

**MEDISCH  
CONTACT**

**Thema**

11 SEPTEMBER 2014 | *knmg*

**MEDISCH SPECIALIST 2015**

EEN UITGAVE VAN DE *knmg*

NIEUWE REGELS 2015

# MAATSCHAP? LOONDIENST?

Medisch specialist, moet u nog kiezen of u per 1 januari 2015 in de nieuwe maatschapsvorm of in loondienst gaat? Er is een derde optie!

Uniforce Group verzorgt al 14 jaar op betrouwbare wijze een rechtsvorm voor zelfstandig professionals.

- + U onderneemt volledig zelfstandig vanuit uw eigen DUBV
- + U bent verzekerd via het sociale stelsel
- + U heeft de garantie van Belastingdienst en UWV dat er geen arbeidsovereenkomst is met uw opdrachtgever

**uniforce** GROUP  
vrijheid en zekerheid

Meer informatie op: [www.uniforce.nl/medisch-specialist](http://www.uniforce.nl/medisch-specialist) of bel met onze adviseurs: 0341-416500

# VELINK & DE DIE

A D V O C A T E N

GESPECIALISEERD IN JURIDISCHE  
BIJSTAND AAN ARTSEN EN ANDERE  
ZORGAANBIEDERS

SINGEL 120 - I  
1015 AE AMSTERDAM

T 020-4207874  
WWW.VELINKDEDIE.NL



HANS VAN SANTEN

## SPANNEND

In het jaar 2015 voltrekt zich een van de grootste veranderingen die ooit in de financiering van de medisch-specialistische zorg heeft plaatsgevonden. Vanaf 1 januari is er sprake van integrale bekostiging, wat praktisch gezien betekent dat het ziekenhuis de rekening voor alle kosten van de ziekenhuiszorg naar de zorgverzekeraar stuurt. Deze ogenschijnlijk eenvoudige verandering heeft toch belangrijke gevolgen, bijvoorbeeld voor het fiscaal ondernemerschap en de behandelovereenkomst. Over hoe belangrijk deze gevolgen zijn, verschillen de meningen van diverse deskundigen. De medisch specialisten, die het in de dagelijkse praktijk druk genoeg hebben, moeten een keuze maken in hoe ze zich willen verhouden tot het ziekenhuis. Daarom ontvangt u deze bijlage bij Medisch Contact. Naast het interview met Janko de Jonge van de OMS, die zeer veel tijd en moeite heeft geïnvesteerd in voorlichting over dit traject, vindt u een aantal artikelen van externe deskundigen. Zonder te pretenderen dat wij de oplossing voor u hebben, hopen we dat deze bijlage u wat ondersteuning biedt bij de besluiten die u moet nemen. Succes daarmee!

## COLOFON

**Hoofdreductie** Hans van Santen (hoofdreducteur), Robert Crommentuyn en Evert Pronk (adjunct-hoofdreducteurs)

**Eindreductie** Cathri van de Haar, Kees Klaver, Chris Linssen

**redactie** Sophie Broersen, Heleen Croonen, Lieke de Kwant, Henk Maassen, Joost Visser

**Webredactie** Eva Nyst, Simone Paauw, Jan Stevens, Hanna van de Wetering, Reina Zijlstra

**Beeldredactie** Wendy Westerhof

**Vormgeving** Brenda Dillewaard, Tamar Smit

**Secretariaat** Mirjan van Beuge, Sandra van Kooten, Monique Tieleman, Anneke Wintraaken

# INHOUD



04

### 'Invloed hebben om het werk goed te doen, daar gaat het om'.

Janko de Jonge, specialist in het Catharina Ziekenhuis vertelt als vicevoorzitter van de Orde van Medisch Specialisten over de mogelijkheden die vrijgevestigde specialisten hebben om ondernemer te blijven. In Eindhoven kozen ze voor het participatiemodel.



08

### Nieuwe bestuursstructuur door integrale tarieven 2015?

Jaap Sijmons e.a., advocaten, plaatsen kritische kanttekeningen bij de plannen die door de OMS zijn gepresenteerd om vrijgevestigde specialisten in staat te stellen ondernemer te blijven.



14

### Medisch specialist, pak nu uw bestuurlijke rol

Wat wordt na 1 januari de positie van de medisch specialist? Volgens dermatoloog Koopman en adviseur Huijsmans moet die in elk geval meebesturend zijn.



17

### Struikelpunten en kansen voor specialist én ziekenhuis

Volgens bedrijfsadviseur Ivo Knotnerus kunnen specialisten alleen blijven ondernemen als ze hun vakgroep verzelfstandigen. Daar spinnen niet alleen zij garen bij, maar ook de ziekenhuizen.



20

### Het lot van de geneeskundige behandelovereenkomst

Advocaten Meersma en Velink leggen uit dat integrale bekostiging tot gevolg heeft dat er geen behandelovereenkomst meer is tussen patiënt en specialist. De vraag is vervolgens hoe erg dat is.

**Redactieadres** Mercatorlaan 1200, Postbus 20052, 3502 LB Utrecht, telefoon: 030 2823 384, redactie@medischcontact.nl, www.medischcontact.nl

**Advertenties** Cross Media Nederland, www.cross-medianederland.com/

**Vacatures** kunnen direct online geplaatst op medischcontactbanen.nl, onderdeel van gezondheidszorgbanen.nl. Advertenties kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

**Druk** Senefelder Misset. Oplage 19.000.

**Auteursrecht voorbehouden.** Behoudens de door de wet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervaelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder schriftelijke toestemming van Medisch Contact. ISSN-nummer 0025-8245.

Medisch Contact Thema wordt uitgegeven door de KNMG. De redactie is onafhankelijk en werkt op basis van een redactiestatuut.

De redactie heeft alles gedaan om de rechthebbenden van het beeldmateriaal te achterhalen. Als desondanks beeldmateriaal is geplaatst waarvan u (mede)rechthebbende bent, kunt u contact opnemen met: w.westerhof@medischcontact.nl.

Aanwijzingen voor auteurs vindt u op medischcontact.nl/contact

VAN OMS-VICEVOORZITTER JANKO DE JONGE HOEFT EEN DOKTER HOEFT NIET PER SE IN THE LEAD

# 'Invloed hebben om het werk goed te doen, daar gaat het om'

Samen met de ziekenhuizen maken vrijgevestigde medisch specialisten plannen om hun fiscaal ondernemerschap te behouden. Binnenkort oordeelt de belastingdienst over de eerste concrete voorstellen. Dat zal houvast geven, verwacht Janko de Jonge, vicevoorzitter van de Orde van Medisch Specialisten.

**N**a een jaar van intensief overleg zijn ze eruit, de medisch specialisten en bestuurders van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Per 1 januari 2015 staat er een nieuwe ziekenhuisonderneming met twee participanten: de ziekenhuisorganisatie en het collectief van medisch specialisten, de laatsten verenigd in één gezamenlijke bv. Als aandeelhouders van de nieuwe onderneming zijn de vrijgevestigde medisch specialisten van het Catharina voortaan dus medeverantwoordelijk voor de bedrijfsvoering – en daarop ook aan te spreken. 'De keuze was snel gemaakt', zegt Janko de Jonge (57), ruim twintig jaar neuroloog in het Brabantse ziekenhuis. 'Participatie past bij onze manier van werken. Het wachten is nu op het oordeel van de belastingdienst.'

Het verhaal is bekend. Per 1 januari mogen vrijgevestigde medisch specialisten hun honorarium niet meer *via* het ziekenhuis declareren: hun declaratierecht vervalt, en alleen declaratie *aan* het ziekenhuis blijft mogelijk. Daarmee

verdwijnt een van de ondernemersrisico's en dreigt het gevaar dat deze medisch specialisten niet meer voldoen aan de criteria van de belastingdienst. Met het in Eindhoven gekozen participatiemodel wordt dat gevaar afgewend: vanwege hun directe participatie in de ziekenhuisonderneming lopen vrijgevestigde medisch specialisten voldoende ondernemersrisico en blijven zij ondernemers.

Participatie is niet de enige manier om het ondernemerschap veilig te stellen, zo liet het ministerie van Financiën eerder weten. Ziekenhuis en vrij beroepsbeoefenaren kunnen ook kiezen voor het samenwerkingsmodel: daarin leveren vrijgevestigde medisch specialisten – hetzij als maatschap, hetzij via een bv of coöperatie – hun diensten aan het ziekenhuis, zonder daarin te participeren. Ook in die constructie blijven zij in principe fiscaal ondernemers, omdat zij inkomens-, personeels- en ook investeringsrisico lopen. En wie niet hecht aan het vrije ondernemerschap heeft nóg een alternatief: overstappen naar dienstverband.

Rekencentrum Logex begeleidt medisch specialisten en raden van bestuur bij de keuze voor een bepaald besturingsmodel, en houdt periodiek de stand bij. Van de 76 ziekenhuizen die eind augustus een voorlopige keuze hadden gemaakt, hadden er 6 voorkeur voor het participatiemodel. 68 ziekenhuizen kozen voor het samenwerkingsmodel, waarvan 48 via een maatschap en 20 via een bv of coöperatie. In 2 ziekenhuizen gaan medisch specialisten *en bloc* in dienstverband werken; hoeveel losse maatschappen of zelfs individuele medisch specialisten voor dienstverband kiezen (hetgeen in principe *kán*) is niet bekend.

