

Integrale bekostiging: bel voor de laatste ronde

Ziekenhuizen en medisch specialisten hebben er lang over kunnen nadenken. Nu nadert het uur van de waarheid, en de druk loopt op. Hoe gaan zij hun onderlinge relatie vormgeven? En wat vindt de minister van Financiën daarvan?



DAVID ROZING / HOLLANDSE HOOGTE

Over minder dan een maand is het zover. Dan wordt de integrale bekostiging ingevoerd, en moeten ziekenhuizen en daar werkzame medisch specialisten hebben besloten hoe zij hun relatie voortaan vormgeven. Blijven in enig ziekenhuis de medisch specialisten vrijgevestigd en organiseren zij zich in een maatschap, dan kijkt ook de belastingdienst mee (zie *kader*). Deze artsen moeten dan immers in fiscale zin 'reële en substantiële' ondernemersrisico's lopen, net als andere ondernemers. Soepel verloopt het allemaal niet. Nog niet alle ziekenhuizen hebben hun keuze gemaakt, en – belangrijker – medisch specialisten die hun fiscaal ondernemerschap willen behouden, weten nog steeds niet precies wat zij daarvoor moeten doen en laten. 'Het is chaos', zegt de ene betrokkene. 'Het is onrust', nuanceert de ander.

'Nu de deadline in zicht komt, ervaren wij complicaties die ons ernstige zorgen baren', schreven adviesbureaus Ernst & Young, KPMG, PWC en VvAA in september in een gezamenlijke brief aan het ministerie van Financiën. Zij vroegen – en kregen – opheldering over een aantal punten. Mét die nieuwe gegevens informeerde minister Schippers eind oktober de Tweede Kamer over de stand van zaken. In haar brief noemt zij ook een aantal 'succesfactoren' die het aannemelijk maken dat de belastingdienst het concrete voorstel positief beoordeelt. Het lijkt duidelijk, maar dat valt tegen.

Personeel in dienst van de maatschap

Medisch specialisten lopen risico als zij personeel in dienst hebben. Volgens de belastingdienst (geciteerd in een recente brief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen aan haar leden) zou een specialist in een maatschap jaarlijks minstens 45.000 euro aan loonkosten moeten betalen aan 'eigen' werknemers. Janko de Jonge, vice-voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) relateert: 'De belastingdienst heeft dat bedrag voor een concreet ziekenhuis acceptabel genoemd. Per instelling kan het hoger of lager uitvallen, ook afhankelijk van andere risico's die specialisten lopen.' Afgezien daarvan is het de

vraag of medisch specialisten personeel van het ziekenhuis willen en ook kunnen overnemen. Volgens De Jonge is het voor een maatschap eenvoudiger om mensen op de eigen loonlijst te zetten dan hen van het ziekenhuis in te huren – wat komend jaar nog is toegestaan. Maar personeelsmanagement is een vak apart, stelt een bestuursvoorzitter in Noord-Brabant. ‘Artsen zijn daar niet voor opgeleid.’

Investeren in bedrijfsmiddelen

Volgens dezelfde brief van de NVZ zou de belastingdienst eisen dat iedere medisch specialist in een maatschap jaarlijks 15.000 euro investeert in ‘bedrijfsmiddelen’ – voor eigen gebruik, dus bijvoorbeeld een dermatoloog kan niet ‘meeliften’ op de aanschaf van een CT-scan. Wel valt onder investeringen ook het leasen van apparatuur van het ziekenhuis. Prettig voor bestuurders, meent Schippers, want zo kunnen zij hun eindverantwoordelijkheid voor de medische apparatuur waarmaken. Maar ook die 15.000 euro heeft betrekking op één concreet ziekenhuis, en is dus geen absolute maat, herhaalt De Jonge. Dat geldt

ook voor de ‘10 procent’ van hun inkomsten die medisch specialisten volgens de brief jaarlijks zouden moeten halen uit activiteiten buiten het ziekenhuis – bijvoorbeeld in een MRI-centrum. De belastingdienst kan best op een hoger percentage uitkomen, of op een lager.

