

"Natuurlijk in Beweging" is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht.

Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.

Natuurlijk in Beweging

Thema nieuwsbrief

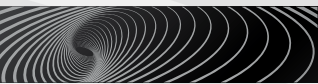


**Toekomstige bekostiging
medisch specialistische zorg**

BIOMET[®]

One Surgeon. One Patient.

Een uitgave van Biomet Nederland BV • juli 2013 jaargang 2 • nummer 3



Bronnen:

Autoriteit Consument en Markt (ACM). ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen. 6 juni 2013.

Commissie Inkomens medisch specialisten (Commissie Meurs). Gezond belonen: beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten. 10 oktober 2012.

IBMG. Instellingsoverstijgende maatschappen. Huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). 26 maart 2013.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Reactie NVZ op NZa concept advies Invoering Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015. 28 juni 2013.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Passend model. Over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015. Juni 2013.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015. Juni 2013.

OMS, NVZ, VWS. Convenant Bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014.

Afspraken tussen de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en het Ministerie van VWS. 31 mei 2011.

Orde van Medisch Specialisten (OMS). Visiedocument Medisch Specialist 2015. Oktober 2012.

Orde van Medisch Specialisten (OMS). Discussienota Positionering 2015. November 2012.

Orde van Medisch Specialisten (OMS). Witte Boek: Modellen 2015. Juni 2013.

Orde van Medisch Specialisten (OMS). Reactie OMS op conceptadvies integrale tarieven. 28 juni 2013.

Regeerakkoord Bruggen slaan. VVD-PvdA. 29 oktober 2012.

Thema nieuwsbrief

Toekomstige medisch spe



Ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg

De medisch specialistische zorg is sterk in beweging. Na decennialange aanbodsturing en budgetbekostiging is eind vorige eeuw gekozen voor een overstap naar vraagsturing. In dat systeem van vraagsturing koopt de verzekeraar de ziekenhuiszorg in op basis van DBC-producten.



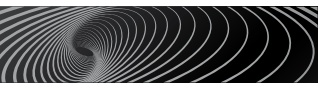
bekostiging specialistische zorg

Het zorglandschap zal de komende jaren, naar verwachting, ingrijpend gaan veranderen. Verzekeraars zullen de zorg meer en meer selectief en scherper gaan inkopen. Ziekenhuizen zullen zich moeten voorbereiden op deze nieuwe rol van verzekeraars. De laatste stap die gezet wordt in dit grootschalige verandertraject is de invoering in 2015 van integrale tarieven voor de medisch specialistische zorg.

De bekostiging van ziekenhuizen is op dit moment behoorlijk complex. Door de verschillende bekostigingssystemen van ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialist zijn de financiële prikkels voor betrokkenen niet altijd gelijkgericht. De huidige positionering én de organisatorische structuur van de vrij-

gevestigd medisch specialist binnen het ziekenhuis is vanuit de historie te begrijpen, echter deze situatie wordt door verschillende partijen voor de toekomst niet optimaal gevonden. Invoering van integrale tarieven is dan ook een belangrijke, randvoorwaardelijke stap op weg naar een op de toekomst voorbereide, slagvaardige ziekenhuisorganisatie.

De invoering van deze integrale tarieven is door de Orde van Medisch Specialisten (OMS), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en het ministerie van VWS eerder overeengekomen in het Convenant Bekostiging Vrijgevestigd Medisch Specialist 2012-2014. Het betreft dus het sluitstuk van het ingezette veranderingstraject van aanbod- naar vraagsturing.



‘Invoering **integraal tarief**’ : wat is dat eigenlijk?

Bij de voorgestelde invoering van Integrale tarieven per 2015 zal het tarief van een DBC-zorgproduct niet langer bestaan uit een kostendeel en een gescheiden honorariumdeel. Er zal sprake zijn van één, grotendeels vrij onderhandelbaar, integraal tarief waaruit lokaal alle kosten (inclusief honorarium/salaris van de medisch specialist) worden gedekt.

Bij de invoering van integrale tarieven wordt echter niet alleen gedoeld op het integrale tarief. Het betreft ook de opheffing van het beheersmodel (honorariumplafond) voor de vrijgevestigd medisch specialisten en de samenvoeging van de macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten tot één totaal-kader.

Er gaat een wereld van veranderingen schuil achter het relatief eenvoudig ogende begrip ‘invoering integrale tarieven.’

Het betreft veranderingen in regelgeving, in bekostiging en in besturingsmodellen en positionering van de vrij gevestigd medisch specialist. Deze veranderingen dienen allemaal de komende anderhalf jaar te worden uitgevoerd. Partijen (branche-organisaties, Nederlandse Zorgautoriteit, ministerie van VWS, ministerie van Financiën maar bovenal ziekenhuizen, medische staven en medisch specialisten) zullen de komende tijd voortvarend aan het werk moeten gaan om de invoering van integrale tarieven mogelijk te maken.

Voor de individuele vrijgevestigd specialisten is vooral het onderwerp van de afschaffing van de aparte tariefregulering van belang. Door deze afschaffing komt mogelijk het zelfstandig declaratierecht te vervallen en dit heeft grote consequenties voor de vrije vestiging en fiscale zaken.

Goodwill

Van oudsher wordt goodwill gevraagd bij de overdracht van een vrijgevestigde medisch specialistische praktijk. De basis voor de goodwill is op twee principes gestoeld. In de eerste plaats betreft het sleutelgeld om een praktijk te kunnen uitoefenen als vrijgevestigd medisch specialist. In de tweede plaats biedt het de gelegenheid om extra inkomsten te genereren op basis van toekomstige winstverwachtingen. In de praktijk wordt goodwill vooral ervaren als een alternatieve en aanvullende manier van pensioenvoorziening.

Goodwill kan een belemmering vormen voor in- en uittreding van medisch specialisten, maar ook voor portfoliokeuzes van het ziekenhuis en het aangaan van samenwerkingsverbanden. Goodwill is niet bevorderlijk voor de mobiliteit van medisch specialisten en de wendbaarheid van het ziekenhuis.

