

### INVOERING INTEGRAAL TARIEF IN 2015 MAAKT HEROVERWEGING POSITIE NOODZAKELIJK

# Hoe je als specialist ondernemer blijft

Met de introductie van de integrale bekostiging in 2015 gaat de verhouding tussen medisch specialist en ziekenhuis veranderen. In de discussie daarover lijkt het alsof de door de Orde van Medisch Specialisten gepresenteerde modellen de enig denkbare zijn. Dat is onjuist.

**D**e Orde van Medisch Specialisten (OMS), VvAA en Logex stellen op hun gezamenlijke website [Integralebekostiging2015.nl](http://Integralebekostiging2015.nl) over het ondernemerschap van vrijgevestigd medisch specialisten na 2014: 'Wilt u als medisch specialist ondernemer blijven? Dat is mogelijk, maar vanaf 2015 zult u dat vanuit een ander organisatiemodel moeten doen. (...) De samenwerking met het ziekenhuis zal in dit model omvangrijker en zakelijker zijn dan nu. En (uw) medisch-specialistisch bedrijf vormt (dan) een echt bedrijf met personeel en investeringen en bijbehorende risico's.' Deze voorlichting verwacht en stuurt veel specialisten onterecht in de richting van een moeilijke samenwerkingsvorm. De redenering is dat er alleen nog maar aan het ziekenhuis kan worden gedeclareerd en dat daarom aan een belangrijke voorwaarde voor het fiscale ondernemerschap, namelijk het hebben van meerdere opdrachtgevers, niet meer is voldaan.

Bovendien dreigt het ontstaan van een fictief dienstverband.

Echter: het ondernemerschap blijkt al uit de investering om zich in een bestaande praktijk in te kopen, de vaak aanwezige medewerkers in loondienst en het debiteurenrisico. En voor een fictief dienstverband ontbreekt de medisch-inhoudelijke gezagsverhouding tussen ziekenhuis en specialist.

Daarnaast is niet de zorginstelling de opdrachtgever van de medisch specialist, maar de patiënt – zie de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Op grond van vaste fiscale jurisprudentie maakt dit de arts tot een zogenaamde zelfstandige beroepsbeoefenaar en in de ogen van de belastingrechter staat het fiscaal ondernemerschap van vrijgevestigden daarmee buiten iedere discussie. Dat de specialist zijn werkzaamheden niet meer via de zorginstelling aan de patiënt maar alleen aan de zorginstelling gaat declareren, doet daar niets aan af. Laat u dus niet meeslepen in complexe samenwerkingsafspraken, maar verdiep u in wat er wél aan de hand is.

#### Verandert er dan helemaal niets?

Jawel, er veranderen zeker enkele dingen. De belangrijkste:

**1** Met de invoering van het integraal tarief en het vervallen van het declaratierecht van rechtspersonen die géén WTZi-toegelaten instelling (ziekenhuis of zbc) zijn, vervalt de houdbaarheid van de huidige toelatingsovereenkomsten. Daarin wordt immers van alles en nog wat geregeld rond het zelfstandig declaratierecht van de specialist. Ziekenhuisdirectie en

medisch specialist moeten dus altijd in onderhandeling over een nieuwe tekst voor een samenwerkingsovereenkomst.

**2** Het honorariumtarief vervalt, en daarmee de prestaties die de medisch specialisten nu nog declareren. Met het ziekenhuis moeten nieuwe prestaties worden overeengekomen, evenals nieuwe prijzen voor die prestaties. Dat kunnen prestaties zijn die worden afgeleid van de DOT's, maar ook prestaties die de activiteiten van de medisch specialist beter weerspiegelen, zoals de Sanders-punten binnen de radiologie.

**3** De wereld binnen en buiten de ziekenhuizen is sterk in beweging en zal dat de komende jaren blijven. Realiseer u dat ziekenhuizen die aan grootschalige (ver)nieuwbouw toe zijn en niet als enige in een groot geografisch gebied liggen, kwetsbaar zijn voor kannibalisatie door nabijgelegen modernere ziekenhuizen: de mogelijkheden om grootschalig te herinvesteren worden steeds beperkter. Banken twijfelen aan het huidige businessmodel van de ziekenhuiszorg en de armslag van de zorgverzekeraars om 'slechte' risico's te helpen dragen wordt kleiner.

