 Aanvraag en toekenning mutatie ruimte).

<b>2.021</b>	BKZ 2012 convenant
-82,5	af trek verloonde lumpsummers (4,08%)
91,1	toevoeging ZBC's
<b>2.029,7</b>	definitief macrokader 2012

Figuur 1. Berekening definitieve macrokader 2012

<b>2.021</b>	BKZ 2012 convenant
-82,5	af trek verloonde lumpsummers
-62,0	reservering mutatie ruimte
<b>1.876,52</b>	basisaandeel medisch specialisten in ziekenhuizen 2012
91,1	beschikbaar bedrag voor ZBC's
-2,9	reservering mutatie ruimte
<b>88,18</b>	basisaandeel ZBC's

Figuur 2. Toewijzing basisaandeel ziekenhuizen en ZBC's

1.876,52	basisaandeel macrokader medisch specialisten ziekenhuizen 2012
88,18	basisaandeel macrokader medisch specialisten ZBC's 2012
65	mutatieruimte 2012
<b>2.029,7</b>	<b>definitief macrokader 2012</b>

Figuur 3. Opbouw definitieve macrokader 2012

**“Het rond rekenen van het macrokader 2012 op basis van productie 2009 vereist een rekenkundige correctie op het macrokader 2012.”**

2.021	BKZ 2012 excl. ZBC's	volume en prijspeil 2012
-169,7	af trek groei 2010-2012	
<b>1.851,3</b>	BKZ excl. ZBC's na af trek groei	volume 2009 en prijspeil 2012
-75,5	af trek verloonde lumpsummers	is 4,08% van 1.851
<b>1.775,8</b>	rekenkader tariefberekening 2012 excl. ZBC's	volume 2009 en prijspeil 2012

Figuur 4. Rekenkader t.b.v. tariefberekening 2012

## 2.3 TOEWIJZING BASISAANDEEL ZIEKENHUIZEN EN ZBC'S

In de berekening van de initiële omzetplafonds baseert NZa zich op het definitieve macrokader 2012. Dit bedrag valt uiteen in een deel voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren respectievelijk in ziekenhuizen en in ZBC's (zie figuur 2). Genoemde bedragen zijn in miljoenen euro's. Figuur 3 geeft de opbouw van het macrokader weer.

## 2.4 REKENKADER TARIEFBEREKENING 2012

Het bedrag dat als basis heeft gediend voor de berekening van de honorariumtarieven 2012 is afgeleid van het macrokader 2012 en wordt rekenkader genoemd.

► **Waarom is het rekenkader ten behoeve van de tariefberekening 2012 (€ 1775,8 miljoen) een ander en lager kader dan het macrokader 2012?** ◀

De reden hiervoor ligt in de techniek van tariefberekening DOT 2012.

Tarieven 2012 worden 'rond' gerekend onder het macrokader aan de hand van de productie 2009 en normtijden. Er is voor gekozen rond te rekenen met de productie 2009 van ziekenhuizen, omdat:

- geen productiedata voor ZBC's beschikbaar zijn;
- voor ziekenhuis geen productiedata 2012 voorhanden zijn;
- de NZa beschikt over productiedata 2009 als meest recente data van ziekenhuizen.

Het rond rekenen van het macrokader 2012 op basis van productie 2009 vereist een rekenkundige correctie op het macrokader 2012. Zonder een dergelijke correctie zou rond rekenen met de productie 2009 leiden tot te hoge tarieven 2012. Immers, tussen 2009 en 2012 is er productiegroei. De toegestane productiegroei is door de NZa afgetrokken van het macrokader 2012 om tot een geschikt rekenkader te komen. Ook het bedrag beschikbaar voor de verloonde lumpsummers (oorspronkelijk onderdeel uitmakend van het macrokader) is in mindering gebracht. Uiteindelijk is het rekenkader voor de tariefberekening vastgesteld op € 1775,8 miljoen (zie figuur 4). ◀

# 3 Van covenant naar lokale invoering

- Vaststelling initiële omzetplafond
- Splitsing initiële omzetplafond in 'via' en 'aan' deel
- Splitsing initiële omzetplafond in een vast en variabel deel
- Verdeelmodel omzetplafond
- Overeenkomst productieafspraken
- Aanvraag mutatie ruimte
- Aanvraag tussentijdse verschuivingen
- Afrekening op instellingsniveau
- Afrekening op macroniveau



## “De initiële omzetplafonds 2012 voor ziekenhuizen zijn inmiddels vastgesteld.”

► *De financiële afspraken uit het convenant zijn door de NZa verwerkt in een beleidsregel en nadere regel beheersmodel medisch specialisten. Deze regels vormen de basis voor lokale invoering.* ◀

De beleidsregel en nadere regel beheersmodel medisch specialisten zijn te vinden op: [http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/medisch\\_specialisten/beheersingsmodel/publ\\_beheersingsmodel/](http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/medisch_specialisten/beheersingsmodel/publ_beheersingsmodel/)

De NZa heeft het voornemen om deze beleidsregel en nadere regel vast te stellen zodra het wetsvoorstel tot wijziging van de WMG in werking is getreden.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de stappen besproken waarlangs de financiële voorbereiding, uitvoering en afhandeling plaatsvindt van het beheersmodel:

- Vaststelling initiële omzetplafond
- Splitsing initiële omzetplafond in ‘via’ en ‘aan’ deel
- Splitsing initiële omzetplafond in een vast en variabel deel
- Verdeelmodel omzetplafond
- Overeenkomst productieafspraken
- Aanvraag mutatie ruimte
- Aanvraag tussentijdse verschuivingen
- Afrekening op instellingsniveau
- Afrekening op macroniveau

### 3.1 VASTSTELLING INITIËLE OMZETPLAFOND

► *De initiële omzetplafonds 2012 voor ziekenhuizen zijn inmiddels vastgesteld.* ◀

#### Initieel omzetplafond 2012

##### Ziekenhuizen

Voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in de ziekenhuizen is initieel € 1876,52 miljoen beschikbaar (zie figuur 2). Vervolgens is de mogelijkheid om een beroep te doen op een deel van de mutatie ruimte van € 65 miljoen.

De initiële omzetplafonds van ziekenhuizen in 2012 rekent de NZa in twee stappen uit:

- honorariumomzet 2009 / totale landelijke honorariumomzet = omzetaandeel (%);
- omzetaandeel \* basisaandeel macrokader ziekenhuizen 2012 = initieel omzetplafond ziekenhuis.

Ten aanzien van onderlinge dienstverlening geldt dat de instelling via / door welke het honorarium bij de zorgverzekeraar is gedeclareerd de betreffende omzet toebedeeld krijgt in de honorariumomzet 2009 en dus in het omzetplafond 2012.