Het lijken heldere cijfers, maar 'ziekenhuizen werken bij voorkeur twee scenario's uit', zegt De Jonge, nu in zijn rol van vice-voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en voorzitter van de Raad Beroepsbelangen: 'Het kan dus best zijn dat het beeld er volgende maand heel anders uitziet.' Zoals in februari de animo voor een maatschap nog vele malen groter was dan die voor een bv of coöperatie. De Jonge kan dat



DE BEELDREDAKTIE/VAN RIJSWIJK

## 'Normaal gesproken toetst de belastingdienst achteraf'

wel verklaren: 'In april liet de belastingdienst ons weten dat het vanuit fiscaal oogpunt eenvoudiger is om je te organiseren in een bv dan in een maatschap. Dat komt omdat een bv bij wet al een onderneming is, dat hoef je niet meer te bewijzen.'

Al wordt de suggestie wel gewekt, met name het samenwerkingsmodel geeft aan hoe medisch specialisten – in de bewoordingen van het ministerie van Financiën – 'hun fiscale ondernemersstatus zouden kunnen behouden', maar biedt daarvoor geen absolute garantie. De belastingdienst zal dat nog toetsen, en bij een negatief oordeel rest de medisch specialist slechts een gang naar de belastingrechter. De Jonge: 'Het was natuurlijk makkelijker geweest als wij onze leden precies hadden kunnen vertellen waaraan ze zouden moeten voldoen om fiscaal ondernemer te blijven. Zóveel personeel in dienst, zóveel investeren, dat soort zaken. Maar de belastingdienst wilde zo'n overzicht niet maken. Begrijpelijk, want zo'n lijst zou dan meteen ook voor andere vrije beroepen gelden.'

Inmiddels hebben zo'n vijftien ziekenhuizen een kant-en-klaarplan ter toetsing voorgelegd aan de belastingdienst. Die gaat daar binnenkort naar kijken, weet De Jonge: 'Dat is bijzonder, want normaal gesproken toetst de belastingdienst achteraf. In dit geval had dat betekend dat ziekenhuizen en vrije beroepsbeoefenaren tot 2016 hadden moeten wachten op zekerheid. Dan hadden ze dus te horen kunnen krijgen dat de medisch specialisten toch niet als fiscaal ondernemer werden beschouwd, en hadden zij allerlei al gemaakte afspraken weer moeten aanpassen. Daarom hebben wij voorgesteld om al vóór het

begin van het nieuwe jaar zekerheid te geven, en daar voelde men wel voor. Als de belastingdienst in september een plan voor samenwerking goedkeurt, weet men in ziekenhuizen met soortgelijke plannen dat het daarmee wel goed zit. En zal men daar mogelijk óók voor kiezen.'

### ***Niet in alle ziekenhuizen gaat de besluitvorming even snel. Wat zijn de problemen waar medisch specialisten en raden van bestuur tegenaan lopen?***

'Het gaat vaak over het toedelen van verantwoordelijkheid. Uiteindelijk is de raad van bestuur eindverantwoordelijk, maar menig bestuur vraagt zich af hoe die verantwoordelijkheid waar te maken als er straks geen individuele toelatingsovereenkomsten zijn. Ik denk dat we de zorgen daarover kunnen wegnemen, want er zijn voorbeelden genoeg. In het Catharina Ziekenhuis werken de pathologen voor een andere onderneming; ze worden door het ziekenhuis ingehuurd. Ook het steriliseren wordt vaak aan bedrijven uitbesteed, op basis van een service level agreement, een SLA. Straks vormen ook de medisch specialisten een eigen onderneming, die met het ziekenhuis afspraken moet maken. Alléén met het ziekenhuis, want we praten niet rechtstreeks met partijen als zorgverzekeraars of banken. Al doet een raad van bestuur er goed aan om medisch specialisten bij die gesprekken te betrekken. Zorgverzekeraars en banken zullen dat op prijs stellen. Want de zorg is risicovoller geworden, ziekenhuizen kunnen failliet gaan.'

### ***Als een medisch specialist disfunctioneert kan de raad van bestuur in het uiterste geval een toelatingsovereenkomst intrekken. Dat kan straks niet meer. Vindt men dat bezwaarlijk?***

'Vrijwel ieder ziekenhuis heeft nu al een reglement disfunctioneren medisch specialisten. Daar verandert niets aan. Als iemand niet goed functioneert, zal het bestuur eerst met hem of haar gaan praten en als dat niets oplevert te rade gaan bij de medische staf of bij

het bestuur van de maatschap of de bv. Het is een getrapte procedure, maar er wordt wel een traject in werking gezet. Ik vind het een semantisch probleem. Want in een aantal geruchtmakende zaken van disfunctioneren ging het om een medisch specialist in dienstverband. Het bestuur van het ziekenhuis had in die gevallen de wettelijke bevoegdheid om in te grijpen, maar deed dat niet. De vraag is dus eerder of een raad van bestuur zijn verantwoordelijkheid wil nemen en werkelijk doorzet.'

### ***In 2011 moesten medisch specialisten nadenken of ze van hun collectief een stafmaatschap wilden maken of een coöperatief. Nu staan ze wéér voor een keuze. Hebben ze er nog wel zin in?***

'Eerst kwam daar het dbc-systeem, in 2008 kregen we het uurtarief, in 2009 werd dat opgezegd, in 2010 en 2011 kregen we met terugwerkende kracht kortingen aan onze broek, en het jaar daarop moest het weer anders. In zeven jaar is er veranderbaarheid ontstaan, al is het vuur de laatste maanden weer terug. Men weet nu dat men in beweging moet komen, en dat gebeurt ook wel. Maar vraag je aan een willekeurige specialist wat er gaande is, dan weet hij dit vaak niet precies. "Regel het alsjeblieft goed", hoor ik vaak. Aan ons de taak om mensen goed te informeren en op de hoogte te houden. In ons ziekenhuis praten we iedere maand even bij.' Hij zwijgt even. En dan: 'Het is inmiddels zo ingewikkeld geworden dat de doorsnee medisch specialist het nauwelijks nog kan volgen. Al worden de mensen vanuit de OMS goed geïnformeerd.'

### ***Loop je niet het gevaar dat medisch specialisten verloren gaan in een grote maatschap? Of blijven de oude maatschappen gewoon bestaan?***

'De leden van een maatschap maken nu onderling afspraken over werkverdeling, vrije tijd en verdeling van inkomen. Ze nemen ook strategische beslissingen. In de nieuwe situatie worden zaken als de verdeling van inkomen in het collectief besproken. Maar artsen

blijven met elkaar verbonden in de uitoefening van het vak. Of je de groep waarin dat gebeurt “maatschap” moet blijven noemen, is de vraag. Je kunt het woord “vakgroep” gebruiken, of “organisatorische eenheid”.

***In een artikel in deze bijlage noemt een fiscalist het samenwerkings- en participatiemodel overbodig. Volgens hem zouden medisch specialisten na 1 januari hoe dan ook fiscaal ondernemer zijn gebleven.*** ‘Het ministerie van Financiën heeft het zelfstandig declaratierecht als een belangrijke voorwaarde genoemd om aangemerkt te kunnen worden als fiscaal ondernemer. Doen we nu niets, dan werken we in de ogen van de belastingdienst in dienstverband en moet de werkgever loonheffing inhouden. Een aantal fiscalisten zegt dat dat niet waar is. Volg je hun advies, dan dien je in april 2016 gewoon je belastingaangifte in over 2015. Maar dan loop je het risico dat de belastingdienst zegt: “Wij vinden u geen ondernemer, u heeft geen recht op zelfstandigenaftrek, op mkb-vrijstelling, op investeringsaftrek en op het afschrijven van de goodwill. Die schrappen we, en het ziekenhuis krijgt een naheffing, plus een boete voor de niet afgedragen loonheffing. Niet mee eens? Dan stap je maar naar de belastingrechter. Deelt die de mening van de belastinginspecteur dan moet je maar verder procederen, tot het Europees Hof aan toe.” Niets doen is dus geen optie, want daarmee loop je gewoon te veel risico. En die fiscalisten die zeker menen te weten dat het wél kan, zullen die bereid zijn om dat financiële risico te dragen? Nee, vanuit een luie stoel is het makkelijk praten.’

***Andere auteurs noemen als nadeel dat een stafmaatschap groot en log wordt. Is het niet makkelijker om als maatschap je eigen weg te gaan, desnoods buiten het ziekenhuis?***

‘Dat kan. Alles kan. Wij zouden hier met negen neurologen in een eigen pand kunnen gaan zitten. Maar dan moet je wel patiënten meenemen, je

moet afspraken maken met de raad van bestuur en zorgverzekeraars, je moet een declaratietitel weten te regelen, want die ben je dan kwijt. En de raad van bestuur moet dan met twintig van dit soort groepjes afspraken gaan maken. Dat wordt chaos. Nog los van het feit dat specialisten in een ziekenhuis met elkaar verbonden zijn. Oogartsen, dermatologen – die zouden misschien zelfstandig verder kunnen. Maar je kunt echt niet hebben dat anesthesiologen die stap zetten.’

***In deze bijlage staat ook een pleidooi voor een grotere formele rol van medisch specialisten in het bestuur van het ziekenhuis, zoals in Bernhoven het geval is.***

‘Een organisatiehark zegt mij niet zoveel, daarvan heb ik er al zoveel voorbij zien komen. Het is belangrijker

## 'Zijn die fiscalisten bereid het financiële risico te dragen?'

dat artsen en bestuurders met elkaar de dingen doen die ze moeten doen. Hoe je dat regelt maakt mij niet uit. Voor mij hoeft een dokter niet per se *in the lead*. De dokter wil genoeg invloed hebben om zijn werk goed te kunnen doen. Invloed hebben op het bouwbeleid, op het investeringsbeleid, op het nuttig aanwenden van het personeel, het nuttig gebruik van middelen. En op de strategische keuzes die een ziekenhuis moet maken. Daar gaat het om.’

