



Het onderbouwd normatief uurtarief van de medisch specialist

**Advies uitgebracht door de Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief
Medisch Specialisten aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

Zoetermeer, 2005

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Verantwoording door de voorzitter	7
1 Inleiding	9
2 De taakopdracht van de Commissie Uurtarief	13
2.1 De instelling van de Commissie Uurtarief	13
2.2 De taakomschrijving van de Commissie Uurtarief	13
2.3 Toelichting van de minister en van de Orde op de taakopdracht	14
2.4 De taakopvatting van de Commissie Uurtarief	15
2.5 De werkwijze van de Commissie Uurtarief	18
3 Opbouw normatief uurtarief	21
4 Norminkomen	23
4.1 Toeslagen	24
5 Normkosten	27
5.1 Individuele beroepskosten	27
5.2 Individuele praktijkgebonden kosten	27
5.3 Praktijkgebonden maatschapskosten	31
5.4 Resumé	33
6 Normatieve werkbelasting	35
6.1 Werkbelasting medisch specialist in algemeen ziekenhuis	35
6.2 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren	36
6.3 Normatieve werkbelasting van de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar	42
7 Advies	45
7.1 Het normatief uurtarief	45
7.2 Maatschappelijke aanvaardbaarheid	45
7.3 Honorering	48
7.4 Kosten	49
7.5 Werkbelasting	49

Samenvatting

De Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het normatieve uurtarief van medisch specialisten vast te stellen op € 114,00.¹

Dit normatieve uurtarief is als volgt opgebouwd.

Norminkomen:	€ 129.308,00
Norminkomen AMS (trede 6) en vakantiebijslag	€ 119.841,00
Toeslagen ondernemersrisico en inconveniënten	€ 9.467,00
Normkosten:	€ 48.653,00
Individuele beroepskosten:	€ 27.717,00
Praktijkgebonden maatschapskosten:	€ 6.439,00
Praktijkgebonden individuele kosten:	€ 14.497,00
	<hr/>
Norminkomen + Normkosten	€ 177.961,00
Normatieve werkbelasting:	1.555 uren
Uurtarief:	€ 114,00

Als onderdeel van de inconveniëntenregeling geldt een bedrag per acute werkzaamheid tijdens diensturen, afgeleid van een extra tijdsbeslag van één uur.

De commissie wijst – ten overvloede – erop dat het bovenstaande normatieve uurtarief geen uitsluitel geeft over de inkomens van individuele specialisten, omdat het inkomen sterk afhankelijk is van het werkelijk aantal gedeclareerde en betaalde declarabele uren. De commissie verwijst hiervoor naar de slotalinea van hoofdstuk 3 en paragraaf 5 van hoofdstuk 7.

¹ Bij een bandbreedte van 1530 tot 1580 declarabele uren bedraagt het uurtarief minimaal € 112,00 en maximaal € 116,00. Zie ook paragraaf 3 van hoofdstuk 6.

Verantwoording door de voorzitter

Van de Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten had verwacht mogen worden dat zij binnen redelijke termijn een gezamenlijke onderbouwing van het normatief uurtarief van vrijgevestigde medisch specialisten zou hebben geleverd. De leden van de commissie hadden immers geen direct belang, beschikten over maatschappelijke ervaring en zouden in staat geacht moeten worden distantie te bewaren. Ondanks intensief en langdurig pogen eenstemmigheid te bereiken, bleek dit niet mogelijk. De voornaamste redenen zijn verschillen van interpretatie van de taakopdracht. Deze verschillen betreffen de betekenis en reikwijdte van de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het inkomen en daarmee ook van het uurtarief, de hoeveelheid patiëntgebonden uren die bij het normatieve honorarium hoort en de normatieve werkbelasting.

Gegeven de onvermijdelijkheid van een verdeeld advies heeft de commissie besloten de verschillende standpunten zo duidelijk en inzichtelijk mogelijk weer te geven, zonder compromissen op onderdelen. In het navolgende is eerst het advies van de (meerderheid van de) commissie opgenomen en vervolgens het minderheidsadvies van prof. dr. mr. H.W.A. Sanders.

1 Inleiding

Op 26 maart 2005 publiceerde Vrij Nederland een enquête onder medisch specialisten, waarin de beroepsgroep werd ondervraagd over haar privé-leven en professionele opvattingen. De gemiddelde medisch specialist komt daaruit naar voren als een hard werkende, sober levende man van negenenveertig jaar met liefde voor zijn vak. Niet als 'de man met zijn tweede boot en zijn derde vrouw', maar wel degelijk als een veelverdiener. Ook als iemand die zich zorgen maakt over de toekomst. Ruim de helft van de ondervraagde medisch specialisten verwacht dat de werkdruk zal toenemen, de wachtlijsten langer zullen worden en de kwaliteit van de zorg zal afnemen. Een meerderheid verwacht dat zijn inkomen zal dalen en maakt zich zorgen over de komst van concurrentie tussen ziekenhuizen en vrije prijsvorming voor medisch specialistische zorg.

Het is opvallend dat een beroepsgroep die het goed heeft en het goed doet, zich zo'n zorgen maakt. De verklaring hiervoor moet voor een belangrijk deel gezocht worden in de recente geschiedenis van de medisch specialisten. In 'De eed en het geld', een uitgave van het Petrus Camper Instituut, laat de auteur, dr. H. Nicolai, zien hoe politieke en maatschappelijke krachten het beroep van medisch specialist in een halve generatie grondig hebben veranderd. "Individualiteit en autarkie hebben plaats gemaakt voor het collectief van maatschap en medische staf, ingebed in het ziekenhuisbedrijf en vastgelegd in wet en regel. Niet de vraag van de patiënt, maar budget en productieafspraken – met als bijwerking wachtlijsten – werden de focus. Een nieuw medisch paradigma, strijdig met de door de oudere generatie overgedragen waarden van oneindige beschikbaarheid van zorg."

Deze veranderingen komen tot uiting in de wijze van honorering. Begin jaren zeventig zien we dat medisch specialisten nog tarieven hanteren die berusten op adviezen van de Wetenschappelijke Verenigingen uit het einde van de jaren veertig. Deze tarieven zijn in de tussenliggende jaren onvoldoende aangepast aan veranderingen in de beroepsuitoefening, iets dat pas met de introductie van DBC's (waarover straks meer) zal veranderen. Het gevolg is dat er aanzienlijke en moeilijk te rechtvaardigen inkomensverschillen tussen specialismen zijn ontstaan.

De jaren zeventig en tachtig worden gekenmerkt door een intensief inkomensbeleid van de overheid ten aanzien van medisch specialisten. Tussen 1972 (de instelling van een Werkgroep Inkomens Vrijberoepsbeoefenaren) en 1989 (het

Vijfpartijenakkoord) zien we voortdurend adviescommissies aan het werk, convenanten gesloten, maatregelen genomen. Dit allemaal om de inkomens van de medisch specialisten te verlagen en te normeren, de inkomensverschillen tussen specialismen te verminderen, de verschillen tussen ziekenfondstarieven en particuliere tarieven op te heffen en de kosten van de medisch specialistische zorg te beperken.

Met het Vijfpartijenakkoord wordt een nieuw element in het beleid geïntroduceerd: budgettering. De ziekenhuizen, ziektekostenverzekeraars en medisch specialisten spreken af dat er in de komende jaren niet méér aan specialistische zorg wordt uitgegeven dan in 1989. In 1995 wordt de lumpsum-financiering ingevoerd. De lumpsum komt erop neer dat de omzet van medisch specialisten – afgezien van trendmatige aanpassingen – wordt bevroren en hun verdiensten gedeeltelijk worden losgekoppeld van hun feitelijke productie. Voorwaarde is wel, dat alle of nagenoeg alle medisch specialisten van een ziekenhuis moeten meedoen. Ongeveer 90 % van alle vrijberoepsbeoefenaars hebben dit gedaan. De overige 10% worden nog per verrichting betaald, maar zijn op hun tarieven gekort.

Anno 2005 staan we aan de vooravond van grote veranderingen in de gezondheidszorg. Er komt in 2006 een basisverzekering voor iedereen en in de curatieve zorg worden geleidelijk meer concurrentie en vrijere prijsvorming geïntroduceerd. Onderdeel hiervan is de invoering van een nieuw bekostigings- en honoreringssysteem voor ziekenhuizen en medisch specialisten, waarmee op 1 februari 2005 een begin is gemaakt. Dit systeem is gebaseerd op Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Een DBC is het geheel van activiteiten en verrichtingen van het ziekenhuis en medisch specialisten dat voortvloeit uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert.

De DBC's gaan het huidige stelsel van functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en lumpsum-financiering van medisch specialisten vervangen. Het financiële resultaat van het ziekenhuis en de inkomens van de medisch specialisten zullen daardoor in de toekomst gaan afhangen van de aard en het aantal van de gerealiseerde DBC's en de prijs die het ziekenhuis en de zorgverzekeraar per DBC zijn overeengekomen. Per DBC is op basis van een zo reëel mogelijke schatting vastgelegd hoeveel tijd de medisch specialisten gemiddeld aan een patiënt besteden. Voor elk uur ontvangen zij een vast – dat wil zeggen: niet onderhandelbaar – tarief. Hierdoor worden zij weer naar prestatie betaald. De inkomensverschillen tussen specialismen zullen afnemen,

omdat deze in de toekomst alleen nog zullen afhangen van verschillen in werklust en arbeidsproductiviteit. Als het aan de Orde van Medisch Specialisten ligt, zullen vormen van prestatiebeloning ook gaan gelden voor medisch specialisten in dienstverband. In haar toekomstvisie 'Medisch specialist in perspectief' stelt de Orde dat voor alle medisch specialisten geldt dat er een relatie moet zijn tussen productie en prestaties enerzijds en inkomen anderzijds.

In 2001 heeft zich in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten een commissie onder leiding van prof.dr. L. Ginjaar over de hoogte van dit uurtarief gebogen. De Commissie-Ginjaar krijgt de opdracht een onafhankelijk advies uit te brengen over een uurtarief voor de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar, rekening houdend met zijn/haar positie als maatschappelijk ondernemer. De kern van het advies is volgens de commissie een consequente doorrekening vanuit de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in dienstverband (AMS) naar het norminkomen, de toeslagen, de normkosten en de normatieve werkbelasting van de vrijberoepsbeoefenaar. Dit resulteert in een uniform normatief uurtarief (niveau 2001) van € 123,00, inclusief normkosten maar exclusief inconveniënten. Afhankelijk van het specialisme komen daar toeslagen voor inconveniënten bij, wat resulteert in een uurtarief variërend van € 128,00 tot € 134,00 inclusief normkosten. De Orde heeft met waardering kennis genomen van het advies van de Commissie-Ginjaar en er aanvullingen op voorgesteld. Deze zijn niet aan de Commissie-Ginjaar voorgelegd en niet door het ministerie van VWS aanvaard. Het advies heeft vervolgens niet tot resultaten geleid.

In 2003 heeft de Orde met de minister van VWS, Hoogervorst, overlegd over de invoering van de DBC-systematiek en de berekening van het landelijke uurtarief voor medisch specialisten. Afsproken is dat het uurtarief voorlopig alleen zal gelden voor de DBC's van het B-segment, waarvan de prijs vrij onderhandelbaar zal worden. Deze DBC's beslaan in macrotermen ongeveer tien procent van de totale productie van de ziekenhuizen en de medisch specialisten. Het uurtarief is voorlopig macro-neutraal vastgesteld op € 140. Macro-neutraal wil zeggen dat de medisch specialisten gezamenlijk voor hun gewerkte uren hetzelfde bedrag gaan ontvangen als in het voorgaande jaar. Het is de bedoeling dat dit uurtarief zo spoedig mogelijk wordt vervangen door een onderbouwd normatief uurtarief. Over dit normatief uurtarief gaat dit advies.

2 De taakopdracht van de Commissie Uurtarief

2.1 De instelling van de Commissie Uurtarief

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Orde van Medisch Specialisten zijn in 2003 overeengekomen een commissie in te stellen die een zwaarwegend advies zal uitbrengen over de hoogte van het normatieve uurtarief. Tot er een onderbouwd normatief uurtarief beschikbaar is, zullen de bestaande uurtarieven worden geïndexeerd en zal de minister geen voor medisch specialisten specifieke kortingen opleggen. Wat betreft de productieontwikkeling blijft het 'boter bij de vis'-principe gehandhaafd.

Minister Hoogervorst heeft deze commissie op 20 september 2004 ingesteld. De Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten bestaat uit mr. F. Korthals Altes, voorzitter, prof.dr.mr. H.W.A. Sanders en drs. H.J. Simons. Tot secretaris is benoemd mr. J.P. Kasdorp, projectleider van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

2.2 De taakomschrijving van de Commissie Uurtarief

De taakopdracht van de commissie is in overleg tussen de minister en de Orde bepaald. In zijn toelichting op de instellingsbeschikking van de commissie heeft minister Hoogervorst de taak van de commissie letterlijk als volgt verwoord²:

In mijn brief over het uurtarief aan de OMS van 30 oktober 2003 is het volgende opgenomen:

“Als opdracht voor de commissie geldt dat de bestaande AMS uitgangspunt is voor de bepaling van de honorariumcomponent van het normatieve uurtarief. Dat wil zeggen dat een vrijgevestigd medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen.”

Daarenboven ben ik van mening dat het inkomen en daarmee ook het uurtarief van de medisch specialist maatschappelijk aanvaardbaar moet zijn.

² De instellingsbeschikking is met de toelichting daarop opgenomen in bijlage 1.