#### De nuloptie

'Alles overlaten aan de stafmaatschap' impliceert op dit moment voor de meeste ziekenhuizen: uitwerken van het samenwerkingsmodel van de OMS. Of deze nuloptie werkt, hangt vooral af van de bereidheid tot geven en delen onder uw collega's. Het is natuurlijk duidelijk dat er voor het ziekenhuis veel aan gelegen is om afspraken op het niveau van de stafmaat-

## Laat u niet meeslepen in complexe samenwerkingsafspraken

schap te maken. Dan is er immers maar één afspraak nodig in plaats van vele met de afzonderlijke vakmaatschappen. Alles overlaten aan de stafmaatschap is ook prettig voor de arts die eigenlijk niet zo gemotiveerd is om zich in een nieuwe zakelijke regeling te verdiepen. Het comfort dat het ziekenhuis en die specialisten daaraan ontnemen, is echter niet zo'n krachtig argument om de stafmaatschap maar haar gang te laten gaan. Het eindresultaat zal immers een moeilijker bestuurbaar vehikel zijn, en als personeel en activa worden overgenomen

een nog veel lastiger bestuurbaar vehikel dan de huidige stafmaatschap vaak al is. Kunt u zich voorstellen dat de chirurgen en de radiologen meebeslissen over de vervanging van de hartfunctieapparatuur van de cardiologen? Een kapitaalintensieve onderneming is met vijf directeuren vaak al lastig te besturen, laat staan met honderdvijftig.

### Andere opties

Mocht het besluit om niet verder te gaan via de stafmaatschap voor uw vakgroep duidelijk zijn, dan is stap 1 om dat aan de raad van bestuur en de stafmaatschap over te brengen. Vooral de raad van bestuur (rvb) zal namelijk tijd nodig hebben om zich in te stellen op de nieuwe werkelijkheid dat met meerdere partijen onderhandeld moet worden. Het zal helpen om daarbij te onderstrepen dat 'uitstappen' niet betekent dat aan de samenwerking op medisch-inhoudelijk gebied een einde komt; het betekent dat aan de samenwerking een nieuwe vorm wordt gegeven.

Stap 2 is om met elkaar de ambities te

bepalen. De eenvoudigste keuze is ongetwijfeld om te besluiten dat het goed is zoals het nu is en te proberen de huidige verhoudingen zoveel mogelijk te handhaven. In dat geval kunt u gelijk naar stap 3. In veel gevallen zal 'verhoudingen handhaven' echter niet de verstandigste keuze blijken. Verantwoordelijkheid nemen voor de zakelijke kant van de patiëntenzorg pakt bijna altijd beter uit – voor patiënt, ziekenhuis en uzelf – dan de ontwikkeling van uw ziekenhuis en uw praktijk over te laten aan het krachtenspel tussen rvb, banken en zorgverzekeraars. Dus: wat willen we? Waar liggen nieuwe mogelijkheden in de samenwerking met andere vakgroepen? Hoe staan we tegenover nieuwe samenwerkingsvormen met de eerste lijn? Wat ambieert het ziekenhuis als geheel? Waar liggen eventuele financiële beperkingen van het ziekenhuis?

Denk aan het verzelfstandigen van uw afdeling binnen het ziekenhuis (model OCON Hengelo). Of om uw afdeling binnen en in gedeeld eigendom met het ziekenhuis om te vormen tot een zelfstan-



HOLLANDSE HOOGTE

## Overweeg om het ziekenhuis te verlaten

dig behandelcentrum (zbc) (model oog-heelkunde diverse ziekenhuizen). Denk ook aan het opzetten van zelfstandige focusactiviteiten in samenwerking met andere vakken, en aan het uitdenken van een businessmodel voor samenwerking met de eerste lijn. En ten slotte: overweeg om het ziekenhuis te verlaten en zelf een zbc op te zetten. 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 heeft u 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.