***Hoe voorkom je dan dat bestuurders en specialisten net als NS en ProRail tegenover elkaar komen te staan, zoals deze auteurs suggereren?***

Dat zal niet gebeuren, zeker niet in ziekenhuizen die zorg bieden in de volle breedte. Waarom zou je ook? We hebben de laatste jaren voldoende duidelijk gemaakt dat medisch specialisten en ziekenhuizen er samen verantwoordelijk voor zijn om goede zorg te leveren. ■

### web

Meer artikelen over dit onderwerp, de verschillende modellen en informatie over het dienstverband vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).



DE BEELDREDAKTIE VAN RIJUSWIJK

BEHOEFTE AAN NUCHTERHEID OVER NIEUWE TARIEFSTRUCTUUR

# Nieuwe bestuursstructuur door integrale tarieven 2015?

Voor medisch specialisten in het ziekenhuis komt 1 januari 2015 dreigend naderbij. De fiscale gevolgen van de integrale tarieven gaan gepaard met nieuwe onderlinge verhoudingen. De Orde van Medisch Specialisten kwam met een nieuw samenwerkingsmodel, maar dat is niet zonder haken en ogen betogen drie partners bij Nysingh advocaten-notarissen.

**W** elk probleem ontstaat er nu eigenlijk per 1 januari 2015? De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert integrale tarieven in voor medisch specialisten en ziekenhuizen.<sup>1</sup> Daardoor kunnen vrijgevestigde medisch specialisten hun honorarium niet meer 'via' het ziekenhuis declareren aan zorgverzekeraars en patiënten.<sup>2</sup> Alleen het ziekenhuis kan nog declareren aan deze partijen. De medisch specialist declareert dus aan het ziekenhuis. De NZa trekt hiermee een door de overheid ingezette lijn door en stelt dat het doel – het 'geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf' (GMSB) – nu eindelijk kan worden vervolmaakt. Dit gebeurt overigens met goedkeuring van het veld – de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) – en volgens het Regeerakkoord 2012.<sup>3-6</sup> Door een integraal tarief gaat de fiscale status van de medisch specialist als zelfstandig ondernemer mogelijk verloren. De lasten hiervan zijn door PwC op ca. 20.000 euro per specialist geschat.

### Fictief dienstverband

Om dit fiscale probleem op te lossen zouden vrijgevestigde medisch specialisten

per 2015 meer ondernemersrisico moeten lopen om hun fiscale status van vrij ondernemer te behouden. Strikt genomen betekent dit dat ze dus risico's van de ziekenhuizen moeten overnemen. Doen de ziekenhuizen en de medisch specialisten niets, dan zijn de medisch specialisten vanaf 2015 in 'fictief dienstverband'. Mogelijk vindt de civiele rechter de gewoon doorlopende toelatingsovereenkomst niet een 'fictief' maar ook een feitelijk arbeidsrechtelijk dienstverband en zijn de medisch specialisten van rechtswege in loondienst onder de werking van een verbindende cao, de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS). Dat lijkt ons voor de ziekenhuizen een aantrekkelijke uitkomst. Het is dan nog mogelijk de voorheen vrijgevestigde ondernemer wegens zijn bijzondere positie een extra regeling te bieden, onder meer met de vergoeding uit het voor dit doel opgerichte transitiefonds. Met onder meer het model van een samenwerkingsovereenkomst nam de OMS echter een vlucht naar voren. Het model spreekt van een 'medisch-specialistisch bedrijf' (het collectief van vrijgevestigden) dat met het ziekenhuis een overeenkomst over de zorgverlening moet sluiten.<sup>7</sup> In de

voorstellen spreken de medisch specialisten zelfs van een overeenkomst van 'het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf' met het ziekenhuis. Dat is de wereld op zijn kop. De integrale tarieven beogen juist de specialisten in het ziekenhuis te integreren als sluitstuk van een lang politiek proces.<sup>8</sup> Dat het ziekenhuis het facilitair bedrijf van het medisch-specialistisch bedrijf zou worden, zat niet in de planning. De NZa geeft de ziekenhuizen door het integrale tarief juist meer 'doorzettingsmacht'.<sup>9</sup>

### Macht

'Samenwerkingsovereenkomst' was de oorspronkelijke naam van de toelatingsovereenkomst in het model van de OMS en de NVZ uit 2011. Dat model is een in de loop der tijd uitgebalanceerd evenwicht. Misschien niet ideaal, maar wel beproefd. Welk 'samen' komt er nu voor in de plaats? De integrale tarieven in 2015 zijn aanleiding geworden om niet alleen te spreken over het overhevelen van risico's naar de medisch specialisten – daar kan het ziekenhuis niet echt op tegen zijn –, maar ook over zaken als aansturing, investeringen en beslissingsbevoegdheden, kortom van 'macht'.





GETTY IMAGES

Daarmee komt men op lastig terrein, want de huidige Model Toelatingsovereenkomst (MTO) is ontworpen langs de lijn dat de raden van bestuur de wettelijke eindverantwoordelijkheid hebben over de veiligheid en kwaliteit van de zorg, het zorgaanbod en het financiële beheer van het ziekenhuis. De minister van VWS dreigde in de toelatingsovereenkomsten in te grijpen als de aansturing en de verantwoording van de individuele medisch specialisten niet beter werden geregeld. De specialisten zouden gezamenlijk te veel als een ondoorzichtig ‘machtsblok’ optreden – de RVZ sprak over een ‘disbalans’ die het bestuur verlamt.<sup>10</sup> Deze disbalans wordt door de MTO 2011 zo goed mogelijk gecorrigeerd; als men dat wil afschaffen moet men zich niet alleen bezinnen op ‘gelijkgerichtheid van belangen’, maar ook op bestuurbaarheid

en eindverantwoordelijkheid. Bij elke overdracht of deling van ‘macht’ moeten wij oppassen de klok niet terug te draaien naar vóór 2011.<sup>11</sup> ‘Samen’ is niet gelijkwaardig besturen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg verlangt van de raden van bestuur dat ze voldoende ‘controle’ op alle wettelijke verantwoordelijkheden hebben. De Orde stelt ‘dat de medisch specialist in toenemende mate actief participeert op bestuurlijk en strategisch niveau én medeverantwoordelijkheid draagt voor de financiële resultaten van het ziekenhuis’. Maar dat betekent natuurlijk nog niet dat het collectief dit als een soort *countervailing power* tegenover het bestuur moet doen.<sup>12</sup>

#### **Verantwoordelijkheid**

In de Model Toelatingsovereenkomst is opgenomen dat de medisch specialist

op grond van jaarlijkse productie- en honorariumafspraken zijn honorarium in rekening brengt bij het ziekenhuis. Een nieuw contract heeft fiscale redenen, maar niet dat de toelatingen als zodanig niet meer zouden functioneren. Als de vrijgevestigde specialisten voor hun medisch-specialistisch bedrijf meer ondernemersruimte verlangen, moet in de uitwerking zorgvuldig worden afgewogen wat dat betekent voor de wisselwerking met het ziekenhuis. Wat gaat er straks *beter* lopen? En waarom?

‘Samen’ is niet  
gelijkwaardig  
besturen

Vermindert de effectieve verantwoordelijkheid van het ziekenhuis voor de zorg? Deze discussie is vaak op een te hoog abstractieniveau gevoerd. Om fiscale redenen de medisch specialisten in goed vertrouwen meer ruimte geven en daarmee effectieve doorzettingsmacht prijsgeven, is voor het ziekenhuis op zijn minst riskant.

## Businesscase

Een ander punt van aandacht is nog steeds de businesscase van het medisch-specialistisch bedrijf. De OMS neemt bijvoorbeeld te eenvoudig aan, dat in 2015 een basishonorering wordt overeengekomen ter hoogte van het laatste NZa-honorariumomzetplafond van het beheersmodel. Dit plafond zou dan – voor groei geïndexeerd – de bodem vormen voor de aanvullende variabele honorering op basis van kwalitatieve of kwantitatieve indicatoren die betrekking hebben op prestaties van de medisch specialisten.<sup>13</sup> Dit ligt niet zo voor de hand.

Het ziekenhuis zal het nieuwe fiscale werkgeversrisico afdekken uit het oude ‘honorariumdeel’. Met het opheffen van het beheersmodel honoraria medisch specialisten worden de inkomsten voor het ziekenhuis op dit onderdeel lager als de zorgverzekeraars er druk op zetten. Lagere inkomsten voor de zorg worden intern doorberekend. Neemt door de samenwerkingsconstructie het interne risico voor het ziekenhuis toe, dan zal naar economische principes de prijs van de geleverde dienst moeten dalen en het ziekenhuis reserveringen moeten treffen. Het staat de ziekenhuizen natuurlijk ook vrij het loondienstverband aantrekkelijker te maken ten koste van de uitgaven voor de vrijgevestigden. Het lijkt juist de bedoeling van de NZa dat het ziekenhuis hierin stuurt. Heftiger kunnen nog de effecten van de selectieve zorginkoop zijn. Kortom: dit is allerm minst een simpel dossier. In eerste opzet enthousiast ontworpen businesscases zouden er wel eens heel anders kunnen uitzien als wordt geanticipeerd op alle

nieuwe investeringen en de risico’s aan beide kanten, alsmede op lagere inkomsten. Voor ziekenhuizen geldt: je onderhandelingspartner moet financieel gezond zijn. Hoe stevig is dus de businesscase?