Door de steeds veranderende regulering van de honoraria van de medisch specialisten neemt de onzekerheid rondom de hoogte van de toekomstige goodwillbetalingen toe. Wat is een redelijke prijs voor de goodwill en willen banken dat bedrag nog wel financieren? Per 2015 zal het goodwillvraagstuk zich vermoedelijk verder verheven vanwege de invoering van het integrale tarief. In de praktijk wordt steeds vaker gekozen voor een betalingsregeling voor goodwill in de vorm van een in- en uitverdienregeling (goodwillfonds). De kern van dit fonds is dat het betalingsmoment van de goodwill wordt verschoven. De goodwillrechten worden overgedragen aan een fonds in ruil voor een pensioenaanspraak. De precieze invulling betreft lokaal maatwerk.

Wet Normering Topinkomens (WNT)

Het kabinet is van plan om de reikwijdte van de WNT uit te breiden naar alle medewerkers in ziekenhuizen en heeft ook plannen om een lager maximum salaris vast te stellen (€ 144.000, - per jaar). Omdat dit wetsvoorstel van toepassing is op specialisten in loondienst en niet op vrijgevestigd medisch specialisten, wordt de loondienst-variant door de voorgenomen WNT onaantrekkelijk ten opzichte van vrije vestiging.

De dreiging van de WNT belemmert lokaal een goede discussie over de keuze tussen loondienst versus vrije vestiging. Het WNT-wetsvoorstel veroorzaakt onrust en kan leiden tot een zoektocht naar constructies die niet onder de WNT hoeven vallen.

Het is voor alle partijen van groot belang dat er snel duidelijkheid komt over de WNT, zodat dit bij de invoering van integrale tarieven niet boven de markt blijft hangen.

Vrij ondernemerschap specialisten wordt bedreigd

Circa 7.500 (ruim 40%) van de vrij gevestigd medisch specialisten dreigen hun positie van vrije ondernemer kwijt te raken bij de invoering van integrale tarieven in 2015. Op dit moment beschikken zij over een zelfstandig declaratierecht: zij declareren hun honorariumtarief 'via het ziekenhuis' aan de patiënt/verzekeraar. Dit zelfstandig declaratierecht is een zeer belangrijk onderwerp voor het fiscale, vrije ondernemerschap. Het vrije ondernemerschap is momenteel gewaarborgd door middel van een 'ruling' van het ministerie van Financiën. Iedere medisch specialist die voldoet aan de eisen van de 'ruling' beschikt over een collectieve VAR (Verklaring Arbeids Relatie).

Echter, de 'ruling' van het ministerie van Financiën gaat er van uit dat het honorariumtarief dat in 2015 formeel niet meer bestaat. Het ministerie heeft bovendien al eerder aangekondigd dat de 'specialisten ruling' niet meer houdbaar is in relatie tot andere beroepsgroepen. Het gevolg is dat de vrijgevestigd medisch specialist vanaf 2015 moet voldoen aan de reguliere eisen die de Belastingdienst aan een vrije ondernemer stelt. De Belastingdienst zal dan de feitelijke situatie van de vrijgevestigd medisch specialist toetsen aan de normale regels die er gelden om als ondernemer te worden aangemerkt. Uit de jurisprudentie blijkt dat aan drie cumulatieve voorwaarden moet zijn voldaan om zich te kunnen kwalificeren als ondernemer: de continuïteits-, zelfstandigheids- en risicovoerwaarde. Of daaraan is voldaan, hangt sterk af van de feitelijke omstandigheden en de gekozen organisatievorm. Er is bijvoorbeeld sprake van zelfstandigheid als de medisch specialist meerdere opdrachtgevers heeft, beschikt over eigen instrumenten, zelfstandig patiënten werft en onder eigen naam factureert. Van ondernemersrisico is sprake als de medisch specialist financieel risico loopt ten aanzien van de hoogte van de kosten, de inbaarheid van debiteuren of terugbetaling van het geïnvesteerde vermogen.

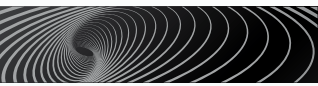
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft eind juni 2013 aan het ministerie van VWS geadviseerd om het declaratierecht voor het integrale tarief in handen te geven van de instelling met een vergunning voor de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), het ziekenhuis of Zelfstandig Behandelcentrum. Hiermee verdwijnt het zelfstandige declaratierecht voor de vrijgevestigd medisch specialist en daarmee één van de pijlers van het fiscale ondernemerschap. Dit zou kunnen betekenen de meeste medisch specialisten zich per 2015 niet meer als ondernemer kunnen kwalificeren.

De NZa vindt niet dat de verandering van regelgeving de medisch specialisten zou dwingen tot een bepaalde organisatievorm, zoals het al dan niet werken in loondienst. Wel realiseert de NZa zich dat er met haar advies hierover onzekerheid ontstaat.

De NZa wijst er in haar advies op geen bevoegdheden te hebben als het gaat om de fiscale positie van specialisten. Deze bevoegdheid is in handen van de overheid/Belastingdienst.

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) is niet blij met het NZa advies. De OMS voorziet grote onrust onder medisch specialisten als het ministerie van VWS het advies van de NZa overneemt. Naast verlies van fiscale voordelen ziet de OMS beëindiging van het vrije ondernemerschap ook als een regelrechte bedreiging van de (professionele) autonomie.





Rapporten/**adviezen**

Het thema 'Invoering van integrale tarieven' is niet nieuw. In 2011 zijn er in het Convenant Bekostiging Vrijgevestigd Medisch Specialisten al afspraken gemaakt tussen de OMS, NVZ en het ministerie van VWS. Er zijn de afgelopen jaren diverse rapporten, adviezen, bevindingen en mogelijke modellen verschenen over de toekomstige bekostiging en positionering van de medisch specialist. Ook in de politiek is het een 'hot' onderwerp. In het Regeerakkoord 'Bruggen slaan' wordt uitgebreid op het specialisten-thema ingegaan.