##### ZBC's

Voor de ZBC's wordt een andere benadering gehanteerd. Op basis van een aparte gegevensuitvraag waarin de verwachte omzet 2011 geïnventariseerd, ook voor ZBC's die in 2010 en 2011 zijn gestart, wordt het omzetplafond vastgesteld.

Als het totaal van de verwachte omzet het beschikbare aandeel in macrokader van € 88,18 miljoen voor ZBC's overschrijdt, zal naar rato worden verminderd. Dit betekent dat voor de ZBC's de groei die in 2010 en 2011 heeft plaatsgevonden al in belangrijke mate in het omzetplafond is meegenomen.

#### Initieel omzetplafond 2013-2014

Voor de vaststelling van de initiële omzetplafonds 2013 bouwt de NZa voort op de initiële omzetplafonds 2012 en de in 2012 toegekende mutaties. Voor 2014 gelden de initiële omzetplafonds 2013 en de in 2013 toegekende mutaties als uitgangspunt.

### 3.2 SPLITSING INITIËLE OMZETPLAFOND IN 'VIA' EN 'AAN' DEEL

► *Formeel moeten instelling en collectief voor 1 november 2011 gezamenlijk een aanvraag indienen bij de NZa om dit initiële omzetplafond te splitsen in deel voor het collectief en een deel voor eventuele 'aan' declaranten. De NZa zal dit eerste jaar overigens coulant omgaan met de deadline van 1 november. Dit heeft ook te maken met het moment van goedkeuring van de wijzigingen in de WMG. De OMS adviseert u de berichtgeving van de NZa nauwkeurig in de gaten te houden.* ◀

De NZa stelt een initieel omzetplafond 2012 vast voor alle ten behoeve van die instelling werkzame medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. De NZa

gaat er vanuit dat deze beschikking van toepassing is voor de situatie dat de in de instelling werkzame medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren 'aan' de instelling declareren.

Als medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren zich verenigen in een collectief en verdeelafspraken met de raad van bestuur maken mogen zij 'via' de instelling declareren. Dit is een belangrijke voorwaarde voor behoud van het fiscaal ondernemerschap.

Om de status van 'via' declarant te krijgen moeten collectief en raad van bestuur een gezamenlijk verzoek indienen voor overdracht van een initieel omzetplafond voor het collectief. Als niet alle medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren deel uit maken van het collectief bevat het verzoek ook een tussen collectief en raad van bestuur overeengekomen splitsing van het omzetplafond in een deel voor het collectief en een deel voor de 'aan' declaranten buiten het collectief.

Voor het verzoek wordt een formulier beschikbaar gesteld via [www.nza.nl](http://www.nza.nl). Dit formulier moet worden ingevuld en ondertekend door raad van bestuur en collectief. De aanvragers geven hierop aan welke medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren deel uit maken van het collectief en bevestigen dat er verdeelafspraken bestaan zoals afgesproken in het convenant. Met betrekking tot de verdeelafspraken vindt er overigens geen inhoudelijke toets plaats door de NZa.

Op basis van het verzoek maakt de NZa een nieuwe beschikking met daarin het initieel omzetplafond voor het collectief en - in geval van splitsing - een nieuwe beschikking met daarin het initieel omzetplafond voor de 'aan' declaranten.

Om de splitsing van het initiële omzetplafond overeen te komen worden onderhandelingen gevoerd tussen collectief en raad van bestuur. De grondslag voor splitsing is een belangrijke afweging in deze onderhandelingen. De OMS adviseert als grondslag het door het collectief gekozen verdeelmodel. Dit verdeelmodel is weliswaar bepaald door de (toekomstige) deelnemers aan het collectief maar zou ook moeten gelden als basis voor het omzetplafond voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die niet aan het

collectief willen deelnemen.

Iedere andere wijze van vaststellen van het omzetplafond voor de 'aan' declaranten leidt ertoe dat dit ten laste of ten gunste gaat van het omzetplafond voor het collectief.

Instelling en collectief die een aanvraag hebben ingediend voor splitsing van het omzetplafond hebben de mogelijkheid om een eventueel gerealiseerde onder- en overschrijding van het 'aan' of 'via' omzetplafond binnen de instelling te salderen door plafondruimte over te hevelen (zie ook paragraaf 3.8 Afrekening omzetplafond op instellingsniveau).

### 3.3 SPLITSING OMZETPLAFOND IN EEN VAST EN VARIABEL DEEL

► *Zoals in de vorige paragraaf 3.2 benoemd, moeten raad van bestuur en collectief in een formulier aan de NZa bevestigen dat er verdeelafspraken bestaan zoals afgesproken in het convenant. Belangrijk element in de verdeelafspraken vormt de splitsing van het omzetplafond (van het collectief) in een vast en variabel deel.*

*Volgens het convenant worden aan het variabele deel voorwaarden of prestaties gekoppeld. Daarbij is het goed te realiseren dat het variabele deel van het omzetplafond eerst daadwerkelijk 'gevolgd' moet worden met DOT honorariumomzet. ◀*

Om recht te doen aan lokale verschillen is in het convenant een bandbreedte afgesproken van 15% tot 25% voor het variabele deel. Met 20% als terugvaloptie op het moment dat geen afspraken tot stand komen. Dit laatste is in de nieuwe Model Toelatingsovereenkomst (MTO) vastgelegd.

Aangezien er geen relatie bestaat tussen afgesproken voorwaarden of prestaties en DOT omzet waarmee ook het variabele deel moet worden gevuld, ligt het voor de hand het percentage variabel deel zo laag mogelijk te houden.

Voorwaarden of prestaties kunnen betrekking hebben op kosten die het ziekenhuis maakt ten behoeve van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaren en die geen

onderdeel uitmaken van de ziekenhuiskosten, zoals inningskosten, accountantskosten en kosten aansprakelijkheidsverzekering. Deze kosten kunnen ten laste worden gebracht van het variabele deel.

Na aftrek van genoemde kosten kunnen voorwaarden of prestaties worden afgesproken met betrekking tot het variabele deel die betrekking hebben op onderwerpen als lokale speerpunten, kwaliteit, terugdringen niet noodzakelijke zorg, terugdringen praktijkvariatie, veiligheid, innovatie, opleidingsactiviteiten en medisch leiderschap. Er kan worden uitgegaan van lopende projecten binnen de instelling die gerelateerd zijn aan bovengenoemde onderwerpen en waarin van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar een prestatie wordt verwacht. Hierbij valt te denken aan het nakomen van productieafspraken, deelnemen aan IFMS, complicatieregistratie en landelijke indicatortrajecten, etc.