## Het staat ziekenhuizen vrij het loondienstverband aantrekkelijker te maken

### Heikele punten

Tot slot enkele voorbeelden van punten uit het samenwerkingsmodel, waarover de partijen het niet vanzelfsprekend snel eens zullen zijn:

- De individuele toelating vervalt; individuele aanwijzingen blijven wel bestaan. Correcte nakoming wordt echter een collectieve verantwoordelijkheid. Het collectief – de stafmaatschap – heeft geen enkele status voor de kwaliteitswetgeving en het tuchtrecht, noch voor de WGBO, zorgverzekering of prijsregulering (Wmg) en zorgcontractering (WTZi). De individuele maten zijn ieder voor een gelijk deel aansprakelijk. Dus ook voor het eigen handelen is de specialist bij een collectief van honderd personen slechts voor 1 procent aansprakelijk.
- De opzegging en schorsing van een individuele toelating wordt vervangen door de ontzegging van de toegang van een individuele specialist. Of dat voor de raad van bestuur een verbetering is, is op zijn minst twijfelachtig, want de ontzegging wordt gebonden aan ‘omstandigheden van zo ernstige aard dat aanwezigheid niet langer kan worden geaccepteerd’. Voor het disfunctioneren lijkt het ziekenhuis

de bewijslast op het niveau van de oude toelating te behouden, maar nu zonder het contract individueel te kunnen beëindigen.

- De maatschap moet de continuïteit handhaven. Individuele specialisten zijn dus niet meer verplicht om fulltime praktijk te voeren. Extreem gesteld moet het ziekenhuis maar afwachten wie wordt ingeroosterd. Aan de voorkant wordt wel de toegang aan goedkeuring van het ziekenhuis onderworpen, maar die is verder nog niet genormeerd. In de praktijk zouden met algemene toestemmingscriteria vele parttimers in de maatschap kunnen deelnemen en rouleren op de werkvloer.
- Weliswaar maken partijen jaarlijks productie- en prijsafspraken, maar door het nu wederzijdse concurrentiebeding is de raad van bestuur overgeleverd aan de maatschap als enige onderhandelingspartner. Logischer is een vrije onderhandelings-situatie waarbij de raad van bestuur – voor onderdelen – kan uitwijken naar een ander aanbieder.

### Nuchterheid

Voor ziekenhuizen is de datum 1 januari 2015 niet zo bedreigend als wel wordt gesuggereerd. Het integraal tarief is op zich geen aanleiding door te stoten naar een duaal bestuursmodel. Het door de OMS gepresenteerde samenwerkingsmodel levert ook in de nieuwe versie voor de raden van bestuur knelpunten op en de medisch specialisten kunnen zich in hun businesscase beter nog maar niet te vroeg rijk rekenen. Nuchterheid geboden, lijkt ons het devies. ■

Het dossier Specialisteninkomens, de voetnoten en eerdere artikelen van Sijmons en Kastelein vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl)

### contact

j.g.sijmons@nysingh.nl  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

(advertorial)

Integrale bekostiging 2015

# De consequenties voor uw pensioenopbouw



**De keuze voor ondernemerschap of loondienst heeft ook consequenties voor de opbouw van uw pensioen.**

Vrijgevestigde medisch specialisten (waaronder ook DGA's) zijn aangesloten bij SPMS, terwijl medisch specialisten in loondienst onder PFZW vallen. Deze pensioenregelingen zijn zeer verschillend. Het afgelopen jaar zijn er veel vergelijkingen gemaakt die niet alle elementen van beide regelingen op een juiste manier hebben beschreven.

**Meer informatie?**

SPMS heeft samen met PFZW een correcte vergelijking gemaakt die u kunt vinden op de website van SPMS. Hier vindt u ook de nieuwsbrief die aangeeft bij welk pensioenfonds u vanaf 2015 bent aangesloten.

[www.SPMS.nl](http://www.SPMS.nl) (optie huidige deelnemers)

**Persoonlijk advies**

Mocht u behoefte hebben aan een persoonlijk advies dan kunt u contact opnemen met de financieel planners van SPMS op: 030-6937680 of via [advies@spms.nl](mailto:advies@spms.nl).

## INTEGRALE BEKOSTIGING: LAAT U GOED BEGELEIDEN BIJ UW KEUZES

Op 1 januari 2015 doet de integrale bekostiging zijn intrede. Dat heeft de nodige gevolgen voor uw toekomstige positie als vrijgevestigde medisch specialist. Laat u daarom goed begeleiden bij uw keuzes.

De komende maanden zult u binnen uw collectief, met de Raad van Bestuur en individueel de nodige - soms ingrijpende - keuzes moeten maken: kiest u voor een nieuw organisatiemodel of stapt u over naar een dienstverband? Een goed inzicht in de consequenties van uw keuzes is hierbij meer dan gewenst. Heeft u behoefte aan meer informatie over (de gevolgen van) integrale bekostiging? Neem dan contact op met Sibbing & Wateler. Onze adviseurs gaan graag met (besturen van) stafmaatschappen in gesprek.

Sibbing & Wateler is een onafhankelijk financieel adviesbureau, gespecialiseerd in de praktijkbegeleiding van medisch specialisten. Wij bieden u een gevarieerd dienstenpakket voor al uw financiële zaken, nu en in de toekomst.

**SIBBING & WATELER C.S.**

'n hele zorg minder®

Telefoon: (0318) 544 044 - [www.sibbing.nl](http://www.sibbing.nl)



Gratis,  
geaccrediteerde  
online nascholing

twee  
accreditatie-  
punten

# Bespreekbaar maken van alcoholgebruik van de patiënt

- Duur 2 uur
- ABAN-accreditatie 2 punten  
direct in GAIA bijgeschreven

## Casus en rondetafelgesprek

Het ter sprake brengen van alcoholgebruik is een bewezen effectieve interventie. Huisartsen en een MDL-arts laten zien hoe ze dat aanpakken. Tevens een discussie met deskundigen over de noodzaak van het bespreken van alcoholgebruik met patiënten en de beste methoden daarvoor.

### Met onder andere

- **Gerard Schippers**, emeritus-hoogleraar verslavingsgedrag
- **Bas Bredie**, internist Radboudumc
- **Carla Hagestein-de Bruijn**, psychiater MC Haaglanden
- **Martijn Sijbom**, huisarts
- **Nico van der Lely**, kinderarts Reinier de Graaf

'Mag ik u nog iets vragen?'

'Natuurlijk.'

'Hoe staat het met uw alcoholgebruik?'

'Hoezo?'

'Wel, wat we zojuist bespreken kán te maken hebben met uw alcoholgebruik.'

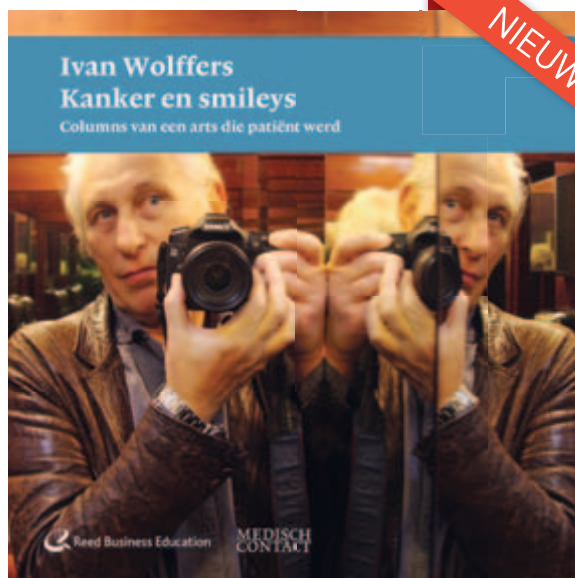
Financieel mede  
mogelijk gemaakt  
door Lundbeck



[www.medischcontact.nl/nascholing](http://www.medischcontact.nl/nascholing)

# Meer lezen?

Bestel de boeken van Medisch Contact



**BOEKEN**  
**€17,95**  
E-BOOKS  
**€12,99**

[medischcontact.nl/webshop](https://medischcontact.nl/webshop)

DÉ WEBSITE VOOR ARTSEN

2015 BIEDT KANS OM BESTUURLIJKE (MEDE)VERANTWOORDELIJKHEID TE NEMEN

## Medisch specialist, pak nu uw bestuurlijke rol

De integrale bekostiging heeft consequenties voor de invloed van medisch specialisten op de besturing van het ziekenhuis. Dit is hét moment om dat goed te regelen vinden Hemmo Huijsmans en Roland Koopman.

In vrijwel alle ziekenhuizen van Nederland buigen medisch specialisten zich over het vraagstuk van de integrale bekostiging, die per 1 januari 2015 wordt ingevoerd. In eerste instantie leek de discussie vooral te gaan over de vraag 'hoe behouden we de vrije vestiging?'. Inmiddels is duidelijk dat het om een veel fundamentele vraag gaat, namelijk 'welk besturingsmodel stelt ons als medisch specialisten in staat om ook op lange termijn, ten behoeve van de uitvoering van ons vak en de kwaliteit van de patiëntenzorg, een goede rol en positie in te nemen in de besturing van het ziekenhuis?' Veel specialisten hebben de afgelopen jaren het gevoel gekregen een speelbal te zijn van het ziekenhuis, financiers en de overheid. Er is grote behoefte aan rust, aan duidelijkheid, aan waardering en aan (mede)zeggenschap over allerlei zaken die van belang zijn voor de uitoefening van hun vak, de patiëntenzorg.