In het afgelopen half jaar (eind 2012 – juli 2013) zijn hierover een aantal adviezen afgegeven en rapporten verschenen. De Commissie Meurs, een door VWS ingestelde commissie, heeft eind 2012 een richtinggevend advies afgegeven. De Orde van Medisch Specialisten heeft een drietal rapporten uitgebracht: Medisch specialist 2015, Positioneringsnota en een nieuw Witte Boek (deel V).

De NZa en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) hebben onlangs de visie aangegeven ten aanzien van regiomaatschappen. En als sluitstuk heeft de NZa begin juli 2013 haar advies gegeven aan VWS over de meer technische vormgeving van de invoering van integrale tarieven.

In deze Nieuwsbrief wordt uitgebreid ingegaan op de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen vanuit de verschillende rapporten en adviezen.

VWS zal in het najaar van 2013 een besluit nemen over het NZa-advies met betrekking tot de invoering van integrale tarieven. Daarna zal de aanpassing van de regelgeving in gang worden gezet. Mocht VWS het advies van de NZa overnemen, dan zal dit mogelijk ingrijpende gevolgen hebben voor de huidige situatie van de vrijgevestigd medisch specialisten.

Commissie Meurs:

'Gezond belonen: be de inkomens van me

De minister van VWS heeft de commissie Meurs gevraagd om een inventarisatie van beleidsopties te maken om de norminkomens van medisch specialisten meer in lijn te brengen met die van hun collega's in andere landen. In oktober 2012 heeft de Commissie haar advies aan VWS uitgebracht. Een deel van de aanbevelingen is al overgenomen in het Regeerakkoord.

Bevindingen en aanbevelingen van de Commissie Meurs:

- De Commissie onderstreept in haar rapport het belang van de matiging van de groei in de uitgaven voor de curatieve zorg. De oplossing van dit probleem wordt niet alleen bereikt door ingrepen in de inkomens van medisch specialisten of in hun arbeidsverhouding. Het is in de visie van de Commissie Meurs noodzakelijk dat de belangen van de instelling en van de medisch specialist meer parallel gaan lopen.
- In haar rapport geeft de Commissie aan dat de curatieve zorg in Nederland op een kwalitatief hoog peil staat. De gemiddelde productiviteit ligt hoog en het aantal ingrepen is relatief laag. Wel is er, zowel regionaal als tussen medisch specialisten onderling, sprake van grote en onverklaarbare praktijkvariatie die kan wijzen op zowel overbehandeling als op onderbehandeling.
- De totale uitgaven aan medisch specialistische zorg zijn in internationaal perspectief in Nederland niet buitensporig hoog. Maar de groei in de afgelopen jaren is wel behoorlijk fors.
- Medisch specialisten in loondienst bevinden zich voor wat betreft hun gemiddelde inkomen internationaal gezien in de middenmoot. De gemiddelde inkomens van vrijgevestigde specialisten zijn fors hoger dan de inkomens van hun collega's in loondienst. Ook internationaal bezien zijn de inkomens van de vrijgevestigde medisch specialisten fors te noemen.
- Naar de mening van de Commissie is het cruciaal dat de belangen van instelling en specialisten zoveel mogelijk gelijk worden gericht. Dat zou onder meer kunnen door participatie van specialisten in juridische en financiële zin binnen een instelling. Ook vast/variabele afspraken tussen instelling en specialisten over het inkomen zullen naar verwachting een positief effect hebben op de gelijkgerichtheid van belangen.
- De Commissie acht de ontwikkeling naar regionaal georganiseerde, instellingsoverstijgende maatschappen (die er toe kan leiden dat belangen van instelling en specialisten juist gaan divergeren) zeer onwenselijk.
- De Commissie verwacht veel van de invoering van (vrije) integrale tarieven. Via integrale tarieven kan recht worden gedaan aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van



Beleidsopties voor 'Medisch specialisten'

instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De Commissie acht het van groot belang dat juist op het niveau van het ziekenhuis tussen de Raad van Bestuur en de medische staf afspraken worden gemaakt over productie, kwaliteit en doelmatigheid. De Commissie is een groot voorstander van deze decentrale benadering, die een stevige inkooprol van de verzekeraar vereist.

- De Commissie vraagt in haar rapport nadrukkelijk aandacht voor de goodwill-problematiek. De Commissie verwacht dat met de komst van integrale tarieven, en daarmee het mogelijke verlies van fiscale voordelen, veel specialisten de overstap zullen maken naar een dienstverband. Hierdoor zal een flinke waardedaling van de goodwill plaatsvinden.
- De Commissie geeft ter overweging om tot de komst van integrale tarieven de inkomens van de vrij gevestigde medisch specialisten verder te matigen via aanpassing (verlaging) van het macro-kader.

Regeerakkoord 'Bruggen slaan'

Op 29 oktober 2012 bereikten de Tweede Kamerfracties van VVD en PvdA het regeerakkoord 'Bruggen slaan'. In dit Regeerakkoord wordt uitgebreid ingegaan op de zorg.

Beleidsvoornemens ten aanzien van de medisch specialistische zorg:

- Er wordt ingezet op voortzetting van een hoofdlijnenakkoord na 2014. Daarbij wordt de groei verlaagd van 2,5% naar 2%.
- Het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten vervalt in 2015.
- De vorming van regiomaatschappen wordt ontmoedigd.
- Per 2015 zullen de honoraria met € 100 miljoen worden verlaagd.
- Er wordt ingezet op verdere concentratie van voorzieningen. Verzekeraars zijn er voor verantwoordelijk dat dit doel, door selectiever te contracteren op basis van heldere kwaliteitscriteria, wordt bereikt.
- De mogelijkheid om winst uit te keren in de zorg zal zo worden ingeperkt dat het alleen interessant is voor investeerders met een langetermijnperspectief. Winstuitkering is alleen mogelijk bij surplus winst boven 20% solvabiliteit en alleen bij winst uit reguliere exploitatie.