Het is van belang met de raad van bestuur een weging toe te kennen aan elke voorwaarde of prestatie om het variabel deel te kunnen nacalculeren. Ook moeten er afspraken zijn over monitoring en beoordeling van voorwaarden en prestaties; op basis van welke criteria, op welke wijze en op welk moment worden voorwaarden en prestaties gemeten, per maatschap of voor het collectief als geheel. Bij het niet realiseren van (een deel van) de afgesproken prestaties vindt nacalculatie (naar rato) plaats voor. Het deel dat als gevolg hiervan niet wordt uitgekeerd, wordt in overleg tussen raad van bestuur en collectief gezamenlijk een honorariumbestemming vastgesteld. Hierbij moet worden vastgesteld dat het geormerkt honorarium van het collectief is en blijft.

Hoewel in het convenant ook meer- en minderproductie is genoemd als mogelijke prestatie in het variabele deel, is dit onderwerp niet voor de hand liggend. Er moeten sowieso productieafspraken worden gemaakt én gerealiseerd om zowel het vaste als variabele deel van het omzetplafond met DOT omzet te kunnen vullen.

Conform het convenant is het vorenstaande van toepassing voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die participeren in het collectief. Voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die niet aan het

fenaren die niet deelnemen aan het collectief geldt dat de raad van bestuur vrij is in het maken van afspraken binnen het beheersmodel.

### 3.4 VERDEELMODEL OMZETPLAFOND

► *Zoals in paragraaf 3.2 benoemd, moeten raad van bestuur en collectief in een formulier aan de NZa bevestigen dat er verdeelafspraken bestaan zoals afgesproken in het convenant. Belangrijk element in de verdeelafspraken vormt ook het verdeelmodel van de omzet die toekomt aan het collectief.* ◀

In het Witte Boek deel IV (hoofdstuk 6) zijn te hanteren verdeelprincipes en verdeelmodellen beschreven. Deze modellen zijn niet verplicht. Elk collectief maakt eigen keuzes, waarbij moet worden opgemerkt dat het gekozen model instemming zal moeten hebben van de raad van bestuur. Immers, op het formulier dat wordt ingediend bij de NZa moeten zowel raad van bestuur als collectief een handtekening zetten.

### 3.5 PRODUCTIEAFSPRAKEN

► *Tussen de raad van bestuur en medisch specialisten (al dan niet georganiseerd in een collectief) moeten bindende productieafspraken worden gemaakt. Over deze productieafspraken wordt vervolgens onderhandeld met de zorgverzekeraars. Met de raad van bestuur moeten - conform zowel de huidige als de nieuwe MTO-afspraken worden gemaakt over de vertegenwoordiging van medisch specialisten binnen de onderhandelingsdelegatie van het ziekenhuis voor het overleg met de zorgverzekeraars.* ◀

Om tot productieafspraken te komen is het allereerst van belang de parameters te bepalen die de grondslag voor productieafspraken vormen. Dit kunnen er meerdere zijn zoals de klassieke FB-parameters, DBC's en DOT-zorgproducten. Bij de laatste categorie is de vraag aan de orde of het mogelijk is een goede conversie te maken van DBC's naar DOT-zorgproducten. Dit is een belangrijk aandachtspunt omdat er weliswaar conversie in de ziekenhuizen plaatsvindt, maar ook geconstateerd moet worden dat er in kader van DOT nog geen registratie heeft plaatsgevonden op basis

van daadwerkelijk uitgevoerde zorgprocessen in een bepaalde periode.

Vervolgens is het van belang het productiekader vast te stellen. Het medisch beleidsplan is hierbij van belang. Maar ook de mogelijke beperking die het omzetplafond oplegt voor de productie van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren speelt een belangrijke rol.

Het initiële omzetplafond is gerelateerd aan het lokale omzetniveau 2009 en het beschikbare makro kader 2012 (minus mutatiëruimte). Voor het af te spreken productieniveau 2012 is het derhalve logisch ook het productieniveau 2009 als vertrekpunt te nemen en hierbij de in het makro kader toegestane volumegroei van 2010 (3,5%) en 2011 (2,5%) op te tellen. Hier zullen veel collectieven naar verwachting tot de constatering komen dat de toegestane volumegroei 2010, 2011 kleiner is dan de werkelijke gerealiseerde volumegroei in 2010 en 2011. Zorgverzekeraars Nederland trekt in haar analyses de conclusie dat de afgesproken toegestane volumegroei van 2,5% in 2012 reeds is gerealiseerd in 2010/2011.

Advies aan collectieven is na te gaan wat lokaal de werkelijke groei is geweest in 2010 en 2011 ten opzichte van de genoemde toegestane groei en hierover in overleg te treden met de raad van bestuur en zorgverzekeraars. Aangezien een mutatiëruimte € 64,9 miljoen buiten de vaststelling van de initiële omzetplafonds is gehouden is het vervolgens van belang dat ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars een beroep doen op de mutatiëruimte 2012 om werkelijke volumegroei in 2010 en 2011 - voor zover boven de toegestane groei - te 'wissen'. Waarbij moet worden opgemerkt dat de beschikbare mutatiëruimte wellicht ontoereikend zal zijn om volledig aan alle aanvragen tegemoet te komen (zie paragraaf 3.6 Aanvraag en toekenning mutatiëruimte).

Bij de onderhandelingen over productieafspraken kan er over de hoogte van de honorariumtarieven worden onderhandeld. De honorariumtarieven zijn immers, net als in het verleden bij de verrichtingen en DBC's, maximumtarieven.

### 3.6 AANVRAAG EN TOEKENNING MUTATIËRUIMTE

► *De initiële omzetplafonds die de NZa vaststelt kunnen worden verhoogd middels een gezamenlijk ingediende mutatiëaanvraag van raad van bestuur, zorgverzekeraars én collectief. Er is landelijk € 64,9 miljoen mutatiëruimte beschikbaar die door de NZa volledig wordt toegekend.* ◀

De aanvragen kunnen betrekking hebben op groei als gevolg van een toenemende zorgvraag, nieuwe zorgproducten en/of nieuwe functies (speerpunten), herstel van productieniveau na een relatief zware omzetzakking in voorliggende jaren, etc.

Zoals in de vorige paragraaf benoemd zal de mutatiëruimte voornamelijk gebruikt kunnen worden voor het 'wissen' van volumegroei, zijnde het verschil tussen daadwerkelijk gerealiseerde groei en toegestane groei in de voorliggende jaren. Dit geldt vooral voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren werkzaam in ziekenhuizen.

Voor ZBC's kan dit anders liggen omdat de initiële omzetplafonds voor ZBC's worden gebaseerd op de verwachte omzet waarin de volumegroei tot en met 2011 is meegenomen. Een beroep op de mutatiëruimte zal in dat geval mogelijk worden gedaan om daadwerkelijke groei afspraken 2012 te realiseren.

Als de ingediende aanvragen de beschikbare mutatiëruimte overstijgen, vindt toekenning naar rato plaats. In dat geval kan het wenselijk zijn om productieafspraken bij te stellen.