### Gezamenlijk

Een groep van ruim zestien stafvoorzitters heeft op 21 maart jl. op een *invitational*

*conference* in Den Bosch van gedachten gewisseld over de vraag hoe kansrijke en toekomstbestendige oplossingen eruit zouden kunnen zien. Daarbij was de stellige overtuiging dat ziekenhuis en medisch specialisten in plaats van naast elkaar en tegen elkaar, veel meer mét elkaar, als gezamenlijk medisch specialistisch bedrijf, zouden moeten werken aan gezamenlijke resultaten. Afgelopen decennia is al enige progressie geboekt, maar een echte stap voorwaarts zou een ziekenhuismodel zijn waarin medisch specialisten daadwerkelijk een positie krijgen in de besturing en eventueel zelfs in het eigenaarschap van het ziekenhuis.

In een aantal ziekenhuizen zet men stappen in die richting. Op de conferentie werd het model van ziekenhuis Bernhoven – in Uden – gepresenteerd. Daar heeft men sinds januari van dit jaar medisch specialisten stevig geïntegreerd in de besturing van het ziekenhuis. Geconcludeerd werd dat het oude model van 'wij en zij' (dat overigens ook binnen de medische staf, tussen maatschappen/vakgroepen heerste) geen toekomst meer heeft.

### NS-Prorail-scenario voorkomen

Bij de verkenningen die op dit moment in de ziekenhuizen plaatsvinden staan

## BERNHOVEN

Met 'gezamenlijkheid' als vertrekpunt is het besturingsmodel in ziekenhuis Bernhoven als volgt ingericht. De klassieke raad van bestuur is vervangen door een directiecomité. Dit bestaat uit twee medisch directeuren, naast de directeuren HR, financiën en ICT, en staat onder voorzitterschap van een algemeen directeur. In het directiestatuut is vastgelegd dat de medisch directeuren leiding geven aan het medisch specialistisch bedrijf.

De twee medisch directeuren sturen de medisch leiders aan die, ondersteund door managers, eindverantwoordelijk zijn voor de resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's). De medicus is dus 'in the lead'. Alleen de medisch leiders hebben stemrecht in de RVE-raad die zij samen met de managers vormen. In die RVE-raad wordt beleid vastgesteld en gecoördineerd.

Alle taken van de Vereniging Medische Staf zijn ondergebracht en geborgd in de ziekenhuisorganisatie. De afdeling Kwaliteit en Veiligheid wordt geleid door een medisch specialist uit de eigen staf. Mede hierdoor kon de Vereniging Medische Staf worden opgeheven. De stafmaatschap heeft een belangrijke stap naar eenheid tussen de maatschappen gezet, door de goodwill integraal te regelen via een in- en uitgroei-regeling. Wellicht even belangrijk als deze veranderingen in de besturingsstructuur is de cultuurverandering die hiermee gepaard gaat. Er is een gevoel van betrokkenheid en gezamenlijkheid ontstaan. Gezamenlijke leer- en ontwikkeltrajecten voor bijvoorbeeld directie en medisch leiders dragen hieraan bij.



vooral het ‘samenwerkingsmodel’ en het ‘dienstverbandmodel’ op de agenda. In het samenwerkingsmodel organiseren medisch specialisten zich naast het ziekenhuis in een apart ‘medisch bedrijf’, dat ‘leveringscontracten’ afsluit met het ziekenhuis. Dit model is interessant omdat het de vrije vestiging, en daarmee een fiscaal voordeel, kan waarborgen. Voor het overige lijkt het model op het eerste oog sterk op het huidige model van de stafmaatschap. Er zullen echter wel degelijk grote verschillen zijn. Ten eerste moet er een échte onderneming worden ingericht met personeel, investeringen, contracten met klanten en leveranciers, compliance aan allerlei wet- en regelgeving. Dit is wezenlijk anders dan de huidige situatie en betekent dat men ook daadwerkelijk ondernemersrisico gaat lopen. Daarnaast is duidelijk dat er op allerlei vlakken eisen gesteld zullen worden aan dit bedrijf. Niet alleen door het ziekenhuis, maar ook door financiers, verzekeraars, fiscus, en diverse inspecties. Dit vraagt om een adequate, professionele besturing, beleidsontwikkeling en -uitvoering.

Hiervoor is ook een professionele uitvoeringsorganisatie (bestuur, management en staf) nodig. Aanzienlijk meer management, hiërarchie en bureaucratie dus dan in de huidige staven en stafmaatschappen gebruikelijk is. Een derde aspect is dat het model weliswaar als ‘samenwerkingsmodel’ te boek staat, maar dat het medisch bedrijf en ziekenhuis als onderhandelingspartners tegenover elkaar kunnen komen te staan. Er zullen ‘leveringscontracten’ worden uitonderhandeld waarin afspraken gemaakt worden over prijs, volume en kwaliteit van de te leveren diensten. Het is evident dat belangen daarin niet altijd gelijkgericht zullen zijn. Een eigen ‘bedrijf’ dus, met eigen belangen en een eigen dynamiek. Het grote risico is dat het ziekenhuis en het medische bedrijf zich onbedoeld los van elkaar gaan ontwikkelen. Om een ‘NS-Prorail-scenario’ te voorkomen, moeten beide partijen dus, zoals in Bernhoven gebeurt, vanaf het begin bewust investeren in gezamenlijkheid. Die gezamenlijkheid moet gevonden worden op drie terreinen.

Ten eerste moet sprake zijn van zoveel mogelijk gelijkgerichte belangen en prikkels. Bijvoorbeeld door vergoedingen aan het medische bedrijf te relateren aan resultaten of prestatie-indicatoren waar beide partijen belang bij hebben. Ook financiële participatie in het ziekenhuis is daarbij een optie. Verder moeten bestuurlijke integratie en afstemming gecreëerd worden, bijvoorbeeld door personele unies of medezeggenschapsconstructies. Ook op het niveau van RVE-management kunnen koppelingen gemaakt worden door specialisten te betrekken in het management. Meer operationeel ten slotte, kan het medisch bedrijf wellicht (staf)diensten, bijvoorbeeld op personeel, financieel, administratief of juridisch gebied inhuren van het ziekenhuis. Het derde terrein is het beleid. Het is essentieel dat een gezamenlijke of afgestemde strategie- en beleidsontwikkeling plaatsvindt. Denk hierbij aan keuzes over groei, krimp, profiel, investeringen, (medisch) technologische ontwikkelingen, et cetera. Dit kan vorm krijgen door gezamenlijke (beleids)commissies, voldoende

overlegmomenten, integrale beleidsplannen, jaarplannen en businesscases.

## Dienstverband

De tweede oplossingsrichting, het dienstverbandmodel, kan vanuit het perspectief van het gezamenlijk medisch bedrijf een interessante optie zijn. Er zijn echter ook enkele hobbels, zoals de goodwill en het inkomensniveau in relatie tot de WNT.<sup>1</sup> Een deel van deze financiële hobbels kan wellicht verzacht of gecompenseerd worden. Op financieel gebied biedt het dienstverband een aantal zekerheden en waarborgen (AMS – arbeidsvoorwaarden medisch specialisten –, arbeidsongeschiktheid, pensioen en WW) die de optie van het vrije ondernemerschap niet kent. Voor de goodwill kunnen lokale oplossingen bedacht worden. In Bernhoven maakt de stafmaatschap bijvoorbeeld gebruik van een in-/uitgroeiregeling. Bij een overgang naar dienstverband kan bovendien nog een beroep gedaan worden op een landelijk transitiefonds ('zolang de voorraad strekt'). Landelijke partijen (NVZ, OMS, LAD) zouden moeten bewerkstelligen dat medisch specialisten ook na 2017 buiten de werkingsfeer van de WNT zullen vallen. Indien de maatschappelijke en politieke druk op topinkomens aanhoudt, is overigens zeer onzeker of het samenwerkingsmodel in dat kader wel veiligheid biedt. Wellicht de belangrijkste hobbel die genomen moet worden is het gevoel van verlies van 'autonomie'. Hoewel deze autonomie ook in het samenwerkingsmodel sterk beperkt zal worden, is dit voor veel specialisten nog de belangrijkste reden om niet te kiezen voor het dienstverband. Paradoxaal genoeg biedt juist het dienstverbandmodel bij uitstek mogelijkheden om een écht medisch bedrijf in te richten, waarin dokters daadwerkelijk bevoegdheden en verantwoordelijkheden krijgen in beleid en bestuur en eventueel ook in het eigenaarschap van de organisatie. De voordelen van participatie in eigendom van een ziekenhuis moeten volgens velen ook niet zozeer worden gezien in financiële beloning (winstuitkering) maar vooral in het gevoel van eigenaarschap ('ons ziekenhuis') en de (getrapte) zeggenschap als aandeelhouder. Een dergelijk participatiemodel is op korte termijn misschien nog een stap te ver, maar voor de toekomst een optie die zowel vanuit het samenwerkingsmodel als het dienstverbandmodel bereikbaar is.