Ook het volgende is in de brief van 30 oktober opgenomen:

“Voor de overige kostencomponenten van het normatieve uurtarief geldt dat een realistische vertaling naar de omstandigheden van de vrijgevestigd medisch specialist dient plaats te vinden. Door de vrijgevestigd medisch specialist wordt dit totale honorarium (voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren) omgeslagen over en gedeclareerd via de aan de DBC's gekoppelde declarabele uren.”

De commissie zal kennis nemen van de voor de commissie beschikbare achtergrondstukken die in deze opdrachtformulering worden genoemd en van eventuele aanvullende stukken die nog worden aangedragen door relevante betrokken partijen.

Belangrijk punt van de commissie is de hoeveelheid patiëntgebonden uren die bij het normatieve honorarium hoort. De commissie zal kennis nemen van de beschikbare informatie over de werkelijk gewerkte uren. De commissie zal een standpunt innemen over de verschillende componenten van de praktijkkosten en de hoogte van deze kosten. Ook zal de commissie expliciet aandacht besteden aan de rol van de assistent geneeskundigen en aan inconvenianten.

2.3 Toelichting van de minister en van de Orde op de taakopdracht

De commissie heeft zowel de Orde als de minister (bij monde van de directeur-generaal Gezondheidszorg) gevraagd naar een nadere toelichting op de taakopdracht. De reden hiervoor is dat in de taakopdracht naast de AMS als uitgangspunt wat de honorariumcomponent betreft, ook de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het inkomen en daarmee van het uurtarief van de medisch specialist wordt genoemd. Dit riep binnen de commissie vragen op.

Naar het oordeel van de Orde bevat de taakopdracht drie elementen, die bij elkaar horen:

1. de AMS als uitgangspunt voor de berekening van het uurtarief;
2. de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het tarief;
3. de opname van beroepskosten in het uurtarief.

De AMS is volgens de Orde onderdeel van het loongebouw van het ziekenhuis en daardoor maatschappelijk aanvaardbaar. De AMS staat voor maatschappelijke aanvaardbaarheid: in het kader van de taakopdracht van de commissie vormen de AMS-regeling en het maatschappelijk aanvaardbaar zijn

als het ware een organische eenheid. Door de AMS op een transparante wijze tot uitgangspunt te nemen van het uurtarief, zal naar het oordeel van de Orde ook het uurtarief maatschappelijk aanvaardbaar zijn. Maatschappelijke aanvaardbaarheid van het uurtarief wil dus volgens de Orde zeggen dat het uurtarief transparant is – dat wil zeggen: duidelijk en objectief onderbouwd - en onderdeel uitmaakt van het loongebouw van het ziekenhuis. Opname van de beroepskosten in het uurtarief is volgens de Orde nodig, omdat het uurtarief wordt toegepast ten behoeve van medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren.

Als antwoord op de vraag van de commissie wat onder maatschappelijk aanvaardbaar dient te worden verstaan, heeft de directeur-generaal Gezondheidszorg geantwoord dat het gegeven dat de AMS uitgangspunt is voor het normatief uurtarief, niet zonder meer leidt tot een maatschappelijk aanvaardbaar resultaat. Een maatschappelijk aanvaardbaar inkomen:

1. moet passen bij wat in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk is en kan worden verantwoord, gelet op het feit dat de zorg overwegend uit collectief verzamelde middelen wordt betaald;
2. houdt rekening met het aantal uren dat daarvoor moet worden gewerkt;
3. houdt rekening met het in het vrij beroep aanwezige ondernemersrisico.

2.4 De taakopvatting van de Commissie Uurtarief

De commissie rekent het tot haar taak om de bestaande AMS te vertalen naar een normatief uurtarief op een wijze die rekening houdt met de omstandigheden van de vrijberoepsuitoefening. In de zwaarte van de medisch-specialistische verantwoordelijkheid ziet de commissie geen verschil tussen de medisch specialist in dienstverband en de medisch specialist als beoefenaar van een vrij beroep. Wel heeft de vrijberoepsbeoefenaar een grotere persoonlijke verantwoordelijkheid voor de organisatie van de medisch-specialistische zorg, is hij daarvoor in ruimere mate aansprakelijk en kan hij erop worden aangesproken. Deze grotere verantwoordelijkheid vereist een grotere vrijheid met betrekking tot de werkbelasting, maar deze verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid hebben naar het oordeel van de commissie geen significante invloed op het risico ten aanzien van de bedrijfsvoering.

Voor een oordeel over de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het inkomen en daarmee ook van het uurtarief van de medisch specialist is het

relevant dat medisch specialistische zorg overwegend in ziekenhuizen wordt verleend en met ingang van 1 januari 2006 overwegend wordt bekostigd door een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking met verplichte premies en verplichte bijdragen van burgers en werkgevers³ alsmede uit Rijksbijdragen.

De commissie betreft hierbij tevens de in ons land – ook door de beoefenaren van de geneeskunde – breed gedragen opvatting dat binnen het kader van deze verzekering iedere verzekerde aanspraak heeft op de kwalitatief best mogelijke geneeskundige behandeling.

Daarom mag⁴ worden verwacht dat:

1. de componenten van het honorariumdeel en het kostendeel zorgvuldig en inzichtelijk zijn omschreven, gemotiveerd en onderbouwd; hierbij dient acht te worden geslagen op:
 - de langdurige universitaire en postacademische opleiding en de noodzaak gedurende de gehele periode van beroepsuitoefening up-to-date te blijven;
 - de werkbelasting in de normpraktijk;
 - het, naar het oordeel van de commissie kleine, verschil tussen de vrijberoepsbeoefenaar en de medisch specialist in loondienst (ondernemers-/beroepsrisico) in economisch-sociale zekerheid gedurende de gehele arbeidsperiode.
2. het inkomen (exclusief kostencomponent en risicotoeslag) past in het geëigende loongebouw;
3. het inkomen (exclusief kostencomponent en risicotoeslag) niet in belangrijke mate afwijkt van het inkomen van beroepsbeoefenaren met een vergelijkbare universitaire en postacademische opleiding en maatschappelijke verantwoordelijkheid.
4. het inkomen en daarmee het uurtarief in orde van grootte niet in belangrijke mate afwijkt van dat van medisch specialisten in vergelijkbare Europese landen.

³ Tot de collectieve middelen worden de belastingen en de premies voor wettelijke sociale verzekeringen gerekend. Met ingang van 1 januari 2006 zijn de componenten van de ziektekostenpremies een verplichte besteding.

⁴ Zie *Maatschappelijk verantwoord werkgeverschap*, advies van de Commissie Contractuele relatie, Rechtspositie, Arbeidsvoorwaarden en Honorering van directeurs van zorginstellingen, NVTZ, 2003

Ad.1

De commissie meent dat de systematiek van de Commissie-Ginjaar, die zij in grote mate volgt, leidt tot de vereiste zorgvuldige en inzichtelijke werkwijze, motivering en onderbouwing.

Ad.2

Het geëigende loongebouw is dat van het algemene ziekenhuis, aangezien de AMS, die volgens de taakopdracht uitgangspunt is voor de bepaling van de honorariumcomponent van het normatieve uurtarief, deel uitmaakt van de CAO Ziekenhuizen.

Ad.3

De commissie verwijst hier niet naar andere vrijberoepsbeoefenaren, omdat de medisch specialisten overwegend uit collectieve middelen en verplichte premies en bijdragen worden betaald.

Ad 4

De commissie beschikt over een ambtelijke notitie 'Inkomens medisch specialisten en huisartsen in Europa', die de minister van VWS op 6 december 2004 aan de commissie heeft aangeboden. De commissie beschouwt deze ambtelijke notitie als één van de toetsstenen van het begrip maatschappelijke aanvaardbaarheid.

De commissie zal de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het inkomen en het uurtarief aan de bovenstaande criteria toetsen.

De commissie gaat voor haar berekeningen uit van een medisch specialist die van zijn 37^e tot zijn 65^e jaar als vrijberoepsbeoefenaar in maatschapsverband fulltime werkzaam is in een middelgroot algemeen ziekenhuis. Hij oefent zijn beroep naar de stand van de wetenschap en de eisen van de tijd uit gedurende een werkweek (exclusief diensten) van 45 uur (normpraktijk), waarvan een nader te bepalen aantal uren patiëntgebonden zijn.

⁵ De Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten (SPMS) heeft 37,4 jaar als gemiddelde toetredingsleeftijd tot de verplichte pensioenregeling voor de vrijgevestigde medisch specialisten geconstateerd.

2.5 De werkwijze van de Commissie Uurtarief

De commissie is met haar werk begonnen op 18 oktober 2004 en heeft het beëindigd op 16 december 2005. In die periode heeft de commissie 21 keer vergaderd. De commissie is hierbij secretariaal bijgestaan door mevrouw I. de Prieëlle van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de heer E.G. Memeo van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De heer W.H. van der Linde van Sibbing & Wateler heeft technische ondersteuning verleend.

Volgens de taakopdracht kon de commissie haar eigen werkwijze bepalen, zij het dat de taakopdracht hierover toch een aantal bepalingen bevatte. Deze kwamen op het volgende neer:

- kennis nemen van de voor de commissie beschikbare achtergrondstukken;
- kennis nemen van eventuele aanvullende stukken die nog worden aangedragen door relevante betrokken partijen.
- kennis nemen van de beschikbare informatie over de werkelijk gewerkte uren.
- kennis nemen van de standpunten van de relevante veldpartijen, met name NVZ, VAZ en ZN, en van CTG/Zaio.
- een standpunt innemen over de verschillende componenten van de praktijkkosten en de hoogte van deze kosten.
- expliciet aandacht besteden aan de rol van de assistent geneeskundigen en aan inconveniënten.

De commissie heeft zich door deze aanwijzingen laten leiden. Als gevolg daarvan kunnen in haar werkzaamheden drie fasen worden onderscheiden:

1. bespreken van achtergrondstukken en interne notities;
november 2004 tot april 2005
2. horen van veldpartijen en CTG;
april 2005
3. bespreken van conceptteksten van het uit te brengen advies;
mei 2005 tot december 2005.

De voorzitter van de commissie heeft op 13 september 2005 de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in kennis gesteld van de onmogelijkheid tot een unaniem advies te komen. De commissie heeft vervolgens besloten een verdeeld advies uit te brengen, waarin de verschillende standpunten duidelijk worden verwoord.

Een overzicht van de beschikbaar gestelde achtergrondstukken, de later door relevante partijen nog toegezonden aanvullende stukken en de door de commissie geraadpleegde personen en instanties treft u aan in bijlage 2.

3 Opbouw normatief uurtarief

De commissie maakt, evenals de Commissie-Ginjaar, voor de opbouw van het normatief uurtarief gebruik van een formule die door de minister van VWS is voorgesteld in een brief van 16 maart 2000 aan het CTG. Hierdoor komen alle factoren die voor de berekening van het uurtarief relevant zijn, systematisch aan bod. De formule luidt:

$(\text{norminkomen} + \text{normkosten}) : \text{normatieve werkbelasting} = \text{normatief uurtarief}$

Norminkomen

Volgens de opdracht van de minister van VWS is de Arbeidsvoorwaarden-regeling Medisch Specialisten (AMS) het uitgangspunt voor de bepaling van de honorariumcomponent van het normatieve uurtarief. De commissie rekent tot het norminkomen het bruto jaarinkomen inclusief de vakantiebijslag en exclusief alle bijkomende werkgeverskosten- en lasten. Boven op het norminkomen komen toeslagen voor het beroepsrisico en voor inconveniënten.

Normkosten

Voor de bepaling van de normkosten dient volgens de opdracht een realistische vertaling van de AMS naar de omstandigheden van de vrijgevestigd medisch specialist plaats te vinden. Evenals de Commissie-Ginjaar maakt de commissie onderscheid tussen individuele beroepskosten, individuele praktijkgebonden kosten en praktijkgebonden maatschapskosten.

Normatieve werkbelasting

Volgens de opdracht die de commissie heeft gekregen, moet het totale honorarium - voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren - worden omgeslagen over en gedeclareerd worden via de aan de onderscheiden medisch-specialistische prestaties (DBC's) gekoppelde patiëntgebonden (= declarabele) uren. De normatieve werkbelasting komt dus neer op het aantal declareerbare uren per jaar bij een fulltime beroepsuitoefening.

Deze wijze van berekening impliceert het navolgende. De normatieve werkbelasting van de medisch specialist in dienstverband kan worden afgeleid uit de AMS. Over het (gemiddelde) aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren van de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar zijn rapporten, adviezen en (beleids)nota's verschenen. Deze leiden niet tot een

eensluitende uitkomst. De medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar heeft een grote mate van vrijheid om in de verschillende stadia van zijn werkzame leven zijn werkbelasting uit te breiden of in te krimpen. Dat is inherent aan het vrij beroep. Uitbreiding of optimalisering van het aantal declareerbare uren brengt stijging van het totale honorarium met zich. Dat acht de commissie zonder meer aanvaardbaar en logisch, omdat tegenover een grotere inspanning ook een hogere beloning hoort te staan. De normkosten zijn in het algemeen vaste kosten (in tegenstelling tot variabele kosten) en worden in het normatieve uurtarief aldus opgenomen, dat zij volledig zijn vergoed zodra het aantal declarabele uren volgens het normatieve uurtarief in rekening is gebracht en betaald. Elk uur dat boven de norm wordt gedeclareerd leidt dus niet alleen tot extra honorarium maar ook tot extra vergoeding voor kosten, zonder dat daar kosten tegenover staan. Aldus worden zij inkomen. Daar staat tegenover dat een medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar die door gebrek aan aanbod de norm niet haalt, een deel van zijn kosten uit de honorariumcomponent zal moeten betalen. Dit brengt met zich dat het vaststellen van een juiste norm met extra zorgvuldigheid dient te geschieden. De commissie komt op dit aspect terug in hoofdstuk 7.