Mocht de mutatiëruimte niet volledig worden benut dan verdeelt de NZa deze ruimte naar rato van de initiële (eventueel gesplitste) omzetplafonds. De mutatiëruimte wordt hierdoor volledig benut.

De aanvraag voor mutatiëruimte dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- De aanvraag kan uitsluitend worden gedaan door middel van het formulier dat de NZa op de website publiceert (zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl)).
- De aanvragen om in aanmerking te komen voor mutatiëruimte moeten voor 1 april 2012 bij de NZa zijn ingediend.

- Indien er een aanvraag ten laste van de mutatierruimte betrekking heeft op het omzetplafond voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die 'aan' declareren dient de aanvraag door de instelling en een of meer zorgverzekeraars te worden gedaan.
- Indien er een aanvraag ten laste van de mutatierruimte betrekking heeft op het omzetplafond voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die 'via' declareren dient de aanvraag door de instelling, het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en een of meer zorgverzekeraars gezamenlijk te worden gedaan.

### 3.7 AANVRAAG TUSSENTIJDSE VERSCHUIVINGEN

► *De omzetplafonds die de NZa vaststelt na toekenning van eventuele mutatierruimte kunnen in hoogte worden beïnvloed door tussentijdse verschuivingen van omzetplafond tussen instellingen. Behoeft aan tussentijdse verschuiving kan bijvoorbeeld ontstaan door selectieve zorginkoop, concentratie en spreiding van functies. Aanvragen voor tussentijdse verschuivingen worden ingediend met instemming van betrokken instellingen, collectieven en zorgverzekeraars. ◀*

Het verzoek dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- De aanvraag moet uiterlijk 1 maart 2013 zijn ingediend bij de NZa.
- De hoogte van het omzetplafond dat wordt overgeheveld dient te worden vermeld. Indien er sprake is van een 'aan'- en 'via' omzetplafond dient ook aangegeven te worden welk omzetplafond ('aan'- of 'via' declareren) moet worden verlaagd dan wel moet worden verhoogd.
- De som van de verhoging en de verlaging van de omzetplafonds van betrokken instellingen (en collectief) moet gelijk zijn.
- De aanvraag moet voorzien zijn van de handtekeningen van de betrokken instellingen en de zorgverzekeraars waarmee een contract voor levering van zorgproducten is gesloten. Indien bij de vrijwillige overdracht ook het omzetplafond van het collectief is betrokken moeten zij ook meetekenen.

### 3.8 AFREKENING OMZETPLAFOND OP INSTELLINGSNIVEAU

► *Instelling en collectief die een aanvraag hebben ingediend voor splitsing van het omzetplafond hebben de mogelijkheid om een eventueel gerealiseerde onder- en overschrijding van het 'aan' en 'via' omzetplafond binnen de instelling te salderen door plafondruimte over te hevelen. ◀*

Een aanvraag voor overheveling van plafondruimte binnen de instelling wordt door de NZa alleen in behandeling genomen wanneer aan de volgende vereisten wordt voldaan:

- De aanvraag kan uitsluitend worden gedaan door middel van het formulier dat de NZa op de website publiceert (zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl))
- De aanvraag dient vóór 30 juni 2013 bij de NZa ingediend te zijn.
- In het aanvraagformulier dient de nieuwe verdeling van het 'aan' en 'via' omzetplafond aangegeven te worden.
- Het totaal van de nieuwe omzetplafonds mag de omzetplafonds voor saldering niet overschrijden.
- De aanvraag moet voorzien zijn van een handtekening van dezelfde partijen die het splitsingsverzoek ex ante hebben ingediend.

### 3.9 AFREKENING OMZETPLAFOND OP MACRONIVEAU

De NZa stelt middels de nadere regel eisen aan de inrichting van de administratie van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren die deel uitmaken van een collectief. De administratie dient zodanig te worden ingericht dat kan worden afgeleid:

- de honorariumomzet die voortvloeit uit de tarieven die 'via' de instelling aan de patiënt of de zorgverzekeraar in rekening zijn gebracht;
- het onderhanden werk met betrekking tot de in rekening te brengen tarieven alsmede de wijze waarop het onderhanden werk is berekend.

In het Witte Boek deel IV is reeds ingegaan op het onderhanden werk maar is nog niet aangegeven op welke wijze dit berekend moet worden. De NZa heeft inmiddels besloten dat voor de bepaling van de omzet wordt aangesloten bij de jaarreke-

ning van de instelling; dit betekent dat het onderhanden werk op dezelfde wijze wordt bepaald en meeloopt in de omzet als voorgaande jaren.

De administratievoorschriften vereisen dat de instelling de NZa uiterlijk 1 juni na afloop van het kalenderjaar informeert over het totaal van de door haar in rekening gebrachte tarieven. Hierbij dient een onderscheid te worden gemaakt tussen de honoraria die door ('aan') het ziekenhuis in rekening zijn gebracht en honoraria die door een collectief 'via' de instelling in rekening zijn gebracht.

Naast saldering binnen de instelling wordt door de NZa eveneens de systematiek van saldering tussen instellingen toegepast. Overschrijdingen bij instellingen worden gebruikt om de overschrijdingen bij andere instellingen te compenseren. Door opbrengstoverschotten en -tekorten tussen instellingen te salderen wordt het beschikbare macrokader optimaal benut. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen ziekenhuizen en ZBC's.

De saldering tussen instellingen zal plaatsvinden naar rato van het aandeel van het initieel toegekende omzetplafond in de totaal beschikbare ruimte. Dit betekent dat alle omzetplafonds (zowel de 'aan' als de 'via' omzetplafonds) die een overschrijding kennen meelopen in de saldering. Instellingen die na saldering nog steeds een overschrijding hebben, ontvangen van de NZa een brief met daarin het bedrag dat teruggestort moet worden in het Zorgverzekeringsfonds.

De NZa stelt aan de nacalculatie de volgende voorwaarden:

- De opgaven aan de NZa vinden plaats door middel van een nacalculatieformulier dat de NZa hiervoor beschikbaar stelt.
- Het nacalculatieformulier dient uiterlijk 1 juni na afloop van het kalenderjaar worden ingediend bij de NZa.
- Het nacalculatieformulier dient voorzien te zijn van een accountantsverklaring. ◀

# 4

## DOT tarieven

- Rol van tarieven
- Honorariumtarieven
- Beschikbaarheidsbijdrage
- Impactanalyses

## “Op 15 november 2011 worden de tarieven definitief uitgeleverd.”

### 4.1 ROL VAN TARIEVEN

Per 2012 wordt voor de ziekenhuizen prestatiebekostiging ingevoerd. Zie voor bekostiging ziekenhuizen het Witte Boek deel IV, hoofdstuk 9 van dit Addendum en [www.nvz-ziekenhuizen.nl](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl). Voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren wordt de bekostiging van de zorg begrensd door de invoering van het beheersmodel en het van toepassing zijnde macrokader medisch specialisten.

