

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.

Ter 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 Specialist (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.

Twée 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:

- a) Welke rol krijgt de bv waarin de ziekenhuisactiva terecht moeten komen vergeleken met de rol van de huidige stichtingen?
- b) 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 aandeelhouder-schap 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 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 onwerkbaar 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.

contact

info@aduardbv.nl
cc: 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.