4 Norminkomen

Conform de opdracht neemt de commissie de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) tot uitgangspunt voor de bepaling van het norminkomen. De commissie rekent tot het norminkomen het bruto jaarinkomen inclusief de vakantiebijslag en exclusief alle bijkomende werkgeverskosten- en lasten.⁶

In het vrij beroep is het niet gebruikelijk dat een beginnend beroepsbeoefenaar meteen op de top van zijn inkomen zit. In het beroep van medisch specialist is dat anders. Door het betalen van goodwill deelt een medisch specialist die van een maatschap deel gaat uitmaken, van het begin af aan volledig en voor een gelijk deel mee in de winst. De commissie kent, evenmin als de Commissie-Ginjaar, geen vergoeding toe voor de rente die de vrijgevestigde medisch specialist derft als gevolg van de betaalde goodwill. Als consequentie daarvan acht de commissie het redelijk om voor de berekening van het uurtarief uit te gaan van het jaarsalaris dat de medisch specialist in dienstverband volgens de maximale trede (trede 6) van de salaristabel van de AMS verdient. Dit leidt tot een jaarsalaris van € 119.841,00 (niveau 2005).

De commissie beschouwt de betaling van goodwill als een vrijwillige inkomensbesteding van de medisch specialist. Door deze goodwillbetaling bereikt de intredende medisch specialist dat hij – anders dan bij beoefenaren van andere vrije beroepen het geval is – direct op gelijke voet met de andere leden van de maatschap deelt in de winst. Tegenover het voordeel van deze gelijke winstdeling staat het nadeel van renteverlies. Om die reden wordt in het uurtarief – evenmin als dat bij de Commissie-Ginjaar het geval was - geen vergoeding voor renteverlies van geïnvesteerde goodwill opgenomen. Zoals hierboven reeds is uiteengezet verwerft de vrijgevestigde medisch specialist zich door de goodwillbetaling van het intreden in de maatschap af het recht op een gelijk aandeel in de maatschapswinst, terwijl de medisch specialist in loondienst volgens de AMS een salarisschaal volgt, die pas na enkele jaren aanspraak geeft op het maximale salaris volgens trede 6. Om die reden is ook uitgegaan van de maximale beloning volgens de salaristabel van de AMS. Zou voor de derving van rente wegens de goodwillbetaling wel een vergoeding worden toegekend, dan dient voor de berekening van het uurtarief te worden uitgegaan van het jaarsalaris dat de medisch specialist in dienstverband

⁶ Deze systematiek is overeenkomstig die van de Commissie-Ginjaar.

gedurende zijn gehele werkzame periode als medisch specialist gemiddeld verdient. Het zou dan, evenals bij de medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren, gaan om een actieve periode als medisch specialist van 27,6 jaar (zie § 2.4 laatste alinea) en een periode van 21,6 jaren waarin de salariering volgens de maximale trede van de AMS plaatsvindt. Om het norminkomen van de vrijberoepsbeoefenaar te berekenen zou dan dus uitgegaan dienen te worden van het inkomen volgens de AMS in de jaren tussen de leeftijd van 37,4 en 65, derhalve 27,6 jaren. Het gemiddelde jaarinkomen volgens de AMS is dan het totale inkomen berekend over 27,6 jaar (rekening houdende met de jaren waarin de maximale trede nog niet is bereikt) gedeeld door 27,6. Dit leidt tot een gemiddeld jaarsalaris van € 113.654,00 (niveau 2005).

4.1 Toeslagen

Ondernemersrisico

Bij de berekening van de AMS is wegens de afwezigheid van ondernemersrisico bij dienstverband een korting van 10% toegepast op de gemiddelde lumpsum van de medisch specialist in het vrij beroep. Na de invoering van de lump-sum-financiering van de medisch specialisten in het vrij beroep, is de totale werktijd en zijn daarmee de patiëntgebonden uren teruggelopen. Dientengevolge is er geen reden om bij de vaststelling van het normatief uurtarief zonder meer een toeslag voor ondernemersrisico toe te kennen. De commissie is bovendien van mening dat de risico's bij dienstverband en vrijberoepsuitoefening niet ver uit elkaar lopen, omdat het vrij beroep is ingebed in wetgeving die zorgt voor stabiliteit en zekerheid⁷. In de tegenwoordige verhoudingen is bij vermindering van werk of aanbod het risico van beëindiging van het dienstverband van een medisch specialist in loondienst niet wezenlijk kleiner dan de beëindiging van een toelatingsovereenkomst van een medisch specialist die in het vrij beroep (in maatschapsverband) werkzaam is.

Voor zover deze risico's er zijn, worden zij gemitigeerd door de vooruitzichten dat het beroep op de diensten van de medisch specialist in de voorzienbare toekomst zal blijven groeien en de marktwerking zich in de periode waarop

⁷ De commissie heeft hier het oog op de wettelijke bescherming van de uitoefening van de geneeskunst en op de per 1 januari 2006 in te voeren sociale verzekering tegen geneeskundige risico's voor de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet).

dit advies betrekking heeft, niet zal uitstrekken tot diens uurtarief. Nu de opdracht van de commissie inhoudt dat de bestaande AMS uitgangspunt is voor de bepaling van de honorariumcomponent van het normatieve uurtarief, wat wil zeggen dat een vrijgevestigd medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium ontvangen, is er voor toekenning van een toeslag slechts een beperkte ruimte. De commissie heeft te dezen aanzien overwogen dat als gevolg van de contracteervrijheid van zorgverzekeraars en ziekenhuizen een (beperkt) risico bestaat dat voor een aantal ziekenhuizen bepaalde behandelingen niet langer vergoed zullen worden, waardoor in die ziekenhuizen voor bepaalde specialisten vermindering van werkaanbod zal ontstaan. Deze vermindering van werkaanbod zal zowel bij medisch specialisten in dienstverband als bij medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren tot vermindering van inkomsten kunnen leiden. De vrijberoepsbeoefenaar loopt hierbij een groter risico op inkomensverlies doordat de vermindering van aanbod onmiddellijk leidt tot vermindering van te declareren DBC's, waarbij ook een deel van zijn kosten niet langer wordt vergoed. Voor de medisch specialist in dienstverband zal het in het algemeen langer duren alvorens hij met inkomensverlaging ten gevolge van arbeidstijdverkorting wordt geconfronteerd, terwijl hij geen risico loopt ten aanzien van de kosten.

De Commissie-Ginjaar stelde op grond van andere risico's een toeslag van 5% voor. Op grond van bovenstaande risicofactoren acht de commissie een toeslag van 2,50% op zijn plaats.

Inconveniënten

De AMS bevat een regeling voor frequentie- en intensiteitstoeslagen voor avond-, nacht- en weekenddiensten van medisch specialisten. Deze regeling is ingewikkeld doordat zij probeert recht te doen aan de grote verschillen in diensten tussen specialismen en maatschappen. Het is moeilijk en, gelet op de grote verschillen tussen de verschillende specialismen wat betreft intensiteit, ook niet aanvaardbaar deze verschillen in een uniform uurtarief tot hun recht te laten komen. Daarom stelt de commissie een gescheiden honorering van diensten voor.

1. Een gematigde toeslag op het norminkomen van 5% voor bereikbaarheid en beschikbaarheid, te verhogen met 8% vakantietoeslag tot 5,4%;
2. Een bedrag per acute werkzaamheid tijdens diensturen, afgeleid van het extra tijdsbeslag van één uur dat voortvloeit uit de structureel langere

duur van de prestatie, de reistijd en de wachttijden in het ziekenhuis. Dit kan worden vormgegeven als een apart inconveniënten-DBC. Daarmee wordt recht gedaan aan de ongelijke werkbelasting tussen de verschillende specialismen en verschillende specialisten.

Complementaire bijdragetoeslag en dervingstoeslag

Het bestuur van het ziekenhuis kan op grond van de AMS aan medisch specialisten een toeslag op het salaris toekennen voor bijdragen aan het management of de opleiding. Indien zij door dergelijke complementaire bijdragen inkomsten derven, zoals een inconveniëntentoeslag, kunnen zij daarnaast in aanmerking komen voor dervingstoeslagen. Dit zijn individuele toeslagen, die zich lenen voor individuele afspraken tussen het ziekenhuis en de medisch specialist, maar niet voor opname in het uurtarief. Zie hieromtrent ook de in hoofdstuk 7, paragraaf 3, in overweging gegeven suggestie een deel van het norminkomen geoormerkt ter beschikking te stellen van het ziekenhuis om daaruit de beloning van vrijgevestigde specialisten te betalen voor diensten ten behoeve van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

5 Normkosten

5.1 Individuele beroepskosten

Verplichte premie Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten (SPMS)

Binnen de AMS is de PGGM-regeling van toepassing en voor vrijgevestigde specialisten het wettelijk verplichte beroepspensioenfonds SPMS. Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen beide regelingen. De belangrijkste is dat de PGGM-regeling aan het salaris is gerelateerd, terwijl de aanspraken op het SPMS nominaal worden opgebouwd met behulp van koopsommen. Verder komt de premie voor de PGGM-regeling voor gezamenlijke rekening van de werkgever en de werknemer (45,6% - 54,4%), terwijl de premie voor het SPMS volledig voor rekening komt van de specialist. De commissie vindt het redelijk dat in het uurtarief de extra kosten worden opgenomen, die de medisch specialist in het vrij beroep moet maken ten opzichte van de medisch specialist in dienstverband. Deze bedragen € 786,00 per jaar. De berekening is opgenomen in bijlage 3.

Aanvullende pensioenregeling

De commissie neemt in het uurtarief het bedrag op van de werkgeverspremie voor het PGGM-pensioen. Dat bedraagt € 12.287,00. De berekening is opgenomen in bijlage 3.

Premie arbeidsongeschiktheidsverzekering

De medisch specialist in dienstverband valt onder de Ziektewet en de WAO. Hij heeft tevens recht op invaliditeitspensioen ingevolge de PGGM-regeling. De vrijgevestigde medisch specialist kan op deze regelingen geen aanspraak maken, terwijl de vroeger voor hem geldende wettelijke regelingen (AAW en later WAZ) zijn vervallen. De vrijgevestigde medisch specialist moet de financiële risico's van ziekte, vervanging bij ziekte en arbeidsongeschiktheid zelf dragen. De commissie neemt de premie voor een verzekering tegen deze risico's op in het uurtarief, onder aftrek van het premiebedrag dat de medisch specialist in loondienst voor deze risico's betaalt. De kosten zijn € 14.644,00 per jaar. De berekening is opgenomen in bijlage 4.

5.2 Individuele praktijkgebonden kosten

Vervoerskosten

In de CAO Ziekenhuizen, waarvan de AMS onderdeel uitmaakt, geldt een

kostenvergoeding voor reiskosten ten behoeve van woon-werkverkeer van € 106,50, verminderd met een eigen bijdrage van € 53,00 per maand. Op jaarbasis is dit € 642,00. Daarnaast geldt voor reizen in verband met diensten met eigen vervoer een vergoeding van € 0,18 per kilometer.

De taakopdracht van de commissie luidt dat voor de overige kostencomponenten een realistische vertaling naar de omstandigheden van de vrijgevestigd medisch specialist dient plaats te vinden. Dit zou kunnen inhouden dat de commissie dient uit te gaan van bijvoorbeeld de kostenberekening van de ANWB van € 0,60 per km (Volkswagen Passat/Volvo S60). Aldus zouden de werkelijke kosten volledig worden vergoed, zij het dat over de vergoeding voor zover deze een bedrag van € 0,18 (wordt € 0,19) per km te boven gaat, inkomstenbelasting wordt geheven.

Daartegenover staat echter dat de medisch specialist in dienstverband de hierboven vermelde vergoedingen ontvangt en het niet vergoede deel van de reiskosten zelf draagt. Een realistische vertaling zou, gelet op de taakopdracht dat een vrijgevestigd medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen, ook kunnen inhouden dat de vrijgevestigde medisch specialist een zelfde deel van zijn reiskosten zelf moet dragen.

Volgens laatstgenoemde opvatting, die de commissie het meest in overeenstemming met de taakomschrijving acht, kent de commissie voor reizen in verband met diensten met eigen vervoer een vergoeding op basis van gemiddeld 8 diensten per maand (rekening houdend met vakantieperiodes e.d.) en 12,5 km enkelreisafstand € 442,00 per jaar toe.

In het totaal bedraagt de vergoeding € 1.084,00 per jaar.

Oriënteringskosten

Binnen de AMS geldt een declarabele onkostenvergoeding van € 5.006,00 per jaar. De commissie neemt dit bedrag over.

Een deel van deze vergoeding heeft betrekking op het lidmaatschap van de Orde. De Orde heeft de commissie laten weten dat zij gaat investeren in kwaliteitsbevordering. Indien dit gaat leiden tot hogere kosten van lidmaatschap van de Orde, ligt het in de rede dat de post voor oriënteringskosten wordt verhoogd.

Algemene kosten

De specialist in vrije vestiging heeft, zoals alle personen met een vrij beroep, algemene kosten voor representatie. Het CTG hanteert hiervoor een vergoeding van € 1.200,00. De commissie neemt dit bedrag over.

Accountantskosten

De vrijgevestigde specialist is verplicht als vrije ondernemer een jaarverslag aan te leveren, met daarin opgenomen een balans, een winst- en verliesrekening en toelichtingen daarop. Aan de hand daarvan wordt zijn persoonlijke IB-aangifte samengesteld. De met het opstellen van een dergelijk verslag gemoeide accountantskosten bedragen gemiddeld € 3.000,00.