Hoewel genoemde bekostigingssystemen voor ziekenhuizen en medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren niet gelijkgericht zijn, geldt voor beide categorieën dat de zorg wordt ingedeeld in een gereguleerd segment (voorheen A-segment), een groter vrij segment van 70% (voorheen B-segment 34%) en een vast segment. Met betrekking tot het vrije segment van 70% geldt dat instellingen kunnen onderhandelen over zowel productievolume als (kosten)tarief. Voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren, zowel de poortspecialismen als de ondersteunende specialisten en zowel de ‘aan’ als de ‘via’ declaranten, zijn maximumtarieven van toepassing.

Specifiek aandachtspunt voor de ondersteunende specialismen is en blijft het vrij onderhandelbaar profiel. Evenals bij het voormalige B-segment geldt voor het vrije segment dat de ondersteunende specialis-

men en de poortspecialismen, voor zover deze ondersteunende producten leveren, met de instelling en de zorgverzekeraars afspreken welke ondersteunende producten deel uitmaken van de te leveren zorgproducten. Uiteraard speelt hier de begrenzing door het omzetplafond een belangrijke rol.

### 4.2 HONORARIUMTARIEVEN

De nieuwe wijze waarop de DOT honorariumtarieven 2012 tot stand zijn gekomen is beschreven in het Witte Boek deel IV. In paragraaf 2.3 van dit Addendum is beschreven onder welk rekenkader de DOT honorariumtarieven 2012 zijn rondgerekend.

De DOT honorariumtarieven 2012 zijn per 1 september 2011 door de NZa vastgesteld. De honorariumtarieven van de poortspecialismen zijn gepubliceerd. Voor de ondersteunende specialismen zijn allen de honorariumtarieven in het gereguleerde segment gepubliceerd. Per 17 oktober 2011 zijn hieraan de honorariumtarieven van de ondersteunende specialismen in het vrije segment toegevoegd. Zie [www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl).

Op 15 november 2011 worden de tarieven definitief uitgeleverd. Ten opzichte van de eerder gepubliceerde tarieven per 1 september 2011 worden twee beleidsmatige wijzigingen doorgevoerd. Enerzijds

betreft dat de correctie op de gehanteerde aanname voor uitvalproducten. Anderzijds heeft de NZa de onterecht doorgevoerde korting voor rijbewijskeuringen en bevolkingsonderzoek naar baarmoederskanker verwerkt. Daarnaast heeft DBC Onderhoud enkele technische wijzigingen doorgevoerd.

### 4.3 BESCHIKBAARHEIDSBIJDRAGE

#### Algemeen

Naast een gereguleerd segment (voorheen A-segment) en een groter vrij segment bestaat vanaf 2012 ook een vast segment. In dit segment is een aantal zorgprestaties ondergebracht waarvoor het niet mogelijk en/of wenselijk is om deze rechtstreeks via zorgproducten te bekostigen. Het gaat hier om specifieke functies gerelateerd aan beschikbaarheid of specifieke deskundigheid. De minister heeft een aantal vormen van zorg aangewezen waarvoor de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan vaststellen. Het gaat om de volgende vormen van zorg:

- academische zorg;
- brandwondenzorg;
- zorg verleend door het calamiteitenhospitaal;
- post mortem orgaanuitname bij donoren;
- spoedeisende hulp (specifieke kleine ziekenhuizen);
- traumazorg.

## **“De overstap van DBC’s naar DOT zorgproducten en de nieuwe wijze van tariefberekening zal leiden tot omzetverschuivingen.”**

De instellingen die in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage kunnen deze bij het College Zorgverzekeringen in rekening brengen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

### **Honoraria medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren**

De NZa zal een separate opslag voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren berekenen binnen de beschikbaarheidsbijdrage voor brandwondenzorg en traumazorg. Voor de andere vormen van zorg is in de huidige budgetvergoeding al voorzien in een vergoeding voor de medisch specialist of de vergoeding heeft expliciet alleen betrekking op materiële kosten. Deze honoraria die onderdeel uitmaken van de beschikbaarheidsbijdrage voor brandwondenzorg en traumazorg tellen op dit moment strikt genomen niet mee als omzet onder het omzetplafond. Mogelijk vindt aanpassing van de regelgeving plaats.

Het bleek voor de NZa niet mogelijk de vergoeding voor de honoraria te bepalen op basis van bestaande onderzoeken/onderbouwingen. Als gevolg hiervan is gekozen voor een pragmatische systematiek. De honorariumopslag voor de brandwondencentra en traumacentra wordt berekend door de landelijke verhouding honorarium van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren ten opzichte van de totale zieken-

huiskosten te vermenigvuldigen met de beschikbaarheidsbijdrage voor betreffende brandwondencentrum of traumacentrum.

### **4.4 IMPACTANALYSES**

**► De overstap van DBC’s naar DOT zorgproducten en de nieuwe wijze van tariefberekening zal leiden tot omzetverschuivingen. De OMS adviseert collectieven om aan de hand van een impactanalyse meer zicht te krijgen op deze verschuivingen, bijvoorbeeld in relatie tot het initiële omzetplafond. Dit inzicht kan van belang zijn bij de onderhandelingen over productievolume en bij het aanvragen van aanvullend omzetplafond uit de mutatieuimte. ◀**

De NZa heeft impactanalyses uitgevoerd op de DOT honorariumtarieven en deze geanonimiseerd per specialisme per ziekenhuis gepubliceerd via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

De NZa biedt de mogelijkheid aan instellingen en collectieven om inzicht te krijgen in de impactanalyse op instellingsniveau. Instellingen en collectieven moeten daarvoor een verzoek indienen. De NZa heeft besloten om de ingediende verzoeken individueel te behandelen. De gegevens met betrekking tot medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren dienen door het collectief van de instelling aangevraagd te worden; de gegevens van medisch speci-

alisten in loondienst kunnen door de raad van bestuur worden opgevraagd.

De NZa kan niet aan alle instellingen informatie verstrekken. Dat komt omdat de NZa in de impactanalyses productiedata van 72 instellingen heeft meegenomen. Productiedata van sommige instellingen zijn niet meegenomen omdat deze van onvoldoende omvang zijn. Een tweede reden kan zijn dat een instelling niet is meegenomen om een representatieve populatie te behouden in de impactanalyses.