Orde van Medisch Specialisten (OMS): 'Visiedocument Medisch Specialist 2015'

Eind 2011 is de OMS het project 'Medisch Specialist 2015' gestart. Het project heeft zich gebogen over de positionering en de bekostiging van de medisch specialist in het veranderende zorglandschap. Het project stond onder leiding van Carina Hilders (gynaecoloog) en heeft geresulteerd in een visiedocument dat in oktober 2012 is gepubliceerd.

Met het visiedocument wordt een integrale visie op de toekomst geschetst. De huidige tijd en ontwikkelingen vragen volgens de OMS om een actievere houding van de medisch specialist. Deze moet zich meer verantwoordelijk gaan voelen voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

Het Visiedocument kent vier pijlers:

- zorg in transparantie
- zorg in samenhang
- zorg in levensfasen
- zorg in doelmatigheid.

Pijler 1: Zorg in transparantie

Goede kwaliteitsinformatie is de katalysator van wenselijke veranderingen. Het visiedocument pleit ervoor om verder te gaan met het ontwikkelen en toepassen van klinische registraties, waarbij uitkomsten van behandelingen en patiënttevredenheid over de behandeling moeten worden meegenomen.

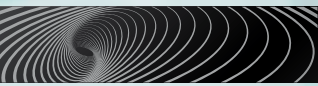
Pijler 2: Zorg in samenhang

Er bestaat in de visie van de OMS geen blauwdruk van de gewenste veranderingen in het zorglandschap. Het sleutelwoord binnen het toekomstige zorglandschap is diversiteit. In het visiedocument wordt bepleit om veranderingen in het zorglandschap, waar mogelijk, over te laten aan lokale initiatieven van ziekenhuizen en medisch specialisten. Alleen zo kan recht worden gedaan aan lokale verschillen.

Pijler 3: Zorg in levensfasen

De medisch specialist kan op verschillende manieren een bijdrage leveren aan preventie.

Lees verder op de volgende pagina.



Ook buiten de spreekkamer kan de specialist een grotere rol spelen. Bijvoorbeeld door programma's op te zetten met de eerstelijnszorg. Verder pleit de OMS voor een multidisciplinaire aanpak vooral ten behoeve van de groeiende groep oudere patiënten met meerdere ziektes. Er moet ruimte komen voor netwerken waarin de eerste en tweede lijn samenwerken.

Daarnaast moeten specialisten meer werk maken van shared decision making, zodat de patiënt kan meebepalen wat zinnige zorg is. Deze vraag is vooral relevant in situaties waar het keuzes rond medisch handelen aan het eind van het leven betreft.

Pijler 4: Zorg in doelmatigheid

De medisch specialist speelt een belangrijke rol bij het beheersen van de zorgkosten. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door initiatief te nemen bij het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie. Er wordt gepleit voor een betere klinische registratie en ontsluiting van kwaliteitsinformatie, zodat medisch specialisten de uitkomsten van hun werkzaamheden beter kunnen vergelijken met die van collega's. De OMS wil ook meer aandacht voor kostenbewust werken. Medisch specialisten beschikken op dit moment veelal niet over kosteninformatie van diagnostiek, behandeling, hulpmiddelen en materialen.

Verder pleit de OMS in het Visiedocument voor een meer prominente bestuurlijke rol voor medisch specialisten binnen het ziekenhuis. De bestuurlijke rol van specialisten is (op hoofdlijnen) uitgewerkt in een viertal mogelijke besturingsmodellen.

- In het eerste model vormen medisch specialisten collectieven die bestaan uit zowel vrijgevestigd specialisten als artsen in loondienst. Enkele leden van dit collectief vormen samen met de niet-medische bestuurders het management. In een uitgebreide variant participeert dit collectief ook financieel in het ziekenhuis.

- Het tweede model is gebaseerd op de huidige praktijk bij vrije beroepen, bijvoorbeeld de advocatuur en het advieswezen. In dit model is een beperkt aantal specialisten managing partner. De overige specialisten krijgen de status van niet-managing partner of komen in loondienst.
- In het derde model neemt het ziekenhuis de rol van facilitair bedrijf op zich. Aparte rechtspersonen van specialisten kunnen daarbij diensten (werkruimte, ok-tijd en labonderzoek) inhuren. De rechtspersonen voeren rechtstreeks onderhandelingen met de zorgverzekeraars en kunnen eventueel zelf verpleegkundig personeel in dienst nemen.
- In het vierde model wordt het outsourcingscenario omgedraaid en organiseren de specialisten zich in zelfstandige teams (bijvoorbeeld zorg-BV's) die ingehuurd kunnen worden door één of meerdere ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, eerstelijnscentra of verpleeghuizen.

De OMS spreekt in het Visiedocument geen voorkeur uit voor één van de besturingsmodellen. Wel is het duidelijk dat medisch specialisten in ieder geval aanvullende vaardigheden nodig hebben op het terrein van bedrijfskunde, financieel management en leiderschap. Daarnaast zijn er ook aanvullende vaardigheden nodig op het terrein van communicatie met de patiënt, samenwerking en maatschappelijk handelen.

Het rapport is door de achterban van de OMS en andere stakeholders goed ontvangen. Inmiddels is een deel van de inhoudelijke aanbevelingen ter hand genomen. Ook de in het Visiedocument beschreven besturingsmodellen zijn verder opgepakt in de Positioneringsnota van de OMS (november 2012) en nader uitgewerkt in het Witte Boek deel V (juni 2013).

Orde van Medisch Specialisten (OMS): **'Discussienota Positionering 2015'**

In navolging van het 'Visiedocument Medisch Specialist 2015' heeft de OMS in november 2012 de 'Discussienota Positionering 2015' gepresenteerd. Met deze discussienota wordt een voorzet gedaan voor de discussie die landelijk én lokaal moet worden gevoerd over de toekomstige positionering van de medisch specialist.