# PRAKTIJKPERIKEL

## ONGEHOORD

Na een paar jaar is tot me doorgedrongen dat ik een gehoorapparaat nodig heb. Te vaak versta ik bij de overdracht niet wat er wordt gezegd. Bij voordrachten ben ik afhankelijk van de voorzitter om vragen uit de zaal te herhalen en als ik college geef moet ik de zaal inlopen om er achter te komen wat er wordt gezegd. De televisie en radio zet ik steeds harder. De doorslag geven de opmerkingen van vrouw en kinderen en hun vergelijkingen met de hardhorende professor Zonnebloem uit Kuifje. Ik neem een uurtje vrij en haal bij de huisarts een verwijzing naar de plaatselijke kno-arts. In het lokale ziekenhuis wordt een audiogram gemaakt dat aantoont wat ik al vermoedde en ik word verwezen naar een audicien. Daar blijkt dat ik gezien mijn bezigheden een gehoorapparaat in een van de twee hoogste en dus duurste categorieën nodig heb. Mijn verzekeraar wil dat in het kader van de bezuinigingen echter alleen vergoeden na een second opinion. En dus moet ik weer naar de huisarts voor een nieuwe verwijzing. Dit keer naar een kno-arts in een audiologisch centrum. Het dichtstbijzijnde centrum blijkt gevestigd in het academisch ziekenhuis waar ik werk, dat scheelt in ieder geval weer wat reistijd. Als ik een afspraak wil maken bij een van onze kno-artsen, blijkt dat dat niet kan zonder nieuw audiogram. Mijn tegenwerping dat dit een paar weken geleden elders al is gedaan, maakt geen indruk. En dus doorloop ik het hele circus nog een keer en maak dan een afspraak bij de kno-arts die tot de conclusie komt dat ik een gehoorapparaat nodig heb in een van de twee hoogste categorieën. Wie had dat gedacht! Ik maak opnieuw een afspraak bij de audicien en enkele maanden na mijn eerste bezoek kan ik beginnen met het aanmeten van een gehoorapparaat. Ben nu alleen nog erg benieuwd naar het aantal euro's dat ik hiermee heb bespaard voor onze gezondheidszorg.

schap als aandeelhouder. Een dergelijk participatiemodel is op korte termijn misschien nog een stap te ver, maar voor de toekomst een optie die zowel vanuit het samenwerkingsmodel als het dienstverbandmodel bereikbaar is.

## Kans

De tijd gaat dringen en veel ziekenhuizen grijpen pragmatisch naar een van de geschetste modellen. Veelal zal dit een 'overgangsmodel' zijn. Wij pleiten ervoor dat ziekenhuis en medische staf daarbij steeds het gewenste toekomstbeeld voor ogen houden. Het is zaak om met zo'n overgangsmodel goed 'voor te sorteren' op weg naar een meer duurzaam bestuursmodel voor het gemeenschappelijk medisch bedrijf. In Bernhoven is een belangrijke stap in die richting gezet. Maar ook daar is het model nog niet af. De juridische positionering van de medisch specialisten moet nog vorm krijgen en het samenwerken binnen het nieuwe bestuursmodel

zal zich de komende periode nog moeten ontwikkelen. Maar de 'backbone' die de bestuurlijke integratie en positie van de medisch specialisten borgt, die staat. Onder druk van de integrale bekostiging ontstaat er in ziekenhuizen nu een noodzaak én de ruimte om te veranderen. Laat dit een kans zijn om een stap vooruit te zetten! ■

Het dossier Kwaliteit, een eerder artikel van Huijsmans en de voetnoot vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

Dit artikel is eerder gepubliceerd in Medisch Contact nr 29/30 17 juli 2014

## contact

[huijsmans@damhuiselshoutverschure.nl](mailto:huijsmans@damhuiselshoutverschure.nl)  
c.c.: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld



## VERZELFSTANDIGEN VAKGROEPEN GUNSTIG

# Struikelpunten en kansen voor specialist én ziekenhuis

Zowel het samenwerkings- als het participatiemodel bedreigt het ondernemerschap van de specialist, betoogt bedrijfsadviseur Ivo Knotnerus. Wel ziet hij veel perspectief in het – al dan niet gedeeltelijk – verzelfstandigen van vakgroepen. Dat levert het ziekenhuis flexibiliteit op en biedt kansen om de overhead aan te pakken.

**T**er voorbereiding op de integrale bekostiging die op 1 januari 2015 ingaat, zijn veel ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten met elkaar in gesprek over nieuwe afspraken rond hun zakelijke verhouding. De honorariumtarieven per zorgproduct zullen dan vervallen; honoraria zijn vanaf die datum een afspraak tussen een individueel ziekenhuis en zijn medisch specialisten.

Eerder hebben wij betoogd dat door die verandering de fiscale status van de vrijgevestigde specialisten als ondernemer in beginsel niet wijzigt (MC 2014/20: 1004). Laat staan dat dit zou noodzaken tot gecompliceerde samenwerkingsconstructies. De belastingrechter zal – anders dan de adviseurs van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) ons voorhouden – op grond van vaste jurisprudentie tot dezelfde conclusie komen. In ons artikel zijn we ook ingegaan op mogelijke alternatieven voor de zogenaamde ‘fiscusproof’ organisatie-modellen die de OMS heeft aangereikt

(zie *kader*). Nu zullen gaan we ingaan op een aantal van de problemen waarop de onderhandelaars in verschillende ziekenhuizen de afgelopen tijd zijn gestuit.

## Geen ondernemerschap

De modellen waarover in den lande wordt gesproken, gaan alle uit van de gedachte dat de medisch specialisten *gezamenlijk* gaan ondernemen. In het samenwerkingsmodel is dat uitgewerkt door alle vrijgevestigden onder te brengen in een ‘supermaatschap’ en deze te laten besluiten over gezamenlijke investeringen en dito medewerkers in loondienst. In het participatiemodel krijgt het uitgangspunt vorm via het gezamenlijke aandeelhouderschap van de nieuw te vormen ziekenhuis-bv.

Voor veel specialisten blijkt het een struikelpunt dat in beide gevallen het materieel ondernemerschap wegvalt. Zowel in de rol van aandeelhouder als in die van lid van een supermaatschap is de invloed van een individuele arts te

klein om echte ondernemersbesluiten te kunnen nemen. In het gunstigste geval wordt steeds een moeizame consensus bereikt tussen de uiteenlopende belangen van pakweg 150 collega’s en in het ongunstigste geval is er voortdurend ruzie. Dat is allebei niet wat de ondernemende arts zoekt. Die is namelijk ondernemer geworden om touwtjes in handen te hebben. De OMS-modellen sluiten daarom niet aan bij de drijfveren van ondernemers en bij de vrije beroepsuitoefening.

Als tegenwerping horen we vaak dat het ook juist de bedoeling is dat de specialisten gaan samenwerken en consensus zoeken. Maar in die ideale situatie verkeren de ziekenhuizen op dit moment niet. Van de huizen wordt kwaliteitsverhoging door specialisatie en kostenverlaging door deconcentratie gevraagd. Die tweezijdige druk eist keuzes, beweeglijkheid en besluitvaardigheid. Dat bereik je niet via een supermaatschap met 150 directeuren of een aandeelhoudersvergadering met 150 gelijkwaardige deelbelanggetjes.

## Twee machtscentra

Omdat een supermaatschap volgens de adviezen van de OMS kapitaalgoederen en personeel moet hebben – om het ondernemerschap van de maten te verzekeren –, krijgt ze een eigenstandige macht en dito belangen. Bij partijen rond de ziekenhuiszorg – banken, verzekeraars,



## Aandeelhouders

Waar wordt onderhandeld over het participatiemodel, speelt ten eerste het probleem dat de deadline van 1 januari 2015 te krap is om alle organisatorische hervormingen rond te krijgen. De huidige stichtingen met hun overwegend 'vreemde' financiering zijn niet in een paar maanden om te vormen tot een bv. In veel gevallen wordt daarom gezocht naar overgangsarrangementen.

Maar er spelen ook discussies van meer principiële aard. De belangrijkste zijn:

- Welke rol krijgt de bv waarin de ziekenhuisactiva terecht moeten komen vergeleken met de rol van de huidige stichtingen?
- Tegen welke prijs wordt de specialist aandeelhouder in de nieuwe bv en welke invloed verwerft hij daarmee?

Bij a) draait het om de vraag welke positie de huidige stichtingen in het nieuwe organisatiemodel krijgen. Vanuit het perspectief van huidige rvb's (en zo is het ook geschetst in de toelichting van de OMS op dit model) lijkt het waarschijnlijk dat de stichting grootaandeelhouder wordt van de bv. De precieze rol van die aandeelhouder (dan een lege stichting) is echter niet duidelijk. De motivatie achter deze figuur lijkt samen te hangen met het gevoel dat er een 'onafhankelijke' en 'verantwoordelijke' partij in de nieuwe organisatorische setting aanwezig moet blijven. Ons lijkt het logischer om zulke zekerheden in de statuten van de nieuwe bv te regelen. Bijvoorbeeld door het aandeelhouderschap statutair volgens een vaste verhouding te verdelen over de eigen artsen en partijen uit het lokale maatschappelijk veld, zoals gemeenten, provincie, GGD, huisartsen, et cetera. Of anders door een statutair vastgelegde zetelverdeling binnen de raad van commissarissen (rv). Overigens speelt hierbij ook een rol dat ziekenhuis-bv's in het algemeen wettelijk als structuurvennootschap zullen worden gekenschetst. Dat impliceert een vorm van *governance* waarin de rvc een krachtige positie ten opzichte van de aandeelhouders inneemt.