Naast de impactanalyses van de NZa heeft de OMS opdracht gegeven aan LOGEX om voor zes ziekenhuizen een eigen impactanalyse te doen. ◀

# 5 Model stafmaatschapsovereenkomst



## **“De OMS biedt de collectieven een handreiking met de model stafmaatschapsovereenkomst, uiteraard voorzien van een toelichting.”**

Onderdeel van de lokale voorbereidingen in het kader van de uitvoering van het beheermodel is de inrichting van een collectief. Door het collectief wordt immers het ‘via’ declareren mogelijk gemaakt. De OMS biedt de collectieven een handreiking met de inmiddels ontwikkelde model stafmaatschapsovereenkomst, uiteraard voorzien van een toelichting.

Het model is door de OMS opgesteld in samenwerking met een notaris, advocaat en fiscaal jurist. Bij afweging van voor- en nadelen van diverse rechtsvormen, verdient de maatschap onze voorkeur, onder andere omdat hiermee het fiscaal ondernemerschap beter is gewaarborgd dan bijvoorbeeld in een coöperatieve vereniging. Echter, lokaal zal steeds de afweging moet worden gemaakt welke aspecten de doorslag geven in de keuze voor een bepaalde rechtsvorm. Het blijft dan ook raadzaam u bij te laten staan bij de definitieve inrichting van het collectief door een civiel en een fiscaal jurist. Zij kunnen u ook behulpzaam zijn bij het maken van diverse keuzes in het model.

Maatschapsleden zijn de deelnemende praktijken: de praktijken zelf blijven dus als zodanig bestaan. Zij vaardigen een maatschapslid af in de staf, die het stemrecht van de maatschap uitoefent in het collectief. Verder voorziet het model in een maatschapsbestuur, dat ter uitvoering van

haar taken gevolmachtigd wordt door de maten in de staf.

Het model is zo ingericht, dat bij het aangaan van de maatschap iedere deelnemende medisch specialist de overeenkomst tekent. Na de oprichting van de maatschap hoeft alleen het register van maten te worden bijgehouden bij iedere toe- en uittreding van een individuele medisch specialist: de overeenkomst zelf blijft door deze toe- of uittredingen ongemoeid. Als er een bestaande stafmaatschap is met dezelfde deelnemers, is het aan te raden deze op te heffen en het nieuwe collectief hiervoor in de plaats te laten treden. De modelovereenkomst is voor een reactie aangeboden aan het ministerie van Financiën. Deze reactie wordt binnenkort verwacht en zal u de zekerheid geven dat het werken met deze modelovereenkomst voor een stafmaatschap niet wringt met het zwaar bevochten behoud van het fiscaal ondernemerschap. De geschillenregeling is nog niet definitief, zoals ook wordt aangegeven in de toelichting. Over de inrichting van deze regeling wordt nog overlegd met de NVZ en het Scheidsgerecht.

Het Document Medische Staf (DMS) moet worden aangepast, mede afhankelijk van het overleg met de NVZ en het Scheidsgerecht over de voorgestelde geschillenregeling. Daarnaast dient een nadere regeling te worden opgenomen over de

prioriteit van diverse samenwerkingen. Als het model DMS wordt aangepast, is het verstandig ook het DMS op lokaal niveau aan te passen. ●

*U treft de model stafmaatschapsovereenkomst aan op [www.orde.nl](http://www.orde.nl). Zodra het ministerie van Financiën akkoord heeft verstrekt en de geschillenregeling alsmede de aanpassing van het DMS definitief is, zullen wij ook dat aangeven. Voor vragen of opmerkingen kunt u terecht bij [infodesk@orde.nl](mailto:infodesk@orde.nl).*

# 6

## Intrekking wetsvoorstel Wet Personenvennootschap

***“De OMS adviseert om samenwerkingsafspraken waarin is geanticipeerd op het wetsvoorstel WPV te laten toetsen.”***

► ***De minister van Binnenlandse Zaken heeft besloten om op korte termijn een procedure voor intrekking van het Wetsvoorstel Personenvennootschappen (WPV) in gang te zetten.*** ◀

Volgens de minister zou de primaire doelstelling van de WPV - het faciliteren van ondernemers - onvoldoende tot zijn recht komen. Dit schrijft hij in een brief aan de Eerste Kamer naar aanleiding van het kritische voorlopige verslag van de Eerste Kamer over dit wetsvoorstel. Met deze brief is het wetsvoorstel formeel nog niet van de baan, maar u kunt er wel vanuit gaan dat deze plannen de komende jaren geen vervolg krijgen.

Dit betekent dat:

- de huidige wetgeving in stand blijft en er dus geen ander samenwerkingsverband dan het nu geldende hoeft te worden aangegaan;
- de OMS adviseert om samenwerkingsafspraken waarin is geanticipeerd op het wetsvoorstel WPV te laten toetsen door een eigen adviseur of door de OMS om na te gaan of aanpassing nodig is;
- de verplichting tot inschrijving in het handelsregister in stand blijft: deze verplichting is op grond van de Handelsregisterwet wel al van kracht, zelfs voor de stille maatschap. ◀

# 7 Model Toelatingsovereenkomst

- Waarom een nieuwe MTO?
- Samenvatting MTO 2011
- Winstpunten

## 7.1 WAAROM EEN NIEUWE MTO?

### ► *Behoud van het fiscaal ondernemerschap* ◀

Begin 2012 wordt de Wet Aanvulling Instrumenten Bekostiging Wet Marktorientering Gezondheidszorg ingevoerd. In deze wijziging van de WMG is voorzien in budgettering van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren per instelling. Aanvankelijk was ook uitgangspunt dat medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren hun honorarium uitsluitend nog aan de instelling zouden kunnen declareren. Dit betekende voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren mogelijk het einde van het fiscaal ondernemerschap.

De OMS heeft zich hiertegen met succes verzet. In het convenant is vastgelegd dat de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren hun honorarium via de instelling kunnen blijven declareren mits zij zich verenigen in een collectief en daarin ten aanzien van het omzetplafond verdeel- en productieafspraken maken met de raad van bestuur. In dat geval blijft hun fiscaal ondernemerschap wel overeind.

In de nieuwe Model Toelatingsovereenkomst (MTO) zijn de afspraken zoals vastgelegd in het convenant vertaald naar de overeenkomst tussen de instelling en de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. De nieuwe MTO is daarmee de basis voor de positionering van het collectief en daarmee voor het behoud van het fiscaal ondernemerschap. De modelovereenkomst is voor een reactie aangeboden aan het ministerie van Financiën. Deze reactie wordt binnenkort verwacht en zal u de zekerheid geven dat het werken met deze MTO niet wringt met het zwaar bevochten behoud van het fiscaal ondernemerschap.

### ► *Waarborging van de professionele autonomie* ◀

Op dit moment wordt een wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) voorbereid binnen de commissie Zorg van de Tweede Kamer. Aanvankelijk vormden de bepalingen in deze nieuwe wet een vergaande uitholling van de rechtspositie van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar ten opzichte van de patiënt, maar ook waar het ging om de professionele autonomie ten opzichte van de instelling.