In de visie van de OMS is het essentieel dat de medisch specialist actief deelneemt in de besturing van de instelling op strategisch, tactisch en operationeel niveau en tevens medeverantwoordelijkheid is voor de financiële resultaten van het ziekenhuis. Dit betekent dat de focus op de eigen maatschap/vakgroep niet langer volstaat en dat er meer samenhangend beleid van de medisch specialist wordt gevraagd over de verschillende maatschappen en vakgroepen heen.

Mede-eigenaarschap is hierin de meest vergaande vorm van participatie van de medisch specialist in de instelling.

De Positioneringsnota beschrijft de keuzes en mogelijkheden om medisch specialisten, vakgroepen/maatschappen en de medische staf te (her)positioneren in termen van participatie (zeggenschap, financiële medeverantwoordelijkheid of mede-eigenaarschap) en eventueel werkvorm (dienstverband, vrij beroep). Het doel: optimaal afstemmen van belangen van de medisch specialist en het ziekenhuis.

De OMS verwacht dat, afhankelijk van de bestaande lokale situatie, medische staf en Raad van Bestuur samen de afweging maken voor een passende participatievorm. In haar Positioneringsnota geeft de OMS aan dat de mogelijke participatiestructuren de komende periode verder doorontwikkeld gaan worden. Hiertoe heeft de OMS het afgelopen voorjaar een aantal regio-bijeenkomsten georganiseerd. Deze discussiebijeenkomsten vormden uiteindelijk de basis voor de modellen, zoals deze zijn beschreven in het Witte Boek deel V.

Orde van Medisch Specialisten (OMS): 'Witte Boek: Modellen 2015'

In de meest recente versie van het Witte Boek (deel V) dat medio juni 2013 is gepubliceerd beschrijft de OMS de positie van de medisch specialist na invoering van de integrale bekostiging in 2015.

Het Witte Boek is gebaseerd op de eerder uitgebrachte rapporten van de Orde (Visiedocument en de Positioneringsnota) en eerder dit voorjaar gevoerde discussies tijdens de regionale bijeenkomsten.

De OMS geeft aan dat het gezamenlijke resultaat van ziekenhuis en medisch specialist in de toekomst meer en meer op de voorgrond komt te staan. Om de gelijkgerichtheid van belangen ten aanzien van het gezamenlijk resultaat tot uitdrukking te laten komen, pleit de OMS voor financiële medeverantwoordelijkheid van de medisch specialist voor het ziekenhuisresultaat. Om financiële medeverantwoordelijkheid te creëren, wordt een samenwerkingsmodel geadviseerd tussen ziekenhuis en medisch specialist.

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

Basishonorering of basissalaris:

De basishonorering kan de vorm hebben van een vast bedrag dat onder voorwaarden van bijvoorbeeld productievolume, kwaliteit en patiënttevredenheid wordt uitgekeerd. De basishonorering kan eventueel worden aangevuld met een variabele honorering op basis van kwalitatieve of kwantitatieve indicatoren die betrekking hebben op de prestaties van de medisch specialist zelf.

Financiële medeverantwoordelijkheid:

Om dit te creëren, adviseert de OMS dat medisch specialisten (in vrij beroep én dienstverband) en het ziekenhuis als zakelijke partners afspraken maken over gezamenlijk te bereiken doelen en randvoorwaarden en hieraan een resultaatafhankelijke beloning koppelen. De resultaatafhankelijke beloning is positief als doelen en randvoorwaarden zijn gerealiseerd en negatief als resultaten achterblijven (bonus/malus). De resultaatafhankelijke beloning vormt een aanvulling op het overeengekomen basishonorarium/basissalaris.

Mede-eigenaarschap:

Dit is de meest vergaande vorm van samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialist en bouwt voort op financiële medeverantwoordelijkheid. Voor deze variant is het essentieel dat het wetsvoorstel 'Voorwaarden winstuitkering' wordt vastgesteld. Voor de medisch specialist als mede-eigenaar zou een

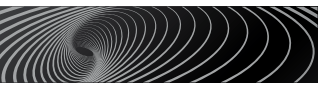
honorering kunnen passen die vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een advocatenkantoor met partnerstructuur. Dat betekent een basishonorering (basissalaris), een resultaatafhankelijke beloning, eventueel aangevuld met een vergoeding over het geïnvesteerd (eigen) vermogen en uitkering van de resterende winst. Mede eigenaarschap staat open voor de vrij gevestigde medisch specialist en de medisch specialist in dienstverband. De juridische vorm waarin deze vergaande wijze van samenwerking vorm wordt gegeven, moet nog verder worden uitgewerkt. Het ziekenhuis (de stichting) kan de ziekenhuisexploitatie onderbrengen in een andere, nieuw op te richten rechtspersoon (NV, BV, LLP), waarin (ook) medisch specialisten aandelen of daarmee vergelijkbare rechten kunnen verwerven. Een andere mogelijkheid is dat de stichting zichzelf 'omzet' in een andere rechtsvorm zoals een BV, NV of coöperatie waarin (ook) medisch specialisten aandelen of daarmee vergelijkbare rechten kunnen verwerven.

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

De integratie van besturingsstructuur van het ziekenhuis en de medische staf neemt toe naarmate er voor een intensievere samenwerkingsvorm wordt gekozen.

In het Witte Boek houdt de OMS nadrukkelijk vast aan het uitgangspunt dat de medisch specialist een keuze moet hebben tussen dienstverband of vrij beroep. Wanneer dit niet mogelijk is, voorziet de Orde grote onrust en constructies waarin de medisch specialist zich noodgedwongen op grotere afstand van het ziekenhuis organiseert, zoals in een regiomaatschap en een zorg-BV. Dit laatste acht de OMS in principe ongewenst. De OMS heeft dan ook afstand genomen van het advies van de NZa waarbij het declaratierecht bij de instelling wordt gelegd.