IGZ – bestaat twijfel of zo'n organisatie-model met twee machtscentra wenselijk en levensvatbaar is. Die twijfel begint ook post te vatten bij veel raden van bestuur (rvb's). Ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) sprak onlangs haar twijfels uit over het model. Het leidt tot moeizame gesprekken tussen specialisten en rvb's over garanties rond kwaliteitszorg, zeggenschap e.d. Hier en daar zijn de verhoudingen duchtig aan het verzuren. Volgens een enquête van Logex loopt de populariteit

van het model ook onder medisch specialisten terug.

## Meer complicaties

Het is begrijpelijk dat het samenwerkingsmodel het meest populair is – de meeste ziekenhuizen hebben het omarmd – want het lijkt van de vier OMS-modellen het meest op de huidige verhoudingen. Maar tegelijk introduceert het méér complicaties dan de huidige situatie en lost het – zie onze inleiding – alleen een niet-bestaand probleem op.

Punt b) betreft het risico dat individuele specialisten aangaan met het aandeelhouderschap. Gezien hun beperkte eigen vermogen, meestal zwakke bedrijfsfocus en de sterke druk van de verzekeraars op hun opbrengsten en functioneren, moeten ziekenhuizen worden gekenschetst als ondernemingen met een hoog risicoprofiel. Dat maakt ze tot aantrekkelijke overname-doelen voor partijen die de visie en de *power* hebben om transformaties te realiseren, zoals de recente overnames van het Slotervaartziekenhuis en het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk tonen. Maar voor kleine aandeelhouders – wat individuele medisch specialisten zouden zijn – is participatie in een ziekenhuis een vorm van beleggen met een hoog risico en kans op hooguit een bescheiden rendement. Alleen aan te bevelen als je je inleg op voorhand als afgeschreven wil beschouwen. En dat is voor veel betrokkenen niet vanzelfsprekend.

Last but not least: bij alle modellen waarin artsen via een bv participeren, geldt dat zij per definitie in loondienst zijn van die bv, dan wel van de samenwerkings-bv met het ziekenhuis.

### Zelfstandige vakgroepen

We vinden het lastig om positieve aspecten aan de Orde-modellen te onderkennen. Maar deze periode biedt wel interessante mogelijkheden voor veranderingen in andere richtingen. We zien veel perspectief in het – al dan niet gedeeltelijk – verzelfstandigen van vakgroepen. Dat levert flexibiliteit op, het verbreedt de mogelijkheden voor de rest van de ziekenhuisorganisatie en het biedt openingen om de overheadlast van het ziekenhuis terug te brengen. Verzelfstandigen van vakgroepen binnen het ziekenhuis kan via een stapsgewijs groeiend participatiemodel dat de wereld van de rvb's geleidelijk steeds overzichtelijker en beheersbaarder maakt.

Veel rvb's hebben moeite met deze ontwikkelingsrichting. Men toont zich gepreoccupeerd met 'een volledig aanbod van zorg', met schaalvergroting, heeft een rooskleurig beeld van de veranderingscapaciteit van de ziekenhuisorganisatie en wantrouwt de motivatie van maatschappen die willen verzelfstandigen. Welnu: verzelfstandiging van vakgroepen binnen het ziekenhuis doet natuurlijk niets met het zorgaanbod. Het vereenvoudigt de aansturing van het ziekenhuis. En maatschappen die willen verzelfstandigen zijn

meestal meer op zoek naar organisatieverbetering en kostenverlaging dan naar eigen gewin.

## Men wantrouwt maatschappen die willen verzelfstandigen

### Goede afspraken

Het grootste risico voor de onderhandelende specialisten en de ziekenhuizen is dat ze onder druk van de deadline van 1 januari 2015 overhaast tot onhandige en onwerkbare overeenkomsten komen. Daarom vragen we nogmaals aandacht voor onze stelling dat er in de fiscaliteit van de vrijgevestigden niets wezenlijks verandert. Laat uw situatie en eventuele reorganisatie door een deskundige beoordelen. Om vooraf zekerheid te hebben over uw ondernemerschap in de nieuwe situatie kunt u dit aan de lokale belastinginspecteur voorleggen. Als hij afwijzend besluit (en dat is inmiddels al een aantal keren gebeurd), dan kan het aan de belastingrechter worden voorgelegd die uiteindelijk het laatste woord heeft. Onze overtuiging is dat deze in verreweg de meeste gevallen zal besluiten dat er geen fiscale gronden voor deze ingewikkelde verandertrajecten zijn. De maanden tot 1 januari zijn beter te benutten om goede afspraken te maken over een nieuw honorariummodel. Dat is uitdaging genoeg. ■

Het eerdere artikel in Medisch Contact en de Dossiers Kwaliteit en Specialisteninkomens vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

### contact

[info@aduardbv.nl](mailto:info@aduardbv.nl)  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

## ALTERNATIEVE OPTIES

Er zijn alternatieven voor specialisten die er met de modellen van de OMS niet uitkomen, zoals:

- Het verzelfstandigen van een afdeling binnen het ziekenhuis (model OCON Hengelo).
- Het omvormen van een afdeling binnen, en in gedeeld eigendom met, het ziekenhuis tot een zelfstandig behandelcentrum (zbc) (model oogheelkunde, diverse ziekenhuizen).
- Het opzetten van zelfstandige focusactiviteiten in samenwerking met andere vakken.
- Het uitdenken van een businessmodel voor samenwerking met de eerste lijn.
- Zelf een zbc opzetten. Dat kan ook in samenwerking, bijvoorbeeld in een coöperatie, met gelijkgestemde collega's in andere ziekenhuizen. Als de adherentiegebieden elkaar niet raken, zijn daarbij geen hindernissen in de sfeer van mededinging en dit geeft een duidelijker positie in het gesprek met de zorgverzekeraars.

Op het punt van eigenaarschap hebben deze modellen een zekere verwantschap met het participatiemodel van de OMS. Het ondernemerschap staat bij de hier genoemde modellen echter veel meer op de voorgrond.

ADVOCATEN: DE JURIDISCHE VERANKERING VAN DE RELATIE MET DE PATIËNT VERANDERT

# Het lot van de geneeskundige behandelovereenkomst

Als per 1 januari 2015 het zelfstandig declaratierecht vervalt, raakt dat volgens advocaten Meersma en Velink ook de geneeskundige behandelovereenkomst. Sluit u als medisch specialist straks nog wel een behandelovereenkomst met de patiënt? En zo niet, is dat erg?



**D**oor de geneeskundige behandelovereenkomst verbindt de hulpverlener zich om handelingen te verrichten op het gebied van de geneeskunst voor een opdrachtgever, de patiënt.<sup>1</sup> In ruil voor de zorg is de patiënt aan de hulpverlener loon verschuldigd.<sup>2</sup> Op grond van de wettelijk geregelde zorgverzekering zal de zorgverzekeraar in de regel het verschuldigde loon rechtstreeks aan de hulpverlener voldoen.<sup>3</sup> Voor het bestaan van een behandelovereenkomst moet onderscheid worden gemaakt tussen de medisch specialist in loondienst en de vrijgevestigde specialist die in een ziekenhuis werkzaam is op basis van een toelatingsovereenkomst.<sup>4</sup>

Ten onrechte wordt nog wel eens aangenomen dat medisch specialisten in loondienst een behandelovereenkomst sluiten met de patiënt; er komt alleen een behandelovereenkomst tot stand tussen het ziekenhuis en de patiënt.<sup>5</sup> De medisch specialist is geen hulpverlener in de zin van de wet omdat hij niet zelfstandig zijn praktijk uitvoert. De verplichtingen die voortvloeien uit de behandelovereenkomst worden door de specialist in loondienst wel nagekomen doordat het ziekenhuis aan de specialist de nodige instructies geeft en toeziet op naleving daarvan.<sup>6</sup>

Is een specialist vrijgevestigd, dan bestaan er twee behandelovereenkomsten: één tussen de patiënt en de specialist en één tussen de patiënt en het ziekenhuis.<sup>7</sup> Zowel de vrijgevestigde medisch specialist als het ziekenhuis mag een declaratie versturen. In de regel declareert de specialist *via* het ziekenhuis.<sup>8</sup>

Vanaf 1 januari 2015 mag alleen het ziekenhuis een tarief declareren voor de medisch-specialistische zorg.<sup>9</sup> Eén van de gevolgen is dat de behandelovereenkomst tussen vrijgevestigde specialist en patiënt vervalt.

### Ongelijkheid

Het inkopen van zorg door het ziekenhuis bij het 'medisch-specialistisch bedrijf' levert in juridische zin een overeenkomst van opdracht op: het ziekenhuis is opdrachtgever, de medisch specialist is opdrachtnemer.<sup>10</sup>

De Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Zorgautoriteit noemen de toekomstige relatie tussen ziekenhuis en specialist een 'samenwerkingsovereenkomst'.<sup>11,12</sup> Die benaming doet ons inziens geen recht aan de feitelijke relatie. Samenwerking suggereert een gelijkheid die er tussen opdrachtgever en opdrachtnemer niet is. De ongelijkheid komt het best tot uitdrukking door het feit dat de opdrachtgever de opdrachtnemer aanwijzingen kan geven voor de uitvoering van de opdracht.<sup>13</sup> Die wettelijke aanwijzingsbevoegdheid is niet beperkt tot de onderwerpen die volgens de huidige toelatingsovereenkomst vatbaar zijn voor een aanwijzing.