De OMS heeft met succes invloed uitgeoefend om het wetsvoorstel juist op dit punt aangepast te krijgen. Dit heeft erin geresulteerd dat in het aangepaste voorstel de aanwijzingsbevoegdheid van de raad van bestuur wordt ingeperkt. De nieuwe MTO bevestigt het behoud van de professionele autonomie op het niveau van de instelling en de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.

### ► *Aanpassing aan de nieuwe marktdynamiek* ◀

De marktwerking in de zorg en de afspraken die zorgverzekeraars en de ziekenhuizen met de minister van VWS hebben gemaakt in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord vragen om meer flexibiliteit en mobiliteit van medisch specialisten. De komende jaren zullen naar verwachting in het teken staan van ontwikkelingen rond spreiding en concentratie van de medisch specialistische ziekenhuiszorg.

Voor medisch specialisten die volledig binnen hun huidige instelling werkzaam willen blijven is het van groot belang om samen met de instelling een concurrerend zorgaanbod te kunnen aanbieden. Anderzijds moeten medisch specialisten niet te zeer worden beperkt in hun mobiliteit om tijdig te kunnen meebewegen met de nieuwe marktdynamiek. De nieuwe MTO beoogt recht te doen aan beide belangen. Een belangrijk winstpunt is dat medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren ruimere mogelijkheden hebben om buiten de instelling te werken dan in de MTO 2006.

### ► *Zorgvuldige productieafspraken* ◀

De NZa stelt per instelling een omzetplafond voor de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren vast. De medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en de instelling zijn zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop deze omzetgrens wordt verdiend en welke prijs- en productieafspraken daartoe worden gemaakt met de zorgverzekeraars.

Deze nieuwe juridische werkelijkheid vraagt om zorgvuldige en evenwichtige afspraken tussen de raad van bestuur en de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren bij het vaststellen van een productiekader, de prijzen in het vrije

segment (per 2012 70%) en de individuele productieafspraken per medisch specialist. In de nieuwe MTO is het juridische kader vastgelegd waarbinnen deze afspraken collectief en individueel kunnen worden gemaakt. Belangrijk winstpunt is dat de instelling bij de vaststelling van het productiekader gebonden is aan afspraken met het collectief.

## 7.2 SAMENVATTING MTO 2011

De nieuwe MTO vloeit voort uit het convenant. In de nieuwe MTO zijn de afspraken van het convenant verwerkt. Deze nieuwe MTO bouwt deels voort op afspraken die in het verleden in oudere versies van het MTO zijn gemaakt, zoals de MTO 2006 en het Addendum 2007.

### ► *Deze nieuwe MTO is een onderhandelingsresultaat.* ◀

De nieuwe MTO is het resultaat van langdurig onderhandelen tussen OMS en NVZ. Het onderhandelingsresultaat vervult niet alle wensen van de contractpartners, maar houdt goed rekening met de gerechtvaardigde belangen van zowel de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar als de instelling.

### ► *Door de wet (svoorstellen) bepaalde posities van partijen zijn in deze MTO benoemd en geoperationaliseerd.* ◀

Daarbij gaat het onder meer om de wettelijke eindverantwoordelijkheid van de instelling op het gebied van kwaliteit, patiëntveiligheid en organisatie binnen de instelling, en om de wijziging van de WMG betreffende de budgettering van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren op instellingsniveau en betreffende de mogelijkheden om het honorarium via de instelling te (blijven) declareren.

### ► *De MTO is geen arbeidsovereenkomst of overeenkomst van opdracht.*

De toelatingsovereenkomst is een overeenkomst tussen de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en de instelling waaraan hij/zij is verbonden. Het betreft een overeenkomst 'sui generis', dus geen benoemde overeenkomst in het Burgerlijk Wetboek. Hierdoor is de nadere invulling van deze overeenkomst aan partijen en

wordt de overeenkomst niet beheerst door dwingend recht.

► *De MTO is als handreiking bedoeld, dat door partijen kan worden aangepast aan de lokale behoeftes of omstandigheden.* ◀

Bij aanpassing dient ervoor gewaakt te worden dat de aard van de overeenkomst niet wijzigt, die nu gekenmerkt wordt door gelijkwaardigheid van partijen: onder andere dit is een voorwaarde voor fiscaal ondernemerschap. Om het fiscaal ondernemerschap te borgen is dit model voorgesteld aan het ministerie van Financiën c.q. de Belastingdienst. Hierop dient nog uitsluitel te volgen.

Kernelementen van de overeenkomst zijn:

- de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar is opdrachtnemer/hulpverlener van de patiënt;
- de praktijkvoering vindt - binnen de wettelijke voorwaarden - plaats voor eigen rekening en risico van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar, dus met zelfstandig declaratierecht en debiteurenrisico;
- medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en instelling zijn beide hulpverlener van de patiënt en bieden samen de fysieke en organisatorische omgeving waarin zorg wordt verleend;
- het ziekenhuis en zijn bestuur zijn eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en de prijs- en productieafspraken met de zorgverzekeraars.

### 7.3 WINSTPUNTEN

► *De MTO is het resultaat van uitvoerig overleg tussen OMS en NVZ. Er zijn zeven winstpunten voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.* ◀

1. De bepalingen over disciplinaire maatregelen zijn verwijderd. Dit veronderstelt een gezagsverhouding die zich niet goed verdraagt met de geest van samenwerking. In de nieuwe MTO komen meer dan voorheen scherpere normstelling, transparantie en verantwoording als onderdeel van de contractuele verhouding naar voren. Het kwaliteitskader dat de OMS samen met de wetenschappelijke verenigingen heeft opgesteld is opgenomen in de MTO.

2. Het productiekader kan door de raad van bestuur alleen worden vastgesteld na overleg met de medische staf en de raad van bestuur is gebonden aan afspraken met het collectief.
3. De professionele autonomie is intact gebleven doordat aanwijzingen van de raad van bestuur geen betrekking mogen hebben op de medisch inhoudelijke zorg en niet mogen treden in de verantwoordelijkheid van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar die voortvloeit uit zijn professionele standaard.
4. In de vorige MTO diende voor activiteiten buiten de instelling altijd toestemming te worden gevraagd. Dit concurrentiebeding behoefde aanpassing vanwege de behoefte aan extra flexibiliteit bij de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar vanwege de toenemende marktdynamiek. Geen toestemming hoeft nu te worden gevraagd voor zorgaanbod buiten het zorgprofiel. Bij een verzoek dat binnen het zorgprofiel van de instelling ligt wordt rekening gehouden met de mogelijkheden voor de medisch specialist om zijn praktijk binnen de instelling uit te oefenen gegeven de ontstane marktdynamiek.
5. Bij aan-declareren wilde de NVZ aanvankelijk een regeling opnemen waarbij financiële risico's op voorhand bij de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar werden neergelegd; deze regeling is geschrapt.
6. De nieuwe MTO anticipeert op de voorwaarden die onder de gewijzigde Wet marktordening gezondheidszorg zullen worden gesteld aan het behoud van het via-declareren.
7. De MTO sluit aan op de door de OMS ontwikkelde Model Stafmaatschapsovereenkomst (MSO) waarin het collectief van specialisten binnen een instelling nader is vormgegeven. ◀