Stap 3 is om het gesprek met de rvb en de collega's van de andere vakken aan te gaan. Leg daarbij niet de nadruk op de eigen positie, maar zoek juist naar overeenkomende belangen. De rvb's hebben hun eigen problemen en staan soms open voor – ook onorthodoxe – bijdragen aan het oplossen daarvan. In deze fase moet ook overeenstemming met het ziekenhuis worden gezocht over de prestaties die u gaat declareren.

Met stap 4 wordt de gevonden overeenstemming geïmplementeerd. Het is de stap waarin overeenkomsten op papier moeten komen en eventuele andere 'administratieve' kwesties geregeld moeten worden. Denk aan nieuwe samenwerkingsovereenkomsten met het ziekenhuis en/of met andere vakmaatschappen, maatschapsovereenkomsten, het oprichten van nieuwe rechtspersonen,

het eventueel aanvragen van toelating en keurmerken, et cetera.

### Meer exotische oplossingen

Er zijn ook keuzes denkbaar in de sfeer van 'passief' aandeelhouderschap van artsen (zoals in het participatiemodel van de OMS) en coöperatieve ziekenhuizen. Daarvoor moeten echter ingrijpende veranderingen in de onderlinge verhoudingen en de juridische structuur mogelijk zijn. De kansen van dit soort modellen lijken op dit moment nog niet groot. ■

### contact

info@aduardbv.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

## REACTIE OMS

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) heeft samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en ondersteund door fiscaal en juridisch experts uitgebreid en zorgvuldig afgestemd met het ministerie van Financiën over de fiscale beoordeling van de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar met de invoering van integrale bekostiging. De hieruit voortkomende organisatie-modellen schetsen het speelveld waarbinnen lokaal een eigen invulling kan worden gegeven. De OMS is voorstander van de doorontwikkeling van het lokale collectief van vrij beroepsbeoefenaren tot een professionele partner die samen met het ziekenhuis doelmatige en kwalitatief goede zorg levert. Het vormen van één medisch-specialistisch bedrijf leidt tot een betere spreiding van risico's, maakt het makkelijker om in te spelen op verschuivingen in zorgprofiel en zorgt voor een gezamenlijk belang bij een goed resultaat.

## SOMATISATIE

Het is een misverstand dat een bedrijfsarts zich bezighoudt met medische zaken. Bij eenduidige medische problematiek is de bedrijfsarts niet nodig. Een kleuter begrijpt dat een telefoniste die afasie overhoudt aan een CVA, haar werk niet kan doen.

De bedrijfsarts is harder nodig naarmate het probleem minder medisch is, en de somatisering sterker. De patiënt ervaart dan zijn klacht als verklaring voor het feit dat het werk niet lukt. Maar het is andersom: het werk lukt niet – te veel, te moeilijk – waardoor bestaande klachten verergeren of relevant worden.

De patiënt zal nooit genezen als hij zijn werk niet herziet. Dus als hij niet begrijpt dat het te hoog gegrepen is. Hij meent dat hij zijn werk kan doen 'zodra ik van de klacht af ben'. Onderschat u de omvang van dit probleem niet: eenvoudig werk is uit Nederland weg-geïnformatiseerd; de functies die overblijven, zijn complex.

De werkwijzer 'somatisatie' beschrijft hoe de bedrijfsarts tot een succesvolle begeleiding kan komen – lees: begeleiding waarbij je het contact met de patiënt niet verliest. De vaardigheden die dit vereist zijn, met veel inzet, voor de gemiddelde bedrijfsarts nog wel aan te leren. Maar de tijdsinvestering die de begeleiding van een somatiserende patiënt vereist, staat mijlenver af van de praktijk, waarin de markt – de betalende werkgever – de spreekuurtijd dicteert.

Aan het eind van de rit, als de patiënt niet meer aan het werk kan, beoordeelt de UWV de acties van de bedrijfsarts. Dan komt fijntjes op schrift waar deze steken heeft laten vallen.

U begrijpt, de bedrijfsarts gaat regelmatig op zijn plaat.

Eveline Knibbeler