Renteverlies uitstaande vorderingen

Tussen het moment van declareren en het moment van ontvangen zit een tijdspanne van ongeveer 2 maanden, uitgaande van één keer per maand declareren (aanlevermoment bij ziekenhuisadministratie) en één maand later, al dan niet door middel van bevoorschotting, ontvangen. Omdat de medisch specialist in loondienst achteraf wordt betaald (aan het eind van de maand), dient rekening te worden gehouden met een gemiddeld renteverlies van 1 maand. Bij een gemiddelde omzet van € 225.000,00 is het bedrag aan uitstaande vorderingen dan ongeveer € 18.750. Een gemiddelde rente van 5% per jaar leidt tot een bedrag van € 938,00. Aangezien het renteverlies een fiscaal nettoverlies is, dient deze vergoeding gebruteerd te worden. De commissie komt op een bedrag van € 1.876,00.

Ziektekosten

De specialist in dienstverband heeft overeenkomstig de CAO recht op een tegemoetkoming in zijn premie voor een ziektekostenverzekering. De vrijgevestigde specialist heeft dat recht, gegeven zijn rechtspositie, niet. Vanaf 1 januari 2006 verandert er het nodige als gevolg van de Zorgverzekeringswet. De werkgever wordt dan verplicht een deel van de premie te betalen. Dat wordt (voor zover nu bekend) 6,5% van het brutoloon van de werknemer over maximaal € 30.015. De werkgeversbijdrage wordt derhalve maximaal € 1.951,00. Deze werkgeversbijdrage is net als nu fiscaal belast met loonheffing. De commissie neemt dit bedrag op in het uurtarief. De commissie gaat ervan uit dat dit bedrag wordt aangepast als het percentage of het maximum inkomensbedrag worden gewijzigd.

Beroepsrechtsbijstandsverzekering

Beroepsrechtsbijstand is in het algemeen niet meeverzekerd in de

aansprakelijkheidsverzekering. Deze verzekering biedt alleen dekking als een derde schadevergoeding eist. Voor de dekking van straf- en tuchtrechtzaken is de beroepsrechtsbijstandverzekering in het leven geroepen. Voor de medisch specialist in loondienst is dit risico collectief verzekerd. De vrijgevestigde medisch specialist moet voor dit risico zelf een beroepsrechtbijstandsverzekering afsluiten. De premie voor een dergelijke verzekering bedraagt (gemiddeld) € 380,00. Dit bedrag wordt in het uurtarief opgenomen.

Aansprakelijkheidsverzekering

In het algemeen hebben de ziekenhuizen een aansprakelijkheidsverzekering die alle werknemers, maar ook de in het ziekenhuis werkzame beroepsbeoefenaren, dekking biedt. Die dekking kent echter een beperking. Maximaal is € 5.000.000,00 per jaar verzekerd met een maximum van € 1.000.000,00 per gebeurtenis.

De ziekenhuizen berekenen een deel van de premie door aan de vrijgevestigde specialisten. Dit gebeurt meestal door de maatschappen direct te belasten of door de stafcontributie aan te passen. Er is een zekere differentiatie tussen de specialisten doorgevoerd, alhoewel deze verre van uniform is. In feite wordt dit per ziekenhuis geregeld. De commissie heeft de doorberekening in drie ziekenhuizen⁸ en drie specialismen⁹ onderzocht. Het gemiddelde bedrag dat wordt doorberekend, blijkt € 1.233,00. De commissie merkt hierbij op dat een differentiatie bij de doorberekening door de ziekenhuizen niet langer past bij het uitgangspunt dat het uniforme uurtarief voor alle specialisten gelijk is. De specialismen waarvan het risico en dus de eigen bijdrage in de premie bovengemiddeld wordt geschat, zouden zwaarder worden belast dan in het uurtarief is verdisconteerd.

De commissie geeft daarom ernstig in overweging de doorbelasting in haar geheel te laten vervallen. Deze past niet in een gelijke beloning voor alle specialismen. Het element van de aansprakelijkheidsverzekering kan dan bij de berekening van de normkosten buiten beschouwing blijven. De kosten van de aansprakelijkheidsverzekering dienen dan geheel in het ziekenhuisdeel van de DBC's te worden opgenomen. Hierop vooruitlopend neemt de commissie geen vergoeding in het uurtarief op. De commissie komt hierop in hoofdstuk 7, paragraaf 4, nader terug.

⁸ Deventer Ziekenhuis te Deventer, het Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp en het St. Anna Ziekenhuis te Geldrop.

⁹ Anesthesiologie, neurologie en chirurgie.

Voor het geval dat de door het ziekenhuis gesloten aansprakelijkheidsverzekering onvoldoende dekking biedt, heeft elke vrijgevestigde specialist nog een aanvullende beroepsaansprakelijkheidsverzekering gesloten. De premie hiervoor bedraagt gemiddeld € 100,00 per jaar. De commissie is van mening dat dit een inkomensbesteding is, die voor eigen rekening dient te blijven.

5.3 Praktijkgebonden maatschapskosten

Secretariaatskosten

De kosten van het secretariaat zijn te onderscheiden in kosten voor verslaggeving en kosten voor verslaglegging. De medewerkers staan op de loonlijst van het ziekenhuis. De loonkosten worden, voor zover zij betrekking hebben op de verslaggeving, in het algemeen doorbelast aan de vrijgevestigde medisch specialist of aan de maatschap.

De commissie is van mening dat deze doorbelasting op oneigenlijke wijze de schijn wekt alsof de secretaresse daadwerkelijk in dienst is van de medisch specialist of de maatschap en leidt tot nodeloze administratieve lasten. Ook bij een dienstverband van de secretaresse met het ziekenhuis, zonder doorbelasting, zijn afspraken over keuzevrijheid van de medisch specialist of de maatschap bij de indienstneming en zeggenschap bij de medisch specialisten of de maatschap mogelijk. De secretariaatskosten dienen dan geheel in het ziekenhuisdeel van de DBC's te worden opgenomen. Hierop vooruitlopend neemt de commissie geen vergoeding in het uurtarief op. De commissie komt hierop in hoofdstuk 7, paragraaf 4, nader terug.

De commissie is zich ervan bewust dat als bezwaar tegen de door haar voorgestelde systematiek is aangevoerd dat het dragen van de kosten van een secretaresse mede van belang is voor het behoud van de fiscale ondernemersstatus. Het behoud hiervan vormt echter geen onderdeel van de taakopdracht. De commissie beschouwt een normatief onderbouwd uurtarief en de rubricering door de Belastingdienst als twee afzonderlijke zaken, waarover zij geen beleidsmatige uitspraak doet.

Aio's/anio's

Indien een maatschap van medisch specialisten een beroep kan doen op aio's of anio's, brengt dit uiteraard kosten met zich mee. Meestal zijn de aio's in dienst van het ziekenhuis en slechts een enkele keer in dienst van de

maatschap. Gegeven het feit dat de aio's en anio's ook productie leveren en dus ook omzet genereren, is de opvatting gerechtvaardigd dat de kosten van de aio's en anio's goedge maakt worden door de omzet die zij zelf genereren. Indien dit in specifieke gevallen niet het geval is, ligt het in de rede dat de betreffende maatschap een regeling treft met het ziekenhuis. Er wordt derhalve geen vergoeding in het uurtarief opgenomen.

Administratie

De administratie van een maatschap bestaat uit een intern en een extern deel. Het interne deel betreft de te voeren financiële administratie die nodig is voor het opstellen van een jaarrapport, de accountantsverklaring in verband met de budgettering, de controle naar de ziekenhuisadministratie etcetera. Meestal brengt het ziekenhuis aan de vrijgevestigde medisch specialist een bedrag aan administratiekosten in rekening. De administratiekosten bedragen gemiddeld zo'n 1% van het budget cq. de omzet, uitgaande van een gemiddeld budget per specialist van € 225.000,00. De commissie neemt € 2.250,00 in het uurtarief op.

Het externe deel betreft met name de opstelling van de jaarcijfers van de maatschap door een accountant. De accountantskosten zijn niet afhankelijk van de grootte van de maatschap of de hoogte van het budget en bedragen gemiddeld per maatschap € 3.500,00. Uitgaande van een gemiddelde 5-mans maatschap is dat € 700,00 per specialist. Dit bedrag wordt in het uurtarief opgenomen.

Inningskosten

In het kader van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf worden declaraties centraal geïnd door het ziekenhuis. Het ziekenhuis rekent hiervoor een bepaald percentage van het te declareren honorarium van de maatschappen. Veelal is dit 2%, inclusief BTW. De commissie hanteert een opslag van 2%.

5.4 Resumé

Individuele beroepskosten:

pensioen (premieverschil PGGM en SPMS)	€ 786,00
aanvullend pensioen	€ 12.287,00
arbeidsongeschiktheidsverzekering	€ 14.644,00
	<hr/>
	€ 27.717,00

Praktijkgebonden individuele kosten:

vervoer	€ 1.084,00
oriëntering	€ 5.006,00
algemeen	€ 1.200,00
accountant	€ 3.000,00
renteverlies uitstaande vorderingen	€ 1.876,00
ziektekosten	€ 1.951,00
beroepsrechtsbijstand	€ 380,00
aansprakelijkheidsverzekering beroep	€ 0,00
	<hr/>
	€ 14.497,00

Praktijkgebonden maatschapkosten:

secretariaat	€ 0,00
assistenten (aio's en anio's)	€ 0,00
administratie/accountant	€ 2.950,00
inningskosten	€ 3.489,00
	<hr/>
	€ 6.439,00

Totaal	€ 48.653,00
--------	-------------

6 Normatieve werkbelasting

6.1 Werkbelasting medisch specialist in algemeen ziekenhuis

Volgens de opdracht die de commissie heeft gekregen, moeten een vrijgevestigd medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen. Voor de berekening van de werkbelasting van zowel de medisch specialist in dienstverband als de specialist vrijberoepsbeoefenaar zijn in beginsel niet het aantal uren aanwezigheid en beschikbaarheid in het ziekenhuis relevant, maar het aantal uren dat wordt besteed aan werkzaamheden direct samenhangend met beroep/functie en praktijk. Dus zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden maar voor de functie en het functioneren als medisch specialist in een algemeen ziekenhuis essentiële werkzaamheden. Feitelijke gegevens en aannames over de onderscheiden werkzaamheden volgen in paragraaf 2.

Voor de berekening van het uurtarief komt de werkbelasting voor de vrijgevestigd medisch specialist neer op het aantal declareerbare uren per jaar bij een normale fulltime beroepsuitoefening. Voor hem geldt immers dat het totale honorarium – voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren – wordt omgeslagen over en gedeclareerd via de aan de onderscheiden medisch-specialistische prestaties (DBC's) gekoppelde patiëntgebonden (= declarabele) uren.

De werkbelasting van de medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis kan worden afgeleid uit de AMS. Zij bestaat uit $205 \times 9 = 1845$ patiëntgebonden en niet patiëntgebonden uren. Dit aantal is als volgt berekend.

De reguliere werkweek bedraagt 45 uur exclusief diensten. Dit komt neer op 5 dagen van 9 uur.

Het aantal potentiële werkdagen in een jaar is 260 bij een werkweek van 5 dagen. Het gemiddeld aantal feitelijke werkdagen is 55 dagen minder, dus 205. De AMS voorziet namelijk in:

- 30 vakantiedagen;
- 10 dagen nascholing en congres;
- 6 normale vrije feestdagen
- 2 brugdagen
- 7 ziektedagen

De AMS kent daarnaast leeftijdsverlofdagen, die evenwel in de berekeningen tot nu toe buiten beschouwing zijn gelaten. Op dit punt heeft de Orde van Medisch Specialisten in haar brief van 8 november 2001 hv/nw/071101 geen aanvulling op of wijziging van het rapport van de Commissie-Ginjaar voorgesteld. Ook kennen de maatschapsovereenkomsten van medisch specialisten in het algemeen geen leeftijdsverlofdagen toe. De commissie laat deze daarom buiten beschouwing.

De verhouding tussen het aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren van medisch specialisten in dienst van een algemeen ziekenhuis is niet precies bekend. Wel is bekend dat de productiviteit van de medisch specialist in dienstverband achterblijft¹⁰ bij die van de vrijberoepsbeoefenaar. De AMS levert dus wel een maat voor het aantal uren aanwezigheid en beschikbaarheid, maar niet voor het aantal patiëntgebonden uren in de praktijk van de vrijberoepsbeoefenaar. Voor de berekening van de werkbelasting van de vrijgevestigde medisch specialist is echter niet het aantal uren aanwezigheid en beschikbaarheid relevant, maar het aantal patiëntgebonden uren.

6.2 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren

Gegevens over het (gemiddelde) aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren en hun getalsmatige verhouding, komen voor in rapporten, adviezen en (beleids)nota's. Deze leiden niet tot een eensluidende uitkomst.

1. Veelal wordt aangenomen dat het aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren zich bij de vrijgevestigde medisch specialisten verhouden als 80% - 20%. Het Tijdsbestedingsonderzoek (TBO) dat de Orde heeft gehouden, zou kunnen uitwijzen of deze verhouding correct is¹¹.
2. Als we de verhouding 80-20 toepassen op de 1845 uren van de AMS resulteren 1476 patiëntgebonden uren en 369 niet-patiëntgebonden

¹⁰ De commissie verwijst naar het rapport van Regioplan, 'Artsen en Arbeidstijdenwet' (2002), in opdracht van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

¹¹ Deze gegevens kunnen pas openbaar worden als de ledenvergadering van de Orde toestemming voor publicatie geeft.

uren. De Commissie-Ginjaar komt in haar rapport 'Transparantie in het uurtarief' (2001) tot dezelfde uitkomst. Deze commissie bestemt een dagdeel per week voor administratieve doeleinden en een dagdeel voor overlegsituaties. Dat komt op jaarbasis neer op 41 x 9 uur = 369 uren.