# 8

## Vorming regiomaatschappen

Bij de vorming van regiomaatschappen komen onder andere de volgende aspecten aan de orde:

- Kwaliteit
- Mededingingsvragen
- Fiscaal ondernemerschap

# *“Vorming van regionale maatschappen biedt de mogelijkheid om in te spelen op actuele ontwikkelingen in de zorg.”*

## 8.1 KWALITEIT

Vorming van regionale maatschappen biedt de mogelijkheid om in te spelen op actuele ontwikkelingen in de zorg. Het regionaal georganiseerd zijn van medisch specialisten via een horizontale structuur (regiomaatschap) kan van strategische waarde zijn voor de diensten die aan instellingen kunnen worden aangeboden en voor de afspraken die met zorgverzekeraars worden gemaakt.

Denk hierbij aan de eisen die zorgverzekeraars stellen aan aantallen behandelingen om voor contractering in aanmerking te komen. Maar ook aan de in het hoofdlijnenakkoord vastgelegde afspraken over beheerste kostenontwikkeling middels spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties.

Regiomaatschappen bieden ook mogelijkheden voor het spreiden van diensten en achterwacht.

## 8.2 MEDEDINGINGSVRAGEN

De OMS signaleert dat bij de vorming van regionale maatschappen mededingingsvragen kunnen rijzen. Deze vragen kunnen ontstaan betrekking hebben op het al dan niet ontstaan van aanmerkelijke marktmacht, het al dan niet van toepassing zijn van het kartelverbod of het misbruik van een economische machtspositie. In dit kader verwijst de OMS naar de brochure van de NMa van juni 2010 getiteld: ‘Samenwerken en concurreren in de zorgsector’ en naar de door de NMa in 2010 opgestelde richtsnoeren voor de Zorgsector. In beide documenten wordt vanuit mededingingsperspectief aandacht besteed aan de mogelijkheden en onmogelijkheden van samenwerken binnen een (bovenregionale) maatschap. Zie bijvoorbeeld pagina 9 en 10 van de genoemde brochure, te raadplegen via [www.nma.nl](http://www.nma.nl).

## 8.3 FISCAAL ONDERNEMERSCHAP

Bij de veranderingen van bekostiging van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaars per 1 januari 2012 speelt het behoud van het fiscaal ondernemerschap een belangrijke rol. Als deze overgangssysteem in 2015 overgaat naar een definitief systeem van integrale tarieven moeten wegen worden gezocht om het fiscaal ondernemerschap ook dan overeind te houden.

Het uitsluitend vormen van een regionale maatschap zal daar geen of weinig soulaas voor bieden omdat de feitelijke situatie, het toegelaten zijn tot één instelling, niet zal veranderen. Binnen de regionale maatschap kan bekeken worden wat in het feitelijk functioneren moet veranderen om aan de VAR WUO criteria van de belastingdienst te kunnen voldoen. Er zijn verschillende situaties te onderscheiden:

- leden van de regionale maatschap zullen meerdere toelatingsovereenkomsten moeten hebben bij verschillende instelling waarbij de werkzaamheden in betreffende instellingen substantieel dienen te zijn.
- als leden geen toelatingsovereenkomsten kunnen of willen aangaan kan gedacht worden aan overeenkomsten van opdracht.

Er zal in ieder geval sprake moeten zijn van meerdere opdrachtgevers. Toetsing door de belastingdienst is aan te raden. ◀





# 9

## Medisch specialisten in dienstverband

## “De omzet van medisch specialisten in dienstverband wordt van groter belang.”

► *Het beheersmodel dat per 1 januari 2012 geldt voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren heeft geen directe invloed op medisch specialisten werkzaam in dienstverband<sup>1</sup>.*

*Per 1 januari 2012 komt er echter ook een einde aan de functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en wordt elk ziekenhuis volledig op basis van prestaties (op basis van DOT zorgproducten) bekostigd. Weliswaar met een tweejarig, gedeeltelijk vangnet op basis van functiegerichte budgettering. Deze wijziging kan effecten hebben op medisch specialisten in dienstverband bij een ziekenhuis. Het betreft dan universitaire ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en een aantal categorale instellingen, namelijk die binnen de sectoren radiotherapie, revalidatie, dialyse (, audiologie). ◀*

De DOT honorariumomzet die een medisch specialist in dienstverband zal genereren voor zijn ziekenhuis is van groot belang voor de werkelijke omzet van het zieken-

huis en de dekking van de kosten van medisch specialisten in dienstverband. Waar de instelling meestal een - gedeeltelijke - budgetvergoeding ontving voor medisch specialisten in dienstverband moeten de kosten verbonden aan medisch specialisten in dienstverband straks volledig uit de DOT (honorarium)omzet worden betaald.

Dit maakt dat er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden tussen raad van bestuur en medisch specialisten in dienstverband over productie, waarbij ontwikkelingen rond selectieve inkoop, concentratie en spreiding, maar ook de beperkte groeimogelijkheden een rol spelen. Ten aanzien van productieafspraken moet de formatie passend zijn.

Daarnaast zal volledige registratie van geleverde productie essentieel zijn, enerzijds om de geleverde productie ook daadwerkelijk te declareren, anderzijds om inzicht te krijgen in werkelijk productie, kosten en opbrengsten.

De omzet van medisch specialisten in dienstverband wordt dus van groter belang. Een goed voorbeeld betreft de uitbreiding van een vakgroep. Een ziekenhuis zal hierbij bijvoorbeeld afwegen of voldoende productie kan worden gecontracteerd om uitbreiding van formatie te rechtvaardigen en of de omzet die de vakgroep genereert op z'n minst dekkend is voor de kosten van de productie inclusief de uitbreiding van de vakgroep.

*De OMS streeft ernaar eind 2011 een analyse te publiceren op [www.orde.nl](http://www.orde.nl) van de ontwikkelingen in financiering en bekostiging voor ziekenhuizen en de effecten die dit kan hebben voor medisch specialisten in dienstverband. ◀*

1. Dit is in het Witte Boek deel IV, paragraaf 3.6 verwoordt.

## COLOFON

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

*Daarnaast bevat de website Het Witte Boek deel IV en verschillende modellen en overeenkomsten als basis voor praktische toepassing van regelingen. In de tekst van dit Addendum wordt daar op diverse plaatsen naar verwezen.*

### Vragen

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

*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 Addendum. 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