De verhouding tussen het ziekenhuis, de opdrachtgever, en de vrijgevestigde

specialist, de opdrachtnemer, sluit vanaf 2015 meer aan bij een arbeidsrelatie, dan bij de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist zoals die nu geldt onder de toelatingsovereenkomst. Biedt dat nog ruimte voor een afzonderlijke behandelovereenkomst tussen specialist en patiënt? In de literatuur is erop gewezen dat indien een medisch specialist in opdracht van het ziekenhuis werkt, er net als bij het dienstverband geen aparte behandelovereenkomst tot stand komt.<sup>14</sup> Die constatering lijkt ons juist.

### Loon

Vanaf 2015 is er geen betalingsrelatie meer tussen de patiënt of zijn zorgverzekeraar en de vrijgevestigde specialist. De specialist ontvangt honorarium van het ziekenhuis op grond van een overeenkomst van opdracht. Ook dat wijst erop dat er geen behandelovereenkomst tot stand komt tussen specialist en patiënt.<sup>15</sup>

De wet laat overigens ruimte om over het loon voor de verleende zorg in de behandelovereenkomst te bepalen dat de specialist het loon ontvangt van het ziekenhuis.<sup>16</sup> Denkbaar is dat de vrijgevestigde specialist ook een behandelovereenkomst sluit met de patiënt en dat in

**Samenwerking suggereert een gelijkheid die er tussen opdrachtgever en opdrachtnemer niet is**

deze overeenkomst (stilzwijgend) wordt overeengekomen dat de patiënt geen loon is verschuldigd, omdat de specialist reeds honorarium ontvangt van het ziekenhuis. Daarmee wordt echter het uitgangspunt van de wetgever verlaten die deze mogelijkheid in de wet heeft opgenomen als vorm van schuldoverneming.<sup>17</sup> Dat laatste kan niet bestaan bij integrale tarieven: de medisch specialist kan nooit een vordering op de patiënt krijgen, dus het ziekenhuis kan die ook niet overnemen.

### Onderlinge dienstverlening

Tot slot wijzen ook de nieuwe beleidsregels van de NZa erop dat er geen behandelovereenkomst tot stand komt tussen patiënt en vrijgevestigde specialist. De declaratie van de medisch specialist aan het ziekenhuis wordt straks beschouwd als onderlinge dienstverlening.<sup>18</sup> Onderlinge dienstverlening is de overeenkomst tussen twee of meer zorgaanbieders over het leveren van zorg aan een patiënt tegen een onderling overeen te komen tarief, waarbij één van de zorgverleners optreedt als eigen zorgverlener voor de patiënt en uitsluitend deze zorgverlener gerechtigd is om voor de geleverde zorg een tarief bij de patiënt of zorgverzekeraar in te dienen.<sup>19</sup>

Als straks alleen het ziekenhuis gerechtigd is het tarief in rekening te brengen bij de patiënt of zorgverzekeraar, moet het ziekenhuis worden aangemerkt als de 'eigen zorgverlener' en degene met wie de patiënt een behandelovereenkomst sluit.

### Autonomie

Wij hebben de indruk dat specialisten hechten aan een juridische verankering van hun relatie met de patiënt om daarmee in vrijheid te kunnen beslissen over de zorgverlening aan de patiënt. Ze vrezen wellicht dat zij zonder eigen behandelovereenkomst met de patiënt hun professionele autonomie verliezen en verplichtingen en regels omtrent de zorgverlening opgelegd kunnen krijgen door het ziekenhuis. Deze vrees lijkt ons ongegrond, althans het ziekenhuis krijgt door het ontbreken van een behandelovereenkomst niet méér invloed op de behandeling dan nu het geval is. De medisch specialist is immers ook zonder behandelovereenkomst gebonden aan

de professionele standaard op grond van zijn tuchtrechtelijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid.<sup>20</sup> Hij blijft verantwoordelijk voor de door hem te verlenen zorg aan de patiënt. Het gaat daarbij om de eigen verantwoordelijkheid van de specialist die door wensen van de patiënt of een derde niet opzij kan worden gezet.<sup>21</sup> De medisch specialist zal bij het aangaan en naleven van een overeenkomst van opdracht met het ziekenhuis zelf moeten bewaken of hij zich niet verbindt tot zaken die hem in conflict kunnen brengen met zijn professionele verantwoordelijkheid.<sup>22</sup>

### Rechtspositie patiënt

De patiënt ondervindt geen nadeel door het ontbreken van een behandelovereenkomst met de behandelend specialist. De rechtspositie van de patiënt bij een arts in loondienst is immers ook niet in het geding. Het ziekenhuis zal via de opdrachtrelatie met de specialist ervoor zorgen dat deze aanspreekbaar is op levering van de medisch-specialistische zorg waartoe het ziekenhuis verplicht is.

In het wetsvoorstel Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg is afzonderlijk de verplichting voor de zorgaanbieder opgenomen om de rechten van de patiënt in acht te nemen en zorg te verlenen conform de professionele standaard.<sup>23</sup> De professionele verantwoordelijkheid van de specialist, ook als er geen behandelovereenkomst bestaat met de patiënt, ligt daarmee straks expliciet vast in de wet. De wetgever heeft bij de totstandkoming van de behandelovereenkomst niet expliciet rekening gehouden met de integrale tarieven die in 2015 gaan gelden. Alles wijst erop dat de geneeskundige behandelovereenkomst tussen vrijgevestigd medisch specialisten en patiënt verloren gaat bij de invoering van integrale tarieven. De professionele verantwoordelijkheid in de relatie tot de patiënt blijft echter onveranderd, en dat is maar goed ook. ■

velink@velinkdedie.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### WAARDEN EN NORMEN

In ons ziekenhuis zijn we al een tijd bezig met de vraag naar de optimale besturing. Dat is eigenlijk het zoeken naar de heilige graal. Ziekenhuizen zijn notoir lastige organisaties, met een delicaat evenwicht tussen de drie machten: de professional, de bestuurder en (toegegeven, op enige afstand) de patiënt.

Ik ken bestuurders die een hekel aan artsen hebben. En artsen die een hekel aan patiënten hebben. En patiënten? Die zijn gewoon ziek. Als het goed is merken ze niet dat een ziekenhuis ook nog eens bestuurd wordt. Maar ze merken wel wat van de waarden en normen die in het ziekenhuis leven. Die waarden en normen zijn bepalend voor de besturing. Dat is een inzicht dat ik overigens pas in de loop van de jaren heb gekregen.

Waarden en normen beginnen met heel kleine dingen. Elkaar groeten en aanspreken – ook als het ongemakkelijk is. Kritiek zien als uitnodiging om te verbeteren, in plaats van een aanval op de macht. Collegialiteit: als de ander een probleem heeft, dan is dat ook jouw probleem. De beste parkeerplaatsen aan de patiënten gunnen.

Bestuurders en artsen in ziekenhuizen zijn momenteel druk doende om de besturing per 2015 opnieuw in te vullen. Mijn indruk is dat het daarbij nauwelijks gaat over de waarden en normen die je in een ziekenhuis moet koesteren. In plaats daarvan lijkt het normenkader van de belastinginspecteur leidend. Dat wordt vertaald naar besturingsmodellen, die vooral fiscaal beoordeeld worden. Of de besturing van een ziekenhuis daar beter van wordt, mag ernstig worden betwijfeld.

**Hugo Keuzenkamp**

\*Deze column is eerder gepubliceerd in Medisch Contact nr 25 19 juni 2014

Het ziekenhuis krijgt door het ontbreken van een behandelovereenkomst niet méér invloed op de behandeling dan nu

Volg ons op **twitter**

Elke dag links naar nieuwsberichten @medischcontact



# Dagelijks nieuws en blogs

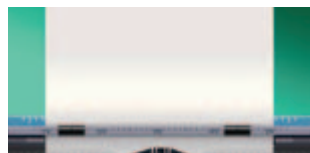
## **niewsbrief**

Elke ochtend in  
2 minuten bij!



## **columns**

Heldere analyses en  
stevige opinies



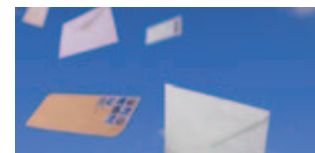
## **vacatures**

Alle vacatures per  
vakgebied en regio



## **reacties**

Praat mee over het nieuws  
en lees reacties van anderen



**medischcontact.nl**

DE WEBSITE VOOR ARTSEN



# Hoe gaat u opereren na 1 januari 2015?

Arts, ondernemer of een combinatie; wat past het beste?  
LEXSIGMA Healthcare\* adviseert bij vragen over de integrale bekostiging.



## WERKWIJZE

Wij zijn uw partner in de zorg. Wij denken met u mee. Zowel juridisch als strategisch. Dit alles in het licht van de voortdurende veranderingen in de zorg; een sector die wij als geen ander kennen. Wij gaan graag met u de uitdagingen in de zorg aan. Pragmatisch en no-nonsense. En met veel ervaring.

## ADVISEURS

Ook voor ons geldt dat werken in de zorg samenwerken is. Wij beschikken over een breed netwerk van professionals zoals bedrijfseconomen, management-consultants, fiscalisten en vastgoedadviseurs. Deze schakelen wij zo nodig in om u optimaal te kunnen adviseren en voor u het beste resultaat te behalen.

Voor informatie kunt u contact opnemen met:

mr. P.J.M. (Elly) Koning (Financiering & Bekostiging)  
mr. E.A. (Henk) Brat (Samenwerkingen, Governance en Afsplitsingen)  
mr. O.L. (Olav) Andriessse (Mediation & Vastgoed)  
mr. A.J. (Joost) Quant (Arbeid, Medezeggenschap en Reorganisatie)

\* LEXSIGMA Healthcare is een label van LEXSIGMA Advocaten