Het is voor de commissie echter de vraag of de bestemming van een dagdeel voor overleg geheel juist is. De NVZ heeft via een aan het CTG gerichte brief van 15 april 2002¹² bezwaar aangetekend tegen een voorstel van de Orde om, evenals de Commissie Ginjaar, uit te gaan van 36 declarabele uren. 'In die aftrek ten opzichte van de 45 uur zitten, aldus de NVZ, uren die specifiek betrekking hebben op het vrij beroep en bij de productieve/declarabele uren voor medisch specialisten niet thuisboren.' Dit zou betekenen dat het aantal niet-patiëntgebonden uren te hoog en het aantal patiëntgebonden uren te laag is geschat.

3. Regioplan – onderzoek advies en informatie – heeft in opdracht van VWS en SZW het rapport 'Artsen en arbeidstijdenwet', (april 2002) uitgebracht. Dit rapport is gebaseerd op een schriftelijke enquête onder 1200 medisch specialisten. De respons was 383 (32%), waarvan in loondienst 209, zelfstandig 162 en 12 beide. De enquête heeft de volgende gegevens opgeleverd. Specialisten in loondienst (n=221) zijn gemiddeld 41 uren per week werkzaam volgens contract of afspraak. Zelfstandige specialisten (n=174) zijn gemiddeld 51 uren per week werkzaam volgens contract of afspraak. Naar schatting is de arbeidstijd als volgt over verschillende taken verdeeld.

Taken	loondienst	zelfstandig
Medische verrichtingen, incl. contact met patiënten en familie	54%	69%
Managementtaken en overleg	15%	10%
Administratieve taken	13%	11%
Bestuurstaken	4%	4%
Opleiding	8%	5%
Overige	11%	4%
Gemiddelde duur pauzes	28 min	32 min

¹² Hiervan wordt melding gemaakt in de bijlage van aan de commissie ter beschikking gestelde brief van het CTG d.d. 17 juli 2002 over de onderbouwing van het (basis)uurtarief voor medisch specialisten.

De vragen over het aantal gewerkte uren betreffen mede de daadwerkelijk gewerkte uren tijdens aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten en de thuis gewerkte uren. Deze vallen buiten de reguliere werkweek en geven daarom een vertekend beeld van het voor de berekening van uurtarief relevante aantal patiëntgebonden uren. De enquête laat verder zien dat medisch specialisten in loondienst hun werktijd op een andere manier optimaliseren dan hun vrijgevestigde collega's.

4. Het CTG komt in zijn rapport over de onderbouwing van het (basis)uurtarief voor medisch specialisten d.d. 17 juli 2002 - als consequentie van zijn 'besluit' dat bij een primair inkomen volgens de AMS-regeling een behoorlijk aantal declarabele uren mag worden verwacht – uit op 1849 declarabele (= patiëntgebonden) uren.

Dat is meer dan het totale aantal AMS-uren en past daarom niet in het kader van de taakopdracht van de commissie. Het CTG komt op dit hoge aantal door het aantal declarabele uren per week te stellen op 43 en het aantal werkbare weken per jaar ook op 43. Het CTG komt als volgt op 43 declarabele uren per week. Het gaat uit van 45 uur per week, stelt dat per week 3 uur langer wordt gewerkt terwijl die in loondienst niet worden vergoed en dat per week 5 uur niet-declarabele uren worden gemaakt. Het CTG komt uit op 43 werkzame weken per jaar door in vergelijking met de AMS 6 vakantiedagen, 2 feestdagen en 2 nascholingsdagen minder en 1 ziektedag extra te rekenen.

5. Deloitte & Touche heeft op verzoek van VWS onderzoek gedaan naar de berekening van uurtarieven voor medisch specialisten in relatie tot het macrokader op basis van gegevens uit 2000. Op 26 juni 2002 is het 'Eindrapport Onderzoek naar berekening van uurtarieven voor medisch specialisten in relatie tot macrokader' toegezonden aan de Minister en deze heeft het als VWS-rapport uitgebracht op 3 juli 2002 en ter inzage gelegd voor direct betrokken partijen. Een verkorte weergave van de uitkomsten van dit externe onderzoek is opgenomen in de bijlage bij de hierboven achter 2 bedoelde CTG-brief aan de minister van VWS van 17 juli 2002.
Wat betreft het aantal productieve uren blijkt volgens Nivel, uit onderzoeken in de periode 1996-1999, het percentage (direct) patiëntgebonden tijd per specialisme te verschillen van 63 tot 85%. Genoemd wordt ook het onderzoek van Regioplan (zie hiervoor, onder 3),

dat uitkomt op een percentage tijdsbesteding aan medische verrichtingen van 54% voor specialisten in loondienst en 69% voor vrijgevestigde specialisten. Deloitte & Touche gaat voor haar berekeningen uit van een productiviteit voor specialisten in loondienst van 65-75% en voor vrijgevestigden van 75-85%. Uitgaande van (respectievelijk 42-52, 50 en 55) niet werkzame dagen in verband met vakantie etc., stelt het rapport het aantal voor werkzaamheden beschikbare dagen per jaar voor vrijberoepsbeoefenaren op 208-218 (41,6-43,6 weken) en voor specialisten in loondienst op 210 (algemene en categorale ziekenhuizen, 42 weken) à 205 (academische ziekenhuizen, 41 weken).

Het aantal productieve uren van vrijgevestigde medisch specialisten zou op basis van deze gegevens liggen tussen 1404 (75% van 208 x 9) en 1667 (85% van 218 x 9) uren. Hierbij moet worden aangetekend dat blijkens de eerder genoemde bijlage de onderzoekers constateerden dat nogal wat gegevens ontbraken en dat met de wel aanwezige gegevens en de nodige aannames een inschatting is gemaakt.

6. Deloitte & Touche heeft in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten de 'Rapportage berekening uurtarief medisch specialisten' (2003) uitgebracht. Daarin is het totale aantal uren dat per fte vrijgevestigde medisch specialist wordt besteed aan patiëntgebonden werkzaamheden geïnventariseerd via een expertschatting door de Wetenschappelijke Verenigingen. Wat het aantal werkbare weken betreft is Deloitte & Touche, conform het rapport Ginjaar, uitgegaan van 41. Het aantal patiëntgebonden uren per week blijkt gemiddeld 44,11 uren te zijn (bandbreedte plus/min 2,5%). Op jaarbasis gaat het dus om 1808 uren.

Bij de schatting van de uren zijn ook die tijdens diensten meegeteld. Het is niet bekend hoeveel uren dat zijn.

7. Van KPMG Gezondheidszorg is het rapport 'Uurtarief vrijgevestigde medisch specialisten' (2004). KPMG Gezondheidszorg heeft in opdracht van het CTG / ZAio onderzoek gedaan naar de beschikbare gegevens over (onder andere) het aantal patiëntgebonden uren per week en het aantal werkbare weken per jaar. In dat kader heeft KPMG Gezondheidszorg het rapport 'De Rondrekening in Integrale Vorm' van de Projectgroep Rondrekening gezien. KPMG Gezondheidszorg constateert dat het aantal patiëntgebonden uren per specialisme sterk verschilt: van 1.100 uren per jaar voor radiotherapie tot 2.034 uren voor

radiologie. Het gewogen gemiddeld aantal patiëntgebonden uren per specialist/kop bedraagt 1.635.

Deze uitkomst laat zich echter moeilijk met die van de andere rapporten vergelijken:

- *Er is geen onderscheid gemaakt tussen vrije vestiging en loondienstverband.*
- *Er wordt uitgegaan van een normatief aantal van 44 werkbare weken per jaar en in het geschatte aantal werkzame dagen per jaar zijn incidentele vakanties (korter dan 1 week), congressen en ziektes verdisconteerd, terwijl die in andere rapporten buiten de berekening zijn gehouden.*
- *De berekening van het totaal aantal patiëntgebonden uren per arts per jaar houdt rekening met doordeweekse dagen en weekenddagen, dus kennelijk zijn de werkzaamheden tijdens diensten meegeteld.*

8. ING-Medinet heeft in opdracht van Movir de themastudie 'De Medisch Specialist' (2004) vervaardigd. Volgens deze studie is de leeftijd bij afronding van de specialisatie (studiejaar 2001/2002): 37,2j (M 37,8/V 36,2). Ongeveer 2/3 is werkzaam in het vrij beroep (2001: 8.500 van de 13.300 praktiserende specialisten). Van de 15.334 in 2002 als medisch specialist geregistreerden (MSRC en BIG-register) waren er 13.600 daadwerkelijk als specialist praktiserend. Verder blijkt dat agio's minder willen werken (naar een fulltime werkweek van 44 uur), meer parttime willen werken (68%, van de vrouwen 86%) en meer voor dienstverband kiezen (M 29%, V 47%). De huidige vrijberoepsbeoefenaars kiezen (vooralsnog) voor de status quo (ViaMedica 2003, Nivel 2003).

De studie verschaft geen informatie over het aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren en hun onderlinge verhouding.

9. In 2005 publiceerde de Orde van Medisch Specialisten het rapport 'Medisch specialist in perspectief', een visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg. In bijlage 2 staat de 'Samenvatting vragenlijstonderzoek' van Karen Kruijthof (1 augustus 2003), uitgevoerd in het kader van een promotieonderzoek. Uit de antwoorden van 721 medisch specialisten in algemene ziekenhuizen (vrij beroep en dienstverband) en 798 in academische ziekenhuizen (dienstverband) blijkt:
- dat de specialisten in algemene ziekenhuizen gemiddeld 45 uur per week in het ziekenhuis aanwezig zijn en gemiddeld 80% van hun

tijd in het ziekenhuis besteden aan directe patiëntenzorg en zorggerelateerde activiteiten; voor de specialisten in academische ziekenhuizen geldt dat zij gemiddeld 47 uur per week in het ziekenhuis aanwezig zijn en 60% van hun tijd besteden aan zorg.

- dat in algemene ziekenhuizen de vrijberoepsbeoefenaars vaker dan de dienstverbanders fulltime werkzaam zijn en dan ook gemiddeld meer uren per week in het ziekenhuis aanwezig zijn, meer tijd besteden aan directe patiëntenzorg en minder aan andere activiteiten, en vaker deelnemen aan stafbestuur en stafcommissies.
- dat van alle responderende specialisten tezamen, de verhouding fulltime-parttime M 80:20 en V 30:70 is en de mannen gemiddeld 47 uur per week in het ziekenhuis aanwezig zijn en de vrouwen gemiddeld 38 uur.

10. Het proefschrift van dr. Karen Kruijthof (2005): 'Doctor's Orders / Specialists' day to day work and their jurisdictional claims in dutch hospitals', gaat onder andere over de door 681 medisch specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen gegeven antwoorden op een vragenlijst. Hieruit blijkt dat 73% fulltime werkzaam is en gemiddeld 50 uur per week in het ziekenhuis aanwezig is. 27% (20% van de mannen en 68% van de vrouwen) werkt parttime en is gemiddeld 33 uur aanwezig. Van de respondenten van 40 jaar of jonger (40% vrouw), werkt 44% parttime. De antwoorden op de vraag naar een (grote) schatting van de werkverdeling over 5 onderwerpen laat het volgende beeld zien:

Taken	Loondienst	zelfstandig	Totaal
Directe patiëntenzorg (bijv. kliniek, dagbehandeling, polikliniek, OK)	58,7%	67,2%	64,7%
Activiteiten die uit directe patiëntenzorg voortkomen (bijv. brieven, patiëntenbesprekingen, overdracht)	15,5%	13,2%	14,1%
Opleiding en onderwijs (bijv. aan agio/agnio, co-assistenten, onderwijsbijeenkomsten)	7,2%	5%	5,7%

Onderzoek, bij- en nascholing (bijv. bijhouden literatuur, bij- en nascholingsbijeenkomsten; uitvoeren/begeleiden research)	6,8%	5,8%	6,1%
Organisatorische activiteiten (bijv. vergaderen, commissiewerk, rooster maken, management)	11,8%	8,7%	9,4%

brugdagen, maar die in de optiek van de commissie meestal samenvallen met vakantiedagen. Een bijkomende reden om van 4 dagen uit te gaan is, dat het aantal werkbare dagen in een jaar 261 bedraagt in plaats van de 260 waarmee de AMS rekent. De commissie vindt het voor dit moment redelijk en verantwoord uit te gaan van een normatieve werkbelasting van 1555 uur in het vrij beroep, hetgeen 84,3% uitmaakt van de 1845 AMS-uren.

6.3 Normatieve werkbelasting van de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar

Bij elkaar genomen brengt deze informatie de commissie tot de conclusie dat vrijgevestigde medisch specialisten meer dan 1476 patiëntgebonden uren werken en dat deze uren meer dan 80% van de normatieve werkbelasting van 1845 uur uitmaken. De commissie acht een bandbreedte van 1530 tot 1580 uren aannemelijk.