Het Witte Boek betreft een 'levend' document. De besturingsmodellen zullen verder worden uitgewerkt en aan de Belastingdienst worden voorgelegd ter toetsing op het ondernemerschap. Deze uitwerkingen zullen als een addendum aan het Witte Boek worden toegevoegd.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ): **'Zicht op zorg. Passend model. Over de relatie tussen het ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015'**

Ook de NVZ heeft in juni 2013 een document uitgebracht over de relatie tussen het ziekenhuis en de medisch specialist in invoering van integrale tarieven. De NVZ heeft besturingsmodellen ontwikkeld die ziekenhuizen desgewenst lokaal kunnen gebruiken. Naar de mening van de NVZ spelen fiscale aspecten een rol in de discussie, maar bij voorkeur niet als dominant vertrekpunt. De visie en de gekozen strategie van het ziekenhuis zouden het uitgangspunt moeten vormen en het lokale besturingsmodel zou hierop moeten aansluiten.

Er zijn door de NVZ drie besturingsmodellen ontwikkeld:

- het loondienstmodel
- het medisch specialistisch bedrijf
- het participatie-model.

In elk model is de relatie tussen ziekenhuis en de medisch specialisten fundamenteel anders vormgegeven. In het loondienstmodel wordt de relatie vormgegeven door een arbeidsovereenkomst. In het medisch specialistisch bedrijf model ligt een samenwerkingsovereenkomst ten grondslag en in het participatiemodel gaat het om een vorm van aandeelhouderschap. Het loondienstmodel (1) komt nu al veelvuldig voor. De medisch specialisten zijn in loondienst bij het ziekenhuis. De Raad van Bestuur bepaalt de koers van het ziekenhuis en betreft hier de medisch specialisten bij, zonder dat zij formele zeggenschap hebben.

Het samenwerkingsmodel (2) met het medisch specialistisch bedrijf gaat uit van een collectief van medisch specialisten dat via een samenwerkingsovereenkomst zaken doet met het ziekenhuis. Het medisch specialistisch bedrijf is gedefinieerd als de entiteit waarin de medisch specialisten zich hebben georganiseerd. Cruciaal voor de werking van dit model is dat het medisch specialistisch bedrijf beschikt over een bestuur dat voldoende mandaat heeft om namens de aangesloten medisch specialisten afspraken te maken met het ziekenhuis. Een deel van de medisch specialisten is eigenaar van het medisch specialistisch bedrijf, een ander deel kan in loondienst zijn bij het medisch specialistisch bedrijf.

Het participatiemodel (3) wordt gekenmerkt door aandeelhouderschap van de medisch specialisten in het ziekenhuis. De medisch specialisten en het ziekenhuis hebben beide belang bij een financieel gezond ziekenhuis dat zich vertaalt in afspraken over bijvoorbeeld winstuitkering.

Op dit moment zijn er in de praktijk nog geen concrete modellen uitgewerkt of best practices beschikbaar. Wel zijn verschillende ziekenhuizen lokaal al bezig om modellen verder uit te werken.

Tussen de modellen van de OMS en de NVZ bestaat grote overlap. De branches zijn op dit moment in overleg met elkaar om te bezien of de modellen gezamenlijk verder kunnen worden uitgewerkt.

In dat geval worden de uitgewerkte modellen vervolgens gezamenlijk ter toetsing voorgelegd aan de Belastingdienst.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) / Autoriteit Consument en Markt (ACM): **'Instelling overstijgende maatschappen/regiomaatschappen'** (rapport iBMG, in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), mei 2013)

Van oudsher zijn maatschappen in één bepaald ziekenhuis werkzaam. Maatschappen kunnen ook fuseren tot instelling overstijgende maatschappen (regiomaatschappen) waarvan de specialisten in meer dan één ziekenhuis werkzaam zijn. De laatste tijd is er een toename in de regionalisering van maatschappen. Deze regionalisering staat volop in de (politieke) belangstelling. In het regeerakkoord van het huidige kabinet is te lezen dat 'de vorming van regiomaatschappen wordt ontmoedigd.'

Aantal regiomaatschappen

In het onderzoek dat door de iBMG in opdracht van de NZA is uitgevoerd, gaf ruim 70% van de ziekenhuizen aan te maken hebben met regiomaatschappen. Er blijkt tussen de ziekenhuizen een grote variatie te bestaan: het aantal instelling overstijgende maatschappen per ziekenhuis varieert van één tot twaalf. Regiomaatschappen blijken het meest voor te komen bij urologie en heelkunde en het minst bij radiotherapie. Een voorzichtige schatting leert dat er in Nederland circa 150 tot 200 regiomaatschappen bestaan.

Redenen voor de oprichting van een regiomaatschap

Er zijn twee hoofdredenen:

1. Schaalvoordelen: meer mogelijkheden tot subspecialisatie. Om binnen een maatschap verschillende sub specialismen mogelijk te maken zijn voldoende behandelingen nodig, zeker gezien het toenemend belang dat aan volumennormen wordt toegekend.
2. Strategische overwegingen: het versterken van de positie ten opzichte van de Raad van Bestuur (RvB). Daarnaast wordt een regiomaatschap door de betrokken specialisten soms ook gezien als een manier om het huidige fiscaal ondernemerschap veilig te stellen (een regiomaatschap heeft namelijk meer dan één opdrachtgever).