Specialisten zijn vrij te vervangen

Essentieel voor het vrije beroep, vervolgt Schippers, is dat een specialist zich bij ziekte of afwezigheid ‘vrijelijk’ kan laten vervangen. Het ministerie van Financiën vertaalt dat zó dat iedereen met dezelfde kwalificaties het werk kan overnemen, zonder dat het ziekenhuis daarmee hoeft in te stemmen. Dat is tegen het zere been van de ziekenhuizen. Immers, hoe kunnen zij dan nog verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg? ‘Een arts die door de tuchtrechter is berispt, is niet per definitie melaats’, zegt een Noord-Hollandse ziekenhuisbestuurder. ‘De één zal ik wel in huis willen hebben, de ander per se niet.’ De OMS heeft nu voorgesteld om vooraf een lijst op te stellen met de voorwaarden waaraan een vervanger moet voldoen. Gaat

de NVZ daar niet in mee en houdt ze vast aan haar bezwaren, dan is dat een bom onder alle inspanningen. Want als het ziekenhuis-bestuur een door de specialisten voor-gedragen vervanger kan weigeren, is er sprake van hiërarchie. En wég is het fiscale ondernemerschap. Overigens voorziet de Brabantse bestuursvoorzitter nog een ander probleem: ‘Er dreigt een tweedeling te komen tussen gedreven “zittende” specialisten en een groep jonge klaren die alles aanpakken om maar ervaring op te doen.’

Subsidie

Wordt het vrije beroep in de praktijk al te onaantrekkelijk gemaakt, dan kiezen wellicht toch méér medisch specialisten op de valreep voor werk in dienstverband. Minister Schippers subsidieert die keuze met 100.000 euro per persoon, onder meer als compensatie voor het niet terugkrijgen van ooit betaalde goodwill. Tot nu toe hebben nog maar weinig vrijgevestigden van die regeling gebruikgemaakt. Dat komt deels voort uit de angst dat medisch specialisten in de toekomst wellicht toch onder de Wet normering topinkomens komen te vallen. Belangrijk is ook een van de voorwaarden voor de subsidie, namelijk dat de overstappende medisch specialist tot 31 mei 2019 moet blijven werken. Gevolg: medisch specialisten die tegen hun pensioen aanzitten, kunnen de overstap niet maken. Terwijl juist zij dat wél zouden moeten doen, stelt Schippers, omdat de artsen die hen opvolgen dan óók in loondienst zullen werken. Vorige week publiceerde het ministerie dan ook een herziene regeling, waaruit de verplichting tot doorwerken is geschrapt.

Uitgangspunt

‘Een visie op zorgverlening op de langere termijn zou het uitgangspunt moeten zijn’, zo beschrijft minister Schippers in haar brief het meest wenselijke keuzeprocess. ‘Alleen een fiscale insteek leidt niet noodzakelijkerwijs tot de beoogde gelijkgerichtheid.’ Hopelijk maakt het die ook niet onmogelijk. ■

web

Meer informatie over integrale bekostiging is te vinden onder dit artikel op medischcontact.nl

MODELLEN

Om een nieuwe relatie te krijgen tussen ziekenhuis en medisch specialisten zijn in grote lijnen drie modellen denkbaar:

- In het **samenwerkingsmodel** sluit het ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst met een collectief van medisch specialisten; dat kan een maatschap zijn (‘fiscaal transparant’), maar ook een bv (‘fiscaal niet-transparant’).
- In het **participatiemodel** worden de medisch specialisten mede-eigenaar van het ziekenhuis, eveneens via een maatschap of een bv.

In beide modellen is het fiscale ondernemerschap van nu vrijgevestigde medisch specialisten onder voorwaarden gegarandeerd.

- In het **loondienstmodel** komen de medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis.

Half november kozen 60 van 67 door de OMS bevroegde ziekenhuizen voor het samenwerkingsmodel. Daarvan hadden ongeveer evenveel voorkeur voor de maatschap als voor de bv. Sindsdien wint die laatste vorm echter aan populariteit, meldt de OMS. In drie ziekenhuizen gaan alle specialisten waarschijnlijk in loondienst. 64 ziekenhuizen hadden het door hen gekozen model ter beoordeling voorgelegd aan de belastingdienst; daarvan zijn er drie schriftelijk goedgekeurd. De belastingdienst doet moeite om alle verzoeken die eind november waren ingediend, uiterlijk op 5 december af te handelen.