De commissie acht dit ook hierom aannemelijk, omdat vrijberoepsbeoefenaren streven naar optimalisering van de beroeps- en de praktijkuitoefening in het algemeen en die van de patiëntgebonden praktijk in het bijzonder. Het gevolg daarvan is een optimalisatie van het aantal patiëntgebonden en dus declarabele uren. Het is in het vrij beroep bijvoorbeeld, om andere redenen dan bij personen in dienstverband, gebruikelijk om vakantiedagen zoveel mogelijk te laten samenvallen met vrije feestdagen¹³. Als uitvloeisel van dit streven staat in veel maatschapsovereenkomsten een bepaling over kalenderweken vakantie. Verder is het gebruikelijk dat maten bij incidentele ziekte werk van elkaar overnemen en dat de zieke na herstel achterstallige werkzaamheden weer inhaalt. Met andere woorden: ziekte behoort tot het beroepsrisico. Dit risico heeft de commissie in de toeslag voor ondernemersrisico van 2,5 % (zie paragraaf 4.1) verwerkt. In vergelijking met het dienstverband laat de commissie daarom 11 dagen per jaar buiten de berekening, dat wil zeggen 7 dagen die in de AMS zijn gereserveerd voor ziektedagen en 4 dagen die in de AMS zijn gereserveerd voor feest- en

¹³ In loondienst is het niet ongebruikelijk vakantiedagen en vrije feestdagen te laten aansluiten ter maximalisering van vrije tijd. De beoefenaar van een vrij beroep streeft naar een zo efficiënt mogelijke beroeps- en praktijkuitoefening.

7 Advies

7.1 Het normatief uurtarief

De commissie adviseert tot vaststelling van het door haar onderbouwde normatief uurtarief van de medisch specialist op € 114,00¹⁴. De normkosten in dit uurtarief worden jaarlijks door het CTG-ZAio bijgesteld overeenkomstig de door de commissie toegepaste normen.

Hiermee is de bestaande AMS zo zorgvuldig mogelijk vertaald naar een normatief uurtarief, op een wijze die rekening houdt met de omstandigheden van de zelfstandige beroepsuitoefening.

7.2 Maatschappelijke aanvaardbaarheid

Is het normatief uurtarief en daarmee het inkomen van de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar maatschappelijk aanvaardbaar? De commissie heeft voor de beantwoording van deze vraag in paragraaf 2.4 vier criteria vastgesteld, die zij hieronder toepast.

Transparantie

De componenten van het honorariumdeel en het kostendeel zijn zorgvuldig en inzichtelijk omschreven, gemotiveerd en onderbouwd.

Geeigend loongebouw

Het inkomen past in formeel opzicht in het geëigende loongebouw, in casu de CAO Ziekenhuizen, aangezien de AMS daarvan deel uitmaakt. In materieel opzicht is dat minder het geval:

- Het functiewaarderingssysteem voor de ziekenhuizen FWG 3.0® is niet van toepassing op de artsenfuncties. Het in de AMS opgenomen functieprofiel van de medisch specialist treedt hiervoor integraal in de plaats.
- Omdat de hoogte van het AMS-inkomensniveau is afgeleid van de verdiensten in het vrij beroep zijn de AMS-schalen een enclave in het loongebouw van het ziekenhuis.

¹⁴ Bij een bandbreedte van 1530 tot 1580 declarabele uren bedraagt het uurtarief minimaal € 112,00 en maximaal € 116,00.

Vergelijkbaar beroep

De functie van medisch specialist laat zich niet gemakkelijk vergelijken met andere beroepen. Door de inbedding van de beroepsuitoefening in ziekenhuizen is de kostenstructuur van de medisch specialist een geheel andere dan die van andere vrijberoepsbeoefenaren, zoals notarissen, advocaten, accountants of belastingadviseurs, die in hun tarieven de kosten van huisvesting (kantoor), communicatie (telefoon, fax, e-mail en porti) en personeel berekenen. Een groot deel van deze kosten worden niet door de medisch specialisten maar door het ziekenhuis gedragen. De kosten van medisch specialisten die de commissie overeenkomstig haar opdracht wel in het uurtarief heeft berekend, zijn vrijwel alle vaste kosten, terwijl de variabele kosten tot de exploitatiekosten van het ziekenhuis behoren. Bij andere vrijberoepsbeoefenaren maken de variabele kosten deel uit van het totale kostenpakket van de vrijberoepsbeoefenaar. Na rijp beraad acht de commissie de functie van een medisch specialist in beginsel vergelijkbaar met die van een raadsheer in een gerechtshof.

Deze vergelijkbaarheid motiveert de commissie door te verwijzen naar de universitaire en postacademische opleiding (hetzij als rechterlijk ambtenaar in opleiding, hetzij als beoefenaar van een ander juridisch beroep), terwijl aan de benoeming van raadsheer een aantal jaren vooraf pleegt te gaan waarin de betrokkene als rechter in een rechtbank werkzaam is geweest. De promotiefunctie van raadsheer, die pas bereikt pleegt te worden na een ruime periode van professionele ervaring, kan daarom redelijkerwijze vergeleken worden met die van een medisch specialist, die deze status bereikt na reeds geruime tijd als arts (en specialist in opleiding) werkzaam te zijn geweest. Ook de maatschappelijke verantwoordelijkheid laat zich wel enigszins vergelijken. De raadsheer en een medisch specialist oefenen hun beroep beide uit in professionele onafhankelijkheid in een niet door henzelf bekostigde werkomgeving (ziekenhuis – gerechtshof), waarbij zij zeggenschap hebben over niet door hen betaald personeel dat niet bij hen in loondienst is of door hen is aangesteld.

Een raadsheer in een gerechtshof verdient in de hoogste schaal € 87.493,00 per jaar, inclusief vakantiebijslag. Indien zijn werktijd van 36 uur tot 45 uur zou worden opgeplust en hij navenant zou worden gehonoreerd, wordt dat

€ 109.366,00 per jaar.¹⁵ Het jaarinkomen op basis van het normatieve uurtarief bedraagt € 119.853,00 per jaar, inclusief vakantiebijslag. Dat is ruim € 10.000,00 meer, een verschil van 9,6%.

Europese vergelijking

Denemarken, Duitsland en Oostenrijk zijn Europese landen die qua inkomensniveau en inkomensverschillen met Nederland vergelijkbaar zijn. Afgaande op de Europese vergelijking die door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de commissie is toegezonden, is het gewogen gemiddelde bruto jaarinkomen van de Nederlandse specialist 75% hoger dan van zijn Duitse collega, ten minste 75% hoger dan van zijn Oostenrijkse collega en meer dan 100% hoger dan van zijn Deense collega. Terwijl de Nederlandse specialist gemiddeld 5x modaal verdient, verdient de Duitse specialist 3x modaal, de Oostenrijkse 2-3x modaal en de Deense 1-2x modaal. De Nederlandse specialist verdient dus naar verhouding veel. Het Nederlandse bruto modaal inkomen bedraagt in 2005 € 29.000,00. Het jaarinkomen dat de commissie voorstelt op grond van haar taakopdracht tot onderbouwing van het normatieve uurtarief, bedraagt € 119.853,00. Dat is 4,1x modaal.

De commissie is zich ervan bewust dat het door de Orde van Medisch Specialisten geraadpleegde accountantskantoor kritiek heeft op de door het ministerie van VWS gevolgde methodiek bij de samenstelling van de ambtelijke notitie 'Inkomens medisch specialisten en huisartsen in Europa', die de minister van VWS op 6 december 2004 aan de commissie heeft aangeboden. Niettemin is deze notitie als aanvullende informatie door een relevante betrokken partij aangedragen en heeft de kritiek niet geleid tot de beschikbaarstelling van andere gegevens. Wel heeft de commissie kennis kunnen nemen de Health Data 2005 van de OESO, meer in het bijzonder de beloning van medisch specialisten, in dienstverband en zelfstandig gevestigd (in nationale munteenheid en herrekend in US \$) in o.a. Nederland, Denemarken en Duitsland. Deze gegevens bevestigen het beeld dat door

¹⁵ De schalen voor leden van de rechterlijke macht zijn gebaseerd op werkweken van 36 uur, hoewel de werkelijke werktijd langer is. Deze langere werktijd wordt gecompenseerd met langere vakantie. Het inkomen van een raadsheer in een gerechtshof is vergelijkbaar gemaakt door het te herberekenen op basis van 45 uur per week.

¹⁶ Bron: Macro economische verkenning CPB.

bovenvermelde ambtelijke notitie wordt geschetst. Een dag voor haar laatste vergadering ontving de commissie van de Orde van Medisch Specialisten een rapport van het eerder door haar geraadpleegd accountantskantoor met kritiek op de gegevens van de OESO. Ook in dit geval leidde dat niet tot de beschikbaarheidsstelling van andere gegevens.

Deze Europese toets rechtvaardigt niet de conclusie dat een normatief uurtarief dat is gebaseerd op een gemiddeld jaarinkomen van € 119.853,00 maatschappelijk onaanvaardbaar is. Het is wel aan de hoge kant. Omdat het normatief uurtarief conform de opdracht is afgeleid van de AMS houdt dit oordeel in dat ook de AMS aan de hoge kant is. In het algemeen wordt voor een vergelijkbare beloning gedurende meer dagen en meer uren per jaar gewerkt dan de 205 dagen en 1845 uren die in de AMS zijn overeengekomen, terwijl deze beloning gelijk blijft wanneer het aantal werkdagen na het 55^e jaar afneemt tot 200 en na het 60^e jaar tot 195 dagen per jaar.

7.3 Honorering

Het hoge niveau van de AMS is een gevolg van het feit dat bij de totstandkoming niet is geredeneerd vanuit de keuze voor het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. De totale uitgaven aan medisch specialistische zorg (in dienstverband en vrijgevestigd) zijn verdeeld over het bestaande aantal fte's medisch specialisten, waarbij is uitgegaan van een werkweek van 45 uur exclusief diensten. Mede gezien het hoge percentage vrijberoepsbeoefenaren zijn daardoor de hoge inkomens die met veel uren in het vrij beroep werden verdiend, maatgevend geworden voor de beloningsschalen in de AMS. Het zou wellicht mogelijk zijn en overweging verdienen de functie van de medisch specialist in dienstverband te waarderen volgens het functiewaarderingssysteem voor de ziekenhuizen en de honorering daarop af te stemmen.

De commissie beveelt aan dit, zo mogelijk, alsnog te doen. In afwachting daarvan zouden de AMS-loonschalen moeten worden bevroren. De commissie realiseert zich dat de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen zijn overeengekomen dat de AMS de salaris- en de premieontwikkeling van de CAO Ziekenhuizen volgt. Deze partijen zouden dus op deze afspraak moeten terugkomen. De commissie beveelt de minister aan het norminkomen in het uurtarief te bevriezen zolang de AMS niet, zoals hierboven aangegeven, is ingepast in de CAO Ziekenhuizen.

De commissie geeft de minister verder in overweging nog eens te bezien of het redelijk is dat, zoals de opdracht aan de commissie luidt, het totale honorarium van de medisch specialist in dienstverband (voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren) worden omgeslagen over en gedeclareerd via de aan de DBC's gekoppelde declarabele uren. In de 45 uren die de medisch specialist in dienstverband werkt, zitten ook uren die besteed worden aan taken ten behoeve van het ziekenhuis. Het is te overwegen om een evenredig deel van het norminkomen van de vrijgevestigde medisch specialisten niet in het uurtarief te verdisconteren, maar geoormerkt aan het ziekenhuis ter beschikking te stellen om daaruit de beloning van vrijgevestigde medisch specialisten te betalen voor diensten ten behoeve van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

7.4 Kosten

Niet alleen voor de honorering, maar ook voor de kosten moeten consequenties worden verbonden aan de keuze voor het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. De commissie is van mening dat kosten die het ziekenhuis maakt ter ondersteuning van de beroepsuitoefening van medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren, beter voor rekening van het ziekenhuis kunnen blijven. Nu worden deze vaak doorberekend. Aangezien dat bijna per ziekenhuis verschillend gebeurt en de kosten per specialisme aanzienlijk kunnen verschillen, leidt dat bij een uniform uurtarief tot onbillijke resultaten. De commissie beveelt de NVZ en de Orde aan hierover nadere afspraken te maken. De consequentie is dan dat deze kosten uit het uurtarief van de medisch specialist worden gehaald en in het ziekenhuistarief worden opgenomen. De commissie heeft hierop vooruitlopend de kosten van de secretaresse en de aansprakelijkheidsverzekering buiten het uurtarief gehouden.

7.5 Werkbelasting

De systematiek die uit de taakopdracht voortvloeit, houdt in dat uitbreiding of optimalisering van het aantal declareerbare uren per jaar stijging van het totale honorarium met zich brengt. Zoals reeds in hoofdstuk 3 opgemerkt, acht de commissie dat zonder meer aanvaardbaar en logisch, omdat tegenover een grotere inspanning ook een hogere beloning hoort te staan. De normkosten

zijn in het algemeen vaste kosten (in tegenstelling tot variabele kosten) en zijn in het normatieve uurtarief aldus opgenomen, dat zij volledig zijn vergoed zodra het aantal declarabele uren volgens het normatieve uurtarief in rekening is gebracht en betaald. Elk uur dat boven de norm wordt gedeclareerd, leidt dus niet alleen tot extra honorarium maar ook tot een extra vergoeding voor kosten, zonder dat daar hogere kosten tegenover staan. Aldus worden zij inkomen. Daar staat tegenover dat een medisch specialist vrijberoeps-beoefenaar die door gebrek aan aanbod de norm niet haalt, een deel van zijn kosten uit de honorariumcomponent zal moeten betalen.

De commissie heeft getracht het aantal patiëntgebonden uren zo nauwkeurig mogelijk te benaderen, maar heeft moeten vaststellen dat over de verhouding tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren geen onbetwiste eensluidende uitkomst te verkrijgen is (zie paragraaf 6.2). Uit het bovenstaande blijkt het belang van een stellige uitkomst eens te meer. De commissie meent dat het aantal patiëntgebonden – declarabele – uren ligt binnen een bandbreedte van 1530 tot 1580 uren en acht het voor dit moment redelijk en verantwoord uit te gaan van een aantal van 1555 uren.