Mogelijke gevolgen voor de interne besturing van het ziekenhuis

De belangen van de regiomaatschap en het ziekenhuisbestuur kunnen uiteenlopen. Op het gebied van portfoliokeuzes is er voor de RvB het risico dat een dergelijke keuze wordt afgedwongen door de regiomaatschap. Dit risico neemt mogelijk verder toe na de invoering van integrale tarieven voor medisch

specialistische zorg. Tot 2015 geldt voor de medisch specialisten nog specifieke deelregulering. Ziekenhuisbesturen en specialisten krijgen vanaf 2015 meer ruimte om te onderhandelen over de aard en hoogte van de vergoedingen. Het wordt niet uitgesloten dat regiomaatschappen de onderhandelingspositie van het ziekenhuisbestuur verzwakken en daarmee een bedreiging vormen voor de reële onderhandelingen over de vergoedingen, zoals die met ingang van 2015 worden beoogd. De RvB kan formeel weigeren om toelatingsovereenkomsten te verlenen aan de specialisten die van oudsher afkomstig zijn van andere ziekenhuizen. Op grond van het concurrentiebeding in de toelatingsovereenkomst kan de RvB de eigen specialisten verbieden om met andere ziekenhuizen een toelatingsovereenkomst aan te gaan. Hiermee kan de RvB ongewenste fusies formeel tegenhouden. In de afgelopen periode is echter gebleken dat het in de praktijk lastig is om de vorming van een regiomaatschap tegen te houden. Het ACM-advies van juni jl. (zie hieronder) zal echter een belangrijke rol gaan spelen in de discussie over het oprichten van een regiomaatschap.

Mededinging en de Wet Marktordening Gezondheidszorg

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft begin juni 2013 aangegeven directies van ziekenhuizen verantwoordelijk te houden voor afspraken die medisch specialisten met specialisten

uit een ander ziekenhuis maken. Medisch specialisten en het ziekenhuis maken in de visie van de ACM onderdeel uit van één geheel. Een maatschap waarin medisch specialisten van verschillende ziekenhuizen zijn verenigd, wordt beschouwd als een samenwerking tussen de betrokken ziekenhuizen.

Dat betekent dat afspraken binnen een dergelijke maatschap, die de concurrentie beperken, worden beschouwd als een kartelafpraak tussen ziekenhuizen. Raden van Bestuur van ziekenhuizen worden dus verantwoordelijk gehouden voor zaken die met de onderlinge samenwerking binnen regiomaatschappen te maken hebben. Hiermee zijn Raden van Bestuur van ziekenhuizen ook aansprakelijk voor eventuele boetes van de ACM bij overtreding van de Mededingingswet. Die boetes kunnen oplopen tot 10% van de omzet van de onderneming. De NZa heeft onlangs in het kader van het verder ontmoedigen van regiomaatschappen de minister geadviseerd om de bevoegdheden van de NZa op dit terrein verder uit te breiden. Zo wil de NZa bijvoorbeeld kunnen beschikken over de bevoegdheid om regiomaatschappen in het uiterste geval te kunnen ontbinden.

De ACM heeft ten behoeve van de ziekenhuizen en de medisch specialisten een document opgesteld met de belangrijkste vragen en antwoorden over hun visie op regiomaatschappen.

Advies NZa:

'Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015'

De NZa heeft eind juni 2013, in opdracht van de minister van VWS, advies uitgebracht over de invoering van integrale tarieven medische specialistische zorg vanaf 2015. Een belangrijk onderdeel betreft de discussie over de declaratiebepaling (wie mag declareren).

Als het aan de NZa ligt, zal per 2015 het declaratierecht in handen liggen van de (toegelaten) instelling. De instelling declareert één integraal tarief aan de zorgverzekeraar of patiënt. Medisch specialisten declareren 'aan' het ziekenhuis. Met het vervallen van de 'via-declaratie' komt het vrije ondernemerschap op de tocht te staan.

In het advies wordt ingegaan op 4 onderwerpen

- Segmentering en tarifiering
- Declaratiebepalingen
- Onderlinge dienstverlening
- Beheersing macro uitgaven

Segmentering en tarifiering

Adviesvraag VWS. Inventariseer wat de gevolgen zijn van de invoering van integrale tarieven op de tarifiering in de verschillende segmenten in de medisch specialistische zorg: het vrije segment en het gereguleerde segment?

Advies NZa. Het vervallen van de deelregulering van de honorariumtarieven houdt in dat de honorariumtarieven worden vrijgegeven.

1. De bestaande indeling van zorgproducten in A- en B-segment ongewijzigd te laten.
2. Net als in de huidige situatie een maximumtarief te hanteren in het A-segment, en vrije prijzen in het B-segment.

Declaratiebepalingen

Adviesvraag VWS. Inventariseer de verschillende mogelijkheden voor declaratie en welke voorwaarden daarop van toepassing zijn. Welke partij(en) zou(den) in 2015 het declaratierecht moeten hebben om het integrale tarief te declareren?

Advies NZa. De NZa ziet de volgende mogelijkheden voor declaratie: het declaratierecht wordt vrijgelaten of de instelling declareert.

- de verplichting om ziekenhuiskosten en specialistenhonorarium apart op de nota te vermelden te laten vervallen
- het declaratierecht bij de (toegelaten) instelling te leggen
- de vrijgevestigd medisch specialist uitsluitend 'aan' de instelling te laten declareren

In de huidige situatie declareren de instelling en de vrijgevestigde medisch specialisten, op een gecombineerde nota, hun eigen tarief aan de zorgverzekeraar. De medisch specialisten kunnen 'via' de instelling hun honorariumtarief declareren aan de zorgverzekeraar of aan de instelling. Deze laatste optie is van toepassing als de specialist in het kader van het beheersmodel niet deelneemt aan een collectief. Met het vrijgeven van het honorariumtarief wordt er één integraal tarief gedeclareerd aan de zorgverzekeraar of patiënt.

Onderlinge dienstverlening

Voor de onderlinge dienstverlening geldt in de huidige situatie nog prestatieregulering en tariefregulering voor de honorarium-component. Onderlinge dienstverlening geldt nu voor een beperkt aantal zorgprestaties, alleen tussen instellingen onderling of tussen een specialist en een andere instelling. Daarbij geldt bovendien dat één van beiden de hoofdbehandelaar is en declareert aan de zorgverzekeraar of patiënt.

Advies NZa.

1. Vrije tarieven en een algemene prestatie voor onderlinge dienstverlening.
2. De 'aan' declaratie van medisch specialist aan de instelling te beschouwen als onderlinge dienstverlening.