De commissie geeft de minister van VWS en de Orde in overweging op basis van een door deskundigen betrouwbaar bevonden en door minister en/of CTG/ZAio met de Orde overeen te komen methodiek te besluiten tot een meting van de tijdsbesteding (patiëntgebonden, niet-patiëntgebonden uren en uren die specifiek betrekking hebben op en inherent zijn aan de beoefening van het vrij beroep). De uitkomst zou de basis moeten zijn voor de herberekening van het normatieve uurtarief.

Bijlage 1 De instellingsbeschikking

Regeling van de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport van 20 september 2004,
CZ/IZ/2512508, houdende de instelling van de
commissie onderbouwing normatief uurtarief
medisch specialisten

VWS

Kenmerk

Den Haag

CZ/IZ/2512508

20 SEP. 2004

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Besluit:

Artikel 1

Er is een Commissie onderbouwing normatief uurtarief medisch specialisten, hierna te noemen: commissie.

Artikel 2

De commissie heeft tot taak de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te adviseren over de hoogte van een onderbouwd normatief uurtarief voor de medisch specialisten vrije beroepsbeoefenaren.

Artikel 3

1. De commissie is als volgt samengesteld

a. voorzitter, tevens lid:

- dhr. mr. F. Korthals Altes;

b. leden:

- dhr. prof. dr. mr. H.W.A. Sanders (aangewezen door de OMS);
- dhr. H.J. Simons (aangewezen door VWS)

2. Als secretaris van de commissie zal optreden de heer mr. J.P. Kasdorp, die hiertoe wordt gedetacheerd vanuit de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Artikel 4

De commissie zal medio 2005 advies uitbrengen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad
2
Kenmerk

CZ/IZ/2512508

Artikel 5

De commissie zal openbaar verslag doen van haar werkzaamheden, waarbij ook alle gebruikte informatie openbaar wordt.

Artikel 6

Het beheer van de archiefbescheiden betreffende de werkzaamheden van de commissie geschiedt op overeenkomstige wijze als bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De archiefbescheiden worden na beëindiging van de werkzaamheden van de commissie opgeborgen in het archief van dat ministerie.

Artikel 7

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



H. Hoogervorst

VWFS

Toelichting bij de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, CZ/IZ/2512508, houdende de instelling van de Commissie onderbouwing normatief uurtarief medisch specialisten.

Aanleiding:

De commissie onderbouwing normatief uurtarief is ingesteld om de minister van VWS te adviseren over de hoogte van een normatief uurtarief voor medisch specialisten vrije beroepsbeoefenaren.

Samenstelling van de commissie:

De commissie is samengesteld uit:

De heer mr. F. Korhals Altes, voorzitter

De heer prof. dr. mr. H.W.A. Sanders (aangewezen door de OMS)

De heer H.J. Simons (aangewezen door VWS)

Oprachtverlening aan commissie:

Per 1 januari 2005 worden diagnose behandeling combinaties ingevoerd voor de financiering en bekostiging van de medisch specialistische zorg in Nederland. De zorg wordt verdeeld in twee segmenten, segment A en segment B. In segment B wordt een uniform uurtarief gehanteerd voor alle medisch specialisten. Dit uurtarief zal aanvankelijk macroneutraal worden bepaald. Het macroneutrale uurtarief zal op een nader te bepalen moment worden vervangen door een onderbouwd normatief uurtarief, bijvoorbeeld per 1 juli 2005 of per 1 januari 2006. Om mij te adviseren over de hoogte van dit onderbouwde normatieve uurtarief stel ik een commissie in. De taakopdracht van de commissie en de samenstelling daarvan is in overleg tussen mij en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) bepaald.

In mijn brief over het uurtarief aan de OMS van 30 oktober 2003 is het volgende opgenomen: "Als opdracht voor de commissie geldt dat de bestaande AMS uitgangspunt is voor de bepaling van de honorariumcomponent van het normatieve uurtarief. Dat wil zeggen dat een vrijgevestigd medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen." Daarenboven ben ik van mening dat het inkomen en daarmee ook het uurtarief van de medisch specialist maatschappelijk aanvaardbaar moet zijn.

Ook het volgende is in de brief van 30 oktober 2003 opgenomen:

"Voor de overige kostenc componenten van het normatieve uurtarief geldt dat een realistische vertaling naar de omstandigheden van de vrijgevestigd medisch specialist dient plaats te vinden. Door de vrijgevestigd medisch specialist wordt dit totale honorarium (voor patiëntgebonden en niet patiëntgebonden uren) omgeslagen over en gedeclareerd via de aan de DBC's gekoppelde patiëntgebonden declarabele uren."

De commissie zal kennis nemen van de voor de commissie beschikbare achtergrondstukken die in deze opdrachtformulering worden genoemd en van eventuele aanvullende stukken die nog worden aangedragen door relevante betrokken partijen.

Belangrijk punt voor de commissie is de hoeveelheid patiëntgebonden uren die bij het normatieve honorarium hoort. De commissie zal kennis nemen van de beschikbare informatie over de werkelijk gewerkte uren. De commissie zal een standpunt innemen over de verschillende componenten van de praktijkkosten en de hoogte van deze kosten. Ook zal de commissie expliciet aandacht besteden aan de rol van de assistent geneeskundigen en aan inconvenienten.

Over het advies van de commissie zal overleg plaatsvinden tussen mij en de Orde van Medisch Specialisten. Daarna zal ik mijn standpunt bepalen en de procedure voor vaststelling van de onderbouwing bij het CTG/Zaio starten.

Werkwijze:

De commissie bepaalt haar eigen werkwijze. Een aantal stukken is beschikbaar als achtergrondmateriaal voor de commissie.

- de AMS-regeling uit de CAO Ziekenhuizen.
- de beloningsregeling medisch specialisten uit de CAO academische ziekenhuizen (regeling 2003 en 2004).
- het advies van de door de Orde ingestelde commissie Ginjaar inclusief het standpunt van de Orde naar aanleiding van dit advies.
- CTG-stukken uit juli 2002 over de hoogte van het normatieve uurtarief en de bijbehorende honorarium en kostencomponenten.
- Het aan de Orde uitgebrachte DTB-rapport uit 2003 over het macroneutrale uurtarief medisch specialisten.
- de resultaten van de door het departement opgestelde Europese benchmark inkomens huisartsen en medisch specialisten (beschikbaar als deze studie is afgerond).
- Het nog te verschijnen CTG/Zaio-advies over het macroneutrale uurtarief.
- Ook andere relevante stukken kunnen door zowel VWS als de Orde van Medisch specialisten onder de aandacht van de commissie worden gebracht.

De commissie heeft de mogelijkheid zelf onderzoek te laten verrichten als men van mening is dat bestaande informatie tekort schiet of onvolledig is.

De commissie zal kennis nemen van de standpunten van de relevante veldpartijen, met name NVZ, VAZ en ZN. Ook zal de commissie kennis nemen van het standpunt van CTG/Zaio.

Secretariaat:

Als secretaris van de commissie zal optreden de heer mr. J.P. Kasdorp, die hiertoe wordt gedetacheerd vanuit de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Planning:

De commissie zal 1 oktober 2004 van start gaan en medio 2005 advies uitbrengen aan de minister van VWS.

Kosten:

- Vacatiegelden en reiskosten commissieleden: afhankelijk van onder andere vergaderfrequentie, op basis van goedgekeurde begroting te betalen door VWS volgens de gebruikelijke regelingen.
- Eventueel extern advies, bijvoorbeeld voor berekening van praktijkkosten: het budget hiervoor is maximaal 50.000 euro, te betalen door VWS op basis van goedgekeurde begroting.
- Kosten van vergaderzalen: VWS stelt vergaderfaciliteiten ter beschikking, overige kosten worden niet betaald.
- Secretariaat: nog nader te bepalen.

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



H. Hoogervorst

Bijlage 2 Overleg en ter beschikking gestelde informatie

Overleg

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (21-04-2005)

Delegatie: Mevrouw ir. J.M. Leemhuis-Stout; voorzitter
Drs. K. Schuurman; bestuurslid
Mevrouw drs. B.J.M. Gallé; directeur
Drs. A.A. Lakerveld, beleidsmedewerker zorg

College Tarieven Gezondheidszorg (21-04-2005)

Delegatie: mr. F.H.G. de Grave; voorzitter
drs. A.L.M. Barendregt, algemeen directeur
drs. H. van Vliet, plv. algemeen directeur

Zorgverzekeraars Nederland (21-04-2005)

Delegatie: drs. M.A.J.M. Bos; directeur zorg

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (28-04-2005)

Delegatie: drs. M.J. van Rijn; directeur-generaal Zorg
Mevrouw Drs. M. Jansen MMC; Coördinator Prestaties
Ziekenhuizen en Medisch Specialististen

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (28-04-2005)

Delegatie: Prof. dr. G.H. Blijham, voorzitter Raad van Bestuur
Mr. J.A.M. Landman, algemeen secretaris

Orde van Medisch Specialisten (28-04-2005)

Delegatie: Prof. dr. P.A.M. Vierhout, chirurg; algemeen voorzitter
Dr. R.J.A. Diepersloot, arts microbioloog;
voorzitter Kamer Vrij Beroep
H.J.T. Vermeulen; Secretaris Kamer Vrij Beroep
Drs. E.T. Ziere; Secretaris Kamer Vrij Beroep

Adviescommissie uurtarief medisch specialisten (28-04-2005)

Delegatie: Prof. drs. J. van Londen;
Prof. dr. B. de Vries.

Ter beschikking gestelde informatie

1. 'Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten AMS' (Hoofddregeling), Publieke versie 27 oktober 2002;
2. 'CAO - Academische Ziekenhuizen' (1 maart 2004 – 1 juni 2005);
3. 'Transparantie in het uurtarief', rapport van de Adviescommissie Uurtarief medisch specialisten (Commissie- Ginjaar);
4. Brief van de Orde van Medisch Specialisten, d.d. 8 november 2001, kenmerk hv/nw/071101, aan het College Tarieven Gezondheidszorg, houdende aanvullingen op het rapport van de Commissie-Ginjaar.
5. KPMG Gezondheidszorg, 'Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren, Deel 1: Salaris', rapport voor het CTG d.d. oktober 2001;
6. KPMG Gezondheidszorg, 'Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren, Deel 2: Aankledingsposten', rapport voor het CTG d.d. oktober 2001;
7. KPMG Gezondheidszorg, 'Uurtarief vrijgevestigde medisch specialisten', rapport voor CTG/ZAio d.d. september 2004;
8. CTG, brief met bijlage aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 juli 2002, kenmerk VM/mn/V/02/607, betreffende de onderbouwing van het (basis)uurtarief voor medisch specialisten;
9. CTG, brief met bijlagen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 juli 2002, kenmerk JHD/mn/V/02/606, betreffende de herijking normatieve inkomens voor vrije beroepsbeoefenaren;
10. Deloitte & Touche, 'Rapportage berekening uurtarief medisch specialisten', 13 november 2003.
11. 'Inkomens medische specialisten en huisartsen in Europa', ambtelijke notitie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, november 2004.
12. Brief van de Orde van Medisch Specialisten d.d. 11-03-2005 over de notitie 'Vergelijkende Studie', rapport van Deloitte Consultancy B.V., 1 maart 2005.
13. Rapportage beoordelen VWS-notitie (november 2004) 'Inkomens medisch specialisten en huisartsen in Europa', rapport van Deloitte Consultancy B.V., 21 april 2005.
14. Brief van de Orde van Medisch Specialisten d.d. 13 juli 2005 naar aanleiding van het verslag van het gesprek van de commissie uurtarief met de Orde d.d. 28 april 2005.
15. Brief van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) d.d. 26 mei 2005 met informatie over de gemiddelde loonkosten van een academisch medisch specialist in dienst van een universitair medisch centrum.
16. Brief van Zorgverzekeraars Nederland d.d. 25 april 2005 met informatie over de DBC-inkoopgids 2005, kwaliteitsindicatoren en de stuurgroep DBC.
17. Brief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16-12-2004 met toezending van dr. H. Nicolai, 'De eed en het geld; De positie van de medisch specialist in Nederland, 1972-2002'.
18. Mail van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17-06-2005 met toezending van de OECD Health Data 2005.
19. Brief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 02-09-2005 met een reactie op twee notities van de Orde van Medisch Specialisten over de ambtelijke notitie 'Inkomens medisch specialisten en huisartsen in Europa'.
20. Brief van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten d.d. 01-07-2005 met informatie over de gemiddelde toetredingsleeftijd van medisch specialisten in het pensioenfonds.
21. Brief van de Orde van Medisch Specialisten d.d. 23 mei 2005 met een analyse van Towers Perrin (20-11-2001) van het advies van de Commissie-Ginjaar en een actualisatie van dit advies naar 2005.
22. Fax van het College Tarieven Gezondheidszorg d.d. 29-09-2005 met toezending van een brief van de NVZ d.d. 15-04-2002 naar aanleiding van de notitie CTG 'Stand van zaken uurtarief medisch specialisten'.
23. Mail van het CTG d.d. 31-05-2005 met een extrapolatie van de berekening van het uurtarief conform CTG en Commissie-Ginjaar tot en met 2005.
24. Brief van het CTG d.d. 27-02-2004, kenmerk HVLt/rbop/A/04/019, aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, betreffende de onvolledigheid van door de Orde aangeleverde gegevens uurtarief.
25. Brief van het CTG d.d. 09-03-2004, kenmerk HVLt/mmor/A/04/024, aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, betreffende de aannames nodig voor de berekening van macroneutraal uurtarief voor medisch specialisten.
26. Brief van het CTG d.d. 22-09-2004, kenmerk HVLt/mmor/A/04/106, aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, betreffende advies macroneutraal uurtarief voor medisch specialisten met bijlage.
27. Nederlandse Orde van Advocaten, 'Jaarverslag 2003'.
28. EIM, Onderzoek voor Bedrijf & Beleid, 'De balie in beeld; 50 jaar Nederlandse Orde van Advocaten', Zoetermeer 2002.