Binnen het systeem van integrale tarieven moet de onderlinge dienstverlening - binnen de tweedelijns somatische zorg - anders worden gedefinieerd, omdat:

- De relatie tussen de vrijgevestigd medisch specialist en het ziekenhuis kan wijzigen als gevolg van het te kiezen organisatie-model. Mogelijk vervalt de toelatingsovereenkomst en worden leveringscontracten overeengekomen tussen ziekenhuis en (collectieven van) vrijgevestigd medisch specialisten. Dat betekent dat het onderscheid tussen de begrippen 'eigen instelling' en 'andere instelling' vervaagt. Dit geldt ook binnen een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf; daarbij zijn immers ook de verschillende organisatie-modellen denkbaar.
- Het begrip 'hoofdbehandelaar' is niet meer relevant bij onderlinge dienstverlening; slechts de (toegelaten) instelling die het integrale tarief aan de zorgverzekeraar declareert is relevant. De toegelaten instelling kan ervoor kiezen het zorgproduct, in zijn geheel of in delen, bij een (of meer) andere partij(en) in te kopen.
- Bij integrale tarieven worden meer vrijheden gegeven aan de betrokken instelling en specialist(en) om gezamenlijk te bepalen welk tarief voor een zorgprestatie uiteindelijk aan de zorgverzekeraar of patiënt wordt gedeclareerd. Wat er 'achter de voordeur' onderling wordt afgesproken hoeft niet gereguleerd te worden. Dit geldt zowel voor de tarieven als voor de prestaties.
- De 'aan' declaratie van de vrijgevestigd medisch specialist aan de instelling kan volgens bovenstaande uitgangspunten onder de definitie van onderlinge dienstverlening worden begrepen. Dit betekent dat ook voor de 'aan' declaratie de prestatie-regulering kan komen te vervallen.

Het bovenstaande betekent dat de tariefregulering voor de honorariumcomponent bij onderlinge dienstverlening en de specifieke prestatie-regulering komt te vervallen. De NZa zal een algemene prestatie 'onderlinge dienstverlening' vaststellen.

Beheersing macro uitgaven

Adviesvraag VWS.

Wat zijn de gevolgen voor de macrobeheersing van de uitgaven en de uitvoering van het bestaande macrobeheersinstrumentarium (MBI)? VWS verzoekt hierbij om aandacht te besteden aan prikkels (bijvoorbeeld de prikkel tot overproductie). Daarnaast verzoekt VWS aandacht te besteden aan de vraag of de machtsverhoudingen tussen de relevante partijen in de markt voldoende in evenwicht zijn en of er in dat licht aanvullende maatregelen nodig zijn om dat evenwicht in de onderhandelingen tussen de relevante partijen te waarborgen.

Advies NZa.

Het systeem van integrale tarieven versterkt de productieprikkel van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Het is in de eerste plaats aan de zorgverzekeraar om de volumegroei te beheersen. In het geval dat er overschrijdingen ten opzichte van het - integrale - macrokader optreden, kan het MBI worden ingezet. Het MBI kan in zijn huidige vorm behouden blijven. De keuze om het declaratierecht bij de (toegelaten) instelling neer te leggen draagt bij aan de uitvoerbaarheid van het MBI.

Gelijkgerichte belangen van instellingsbestuur en medisch specialisten kunnen de productieprikkel van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf versterken. Met het afschaffen van de deelregulering (in het bijzonder het beheersmodel) bestaat er geen countervailing power tussen het ziekenhuis en de specialisten meer.

Reactie NVZ

De NVZ heeft zich achter het advies van de NZa geschaard. In de visie van de NVZ betreft het advies een logisch vervolg op beleid dat al is ingezet. De keuze voor het beleggen van het declaratierecht bij de instelling ligt volgens de NVZ voor de hand en geeft richting en houvast voor zowel de landelijke inrichting als ook voor de lokale discussie en vormgeving.

Reactie OMS

De OMS verwerpt het advies van de NZa met betrekking tot het beleggen van het declaratierecht bij de instelling. In de visie van de OMS leidt het NZa-advies tot een 'gedwongen' overstap naar dienstverband. Een dergelijke overstap zal gepaard gaan met veel weerstand en onrust in de ziekenhuizen. Wanneer medisch specialisten zich als reactie hierop gaan organiseren buiten het ziekenhuis in bijvoorbeeld Zorg-BV's zal dit negatief uitwerken ten aanzien van de gelijkgerichtheid en de betrokkenheid van medisch specialisten binnen instellingen. Daarnaast zal ook het honorariumdeel mogelijk 21% duurder gaan worden omdat daar waarschijnlijk BTW over moet worden verrekend.

De OMS pleit voor rust en schetst de mogelijkheid om gezamenlijk met het ziekenhuis een tarief te declareren (het zogenaamde 'samen-declareren'). Hierdoor behoudt de medisch specialist het declaratierecht. Het ziekenhuis en de medisch specialist declareren samen de gezamenlijke prestatie in één tarief bij de zorgverzekeraar. De omzet wordt achter de voordeur verdeeld. Daarmee is er in het voorstel van de OMS één tarief dat met de zorgverzekeraar wordt overeengekomen door twee contractpartijen (ziekenhuis en collectief). Praktisch gezien is er één partij die de declaratie van het integraal tarief verzorgt, echter juridisch is er sprake van gezamenlijk declaratierecht. Of dit idee van 'samen-declareren' ook juridisch (fiscaal) houdbaar is, is echter nog niet duidelijk.

BIOMET[®]

One Surgeon. One Patient.

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com),

Dr. Yvonne van Kemenade

Vormgeving Rob Verhoeven Concept & Illustratie

Lithografie & druk Samplonius & Samplonius BV **Oplage** 1350

Biomet Nederland B.V. • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands

Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@biomet.com • www.biomet.nl

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Biomet or its affiliates. This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.