Bijlage 3 Pensioen

Er zijn twee wegen denkbaar, waarlangs de medisch specialist in het vrij beroep een zelfde pensioenvoorziening kan realiseren als de medisch specialist in dienstverband.

1

Aan de hand van het te bereiken ouderdomspensioen bij het PGGM wordt berekend welke jaarlijkse premie nodig is om hetzelfde resultaat te bereiken. Deze premie kan jaarlijks fluctueren omdat bij die berekening het te behalen reële rendement (het rendement op de inleg, verminderd met het percentage van de loonontwikkeling) van belang is. Dit impliceert dat er jaarlijks een berekening nodig is om te bezien of en in hoeverre deze component van het uurtarief aangepast dient te worden. Deze berekening dient door een actuariel bureau te geschieden. Afhankelijk van het gekozen economische scenario (reëel rendement) varieert de benodigde aanvullende premie van € 8.300,00 tot € 12.200,00.

2

Het is pragmatischer om een koppeling te leggen met de totale PGGM-premie. Dit betekent dat zowel de werknemerspremie als de werkgeverspremie, verminderd met de verplichte premie aan het SPMS, worden vergoed in het uurtarief. Onder de noemer SPMS staat dan de werknemerspremie, verminderd met de SPMS-premie. Onder de noemer 'aanvullende pensioenregeling' staat het werkgeversdeel van de PGGM-premie.

Het premiepercentage (van de pensioengrondslag) voor het ouderdomspensioen bedraagt bij het PGGM 18,8%. Voor rekening van de werknemer komt gemiddeld 52% en voor rekening van de werkgever komt gemiddeld 48%. Voor medisch specialisten zijn deze percentages 54,4% en 45,6%. Recentelijk is een wijziging met betrekking tot de bestaande FLEX-regeling (vervroegd uittreden) ingevoerd. Het jaarlijkse opbouwpercentage is verhoogd tot 2,05% en de FLEX-regeling zelf is afgeschaft. Door de hogere opbouw blijft vervroegd uittreden echter mogelijk. De nieuwe franchise bedraagt € 9.391,00.

De premie voor de SPMS bedraagt in principe € 15.471,00 per jaar. Verlaging van de premie en de daaraan gekoppelde pensioenopbouw is mogelijk indien het bruto-beroepsinkomen (lees: omzet) lager is dan € 162.040,00 (2005).

De werknemerspremie PGGM bedraagt over 12 maal maandsalaris (AMS 6) + vakantietoeslag: € 14.685,00.

Dit bedrag is als volgt berekend:

AMS trede 6 = € 9.192,00 per maand;

+ vakantietoeslag: $1,08 \times € 9.192,00 = € 9.927,36$ per maand;

Per jaar: € 119.128,00;

$0,1395 \times (€ 119.128,00 - € 13.858,00) = € 14.685,00$

De werkgeverspremie PGGM bedraagt over 12 maal maandsalaris (AMS 6) + vakantietoeslag: € 12.287,00.

Dit bedrag is als volgt berekend:

AMS trede 6 = € 9.192,00; per maand;

+ vakantietoeslag: $1,08 \times € 9.192,00 = € 9.927,36$ per maand;

Per jaar: € 119.128,00;

$0,0975 \times € 119.128,00 - 0,0485 \times € 13.858,00 = € 11.615,00 + € 672,00 = € 12.287,00$

De werknemerspremie PGGM – de premie SPMS =
€ 14.685,00 - € 15.471,00 = - € 786,00.

In het uurtarief wordt € 786,00 opgenomen.

De werkgeverspremie PGGM bedraagt € 12.287,00.

Ook dit bedrag wordt in het uurtarief opgenomen.

Bijlage 4 Arbeidsongeschiktheid

Uitgangspunt

De specialist in loondienst valt onder de Ziektewet en de WAO. Hij heeft tevens recht op invaliditeitspensioen ingevolge de PGGM-regeling. De werkgever draagt het financiële risico van ziekte en met name het financiële risico dat bij ziekte voor vervanging moet worden gezorgd. De vrijgevestigde specialist moet deze risico's zelf dragen. Vroeger bestaande wettelijke regelingen zijn voor hem vervallen (AAW en later WAZ).

Dienstverband (PGGM)

De specialist in dienstverband valt onder de CAO ziekenhuizen. Bij arbeidsongeschiktheid wordt 2 jaar lang 100% van het netto inkomen doorbetaald. Daarna heeft hij recht op een invaliditeitspensioen dat 70% van het inkomen bedraagt. Indien hij een aanvullende verzekering heeft afgesloten, is dat percentage vaak 80%. De premie voor het invaliditeitspensioen komt voor rekening van de werkgever en de werknemer, ieder voor de helft. Het daarbij horend bedrag is € 1.028,00.

Vrijgevestigd

Binnen maatschappen van vrijgevestigde specialisten is het gebruikelijk (geen regel) dat de maten onderling gedurende maximaal 30 (kalender)dagen voor elkaar waarnemen. Deze termijn komt overeen met de termijn van het eigen risico bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Indien de periode van 30 (kalender)dagen per jaar wordt overschreden, dient de arbeidsongeschikte specialist zelf de kosten van de waarneming te betalen. De Orde heeft hier richtlijnen voor vastgesteld en adviseert € 444,00 per gewerkte dag (inclusief diensten). In de praktijk blijken echter hogere bedragen tot wel € 1.000,00 per gewerkte dag te worden betaald, wat te maken heeft met de beschikbaarheid van waarnemers. Verder is het gebruikelijk dat een vrijgevestigde specialist niet in de maatschap kan blijven, indien hij langer dan een jaar niet is staat is zijn praktijk uit te oefenen. Hij wordt dan voor zijn inkomen volledig afhankelijk van de uitkering uit de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Voor de berekening van het te verzekeren bedrag is het van belang dat de verzekeraars hun verzekerde uitkering baseren op 365 kalenderdagen terwijl de kosten van waarneming gebaseerd worden op 260 werkdagen.

Berekening

Voor de vergelijking moet er van worden uitgegaan dat de kosten voor waarneming verzekerd zijn. Deze bedragen volgens de richtlijn van de Orde

€ 115.440,00 op jaarbasis. De richtlijn staat echter onder druk. De verwachting is dat het bedrag van € 444,00 verhoogd gaat worden, wat logisch is bij een geldend uurtarief van € 140,00. De momenteel in de markt gebruikelijke waarneemtarieven variëren tussen de € 800,00 en € 1.000,00 per dag. Het verzekerde jaarbedrag dat een vrijgevestigde specialist bij blijvende arbeidsongeschiktheid als inkomen dient te hebben, is uiteraard mede afhankelijk van zijn persoonlijke omstandigheden. Omdat bij beëindiging van de praktijk diverse beroepskosten komen te vervallen is een zogenaamde 'netto' berekening gemaakt, waaruit blijkt dat een verzekerd bedrag gelijk aan het huidige waarneemtarijf resulteert in een 'netto' vergelijkbaar inkomen van 66%. Om 70% te bereiken is een verzekerd bedrag benodigd gelijk aan een waarneemtarijf ca. € 480,00 per dag, oftewel € 124.800,00 op jaarbasis. Het verschil van twee jaar loondoorbetaling bij ziekte in dienstverband versus één jaar waarneming is niet in de berekening betrokken.

Verzekeraars

Er zijn twee belangrijke verzekeraars, namelijk MOVIR en AXA. Een derde verzekeraar is Interpolis. Deze verzekeraar is nog druk doende een positie te verwerven op deze specifieke deelmarkt. Daarnaast zijn er nog wat kleinere spelers. MOVIR heeft een wat uitgebreidere dekking en een wat hogere premie dan de AXA. Het lijkt een logische keuze om van de gemiddelde premie van deze twee verzekeraars uit te gaan.

Benadering

De commissie gaat uit van een totaalpremie over de jaren heen (36 jaar - 65 jaar) en neemt daar het gemiddelde van. Er zijn verder twee opties, te weten:

- a. als uitgangspunt de huidige waarneemtarieven aanhouden, waarvan bekend is dat deze in de markt niet meer toegepast worden.
- b. als uitgangspunt voor het 1e jaar een aangepast waarneemtarijf gebruiken, dat meer in het huidige tijdsbeeld past en daarna het hiervoor genoemde bedrag van € 124.800,00. Omdat deze optie meer aansluit bij de realiteit gaat de commissie hiervan uit.

Optie a.¹⁷

Het huidige waarneemtariet, dus € 115.440,00 voor zowel het 1^e jaar als daarna;

Verzekeraar:	Axa	Movir	Gemiddeld	Interpolis
Leeftijd:				
36	2.393,70	3.524,98	2.959,34	
37	4.787,40	7.463,92	6.125,66	4.353,40
38	4.787,40	.884,20	6.335,80	9.103,51
39	4.787,40	8.323,44	6.555,42	9.500,15
40	6.474,84	8.762,68	7.618,76	9.892,17
41	6.474,84	9.208,24	7.841,54	10.277,82
42	6.474,84	9.666,44	8.070,64	10.651,38
43	6.474,84	10.121,48	8.298,16	11.107,36
44	6.474,84	11.230,64	8.852,74	11.107,36
45	9.739,12	12.058,56	10.898,94	11.107,36
46	9.739,12	12.905,44	11.322,28	11.107,36
47	9.739,12	13.774,44	11.756,78	11.107,36
48	9.739,12	14.656,08	12.197,60	11.107,36
49	9.739,12	15.563,00	12.651,06	11.107,36
50	12.469,36	17.468,48	14.968,92	11.107,36
51	12.469,36	17.468,48	14.968,92	11.107,36
52	12.469,36	17.468,48	14.968,92	11.107,36
53	12.469,36	17.468,48	14.968,92	11.107,36
54	12.469,36	17.468,48	14.968,92	11.107,36
55	18.091,00	17.468,48	17.779,74	11.107,36
56	18.091,00	17.468,48	17.779,74	11.107,36
57	18.091,00	17.468,48	17.779,74	11.107,36
58	18.091,00	17.468,48	17.779,74	11.107,36
59	18.091,00	17.468,48	17.779,74	11.107,36
60	13.044,48	17.468,48	15.256,48	11.107,36
61	13.044,48	17.468,48	15.256,48	11.107,36
62	13.044,48	17.468,48	15.256,48	11.107,36

63	13.044,48	17.468,48	15.256,48	11.107,36
64	13.044,48	17.468,48	15.256,48	11.107,36
65*	6.522,24	8.734,24	7.628,24	0,00

* premie tot 1 september of premievrij

322.372,14 415.904,98 369.138,56

18

12.304,62

(geboortedatum 01-07-1968, ingangsdatum 01-07-2006, eindleeftijd 65, verzekerd bedrag op jaarbasis € 115.440,00, eigen risicotermijn 1 maand)

Zowel 1. als 2. dient gecorrigeerd te worden met de premie die de specialist in loondienst betaalt (€ 1.028,00).

Optie b.¹⁹

Een waarneemtariet van ca. € 800,00 per gewerkte dag voor het 1^e jaar en vervolgens € 124.800,00 op jaarbasis. Niet elke verzekeraar verzekert dit, dus wat volgt is een rekenkundige benadering.

Verzekeraar:	Axa	Movir	Gemiddeld	Interpolis
Leeftijd:				
36	2.856,48	4.225,15	3.540,81	4.832,07
37	5.737,21	8.955,98	7.346,60	10.117,27
38	5.761,46	9.469,01	7.615,24	10.570,32
39	5.792,33	10.010,70	7.901,52	11.024,99
40	7.746,07	10.550,20	9.148,14	11.470,58
41	7.776,94	11.099,24	9.438,09	11.905,29
42	7.818,83	11.674,01	9.746,42	12.333,94
43	8.954,11	12.238,49	10.596,30	12.475,42
44	7.932,99	13.607,79	10.770,39	12.554,80
45	11.757,25	14.661,05	13.209,15	12.645,21
46	11.863,09	15.751,79	13.807,44	12.751,05
47	11.984,36	16.883,69	14.434,03	12.872,32
48	12.114,46	18.039,11	15.076,79	13.002,42
49	12.259,99	19.239,37	15.749,68	13.147,95

* Alle genoemde premies zijn op basis van langlopende contracten (4 tot 5 jaar) en bij Interpolis geldt er een korting als het lid 46 de Orde. 18.039,11 gerekend met de Orde. 13.002,42
 Verzekerde bedragen (Axa) als gekozen voor rekenkundige benadering (Movir en Interpolis)

50	16.564,51	22.654,91	19.609,71	14.347,47
51	16.564,51	22.654,91	19.609,71	14.347,47
52	16.564,51	22.654,91	19.609,71	14.347,47
53	16.564,51	22.654,91	19.609,71	14.347,47
54	16.564,51	22.654,91	19.609,71	14.347,47
55	22.978,51	22.654,91	22.816,71	14.347,47
56	22.978,51	22.654,91	22.816,71	14.347,47
57	22.978,51	22.654,91	22.816,71	14.347,47
58	22.978,51	22.654,91	22.816,71	14.347,47
59	22.978,51	22.654,91	22.816,71	14.347,47
60	17.221,51	22.654,91	19.938,21	14.347,47
61	17.221,51	22.654,91	19.938,21	14.347,47
62	17.221,51	22.654,91	19.938,21	14.347,47
63	17.221,51	22.654,91	19.938,21	14.347,47
64	17.221,51	22.654,91	19.938,21	14.347,47
65	8.610,76	11.327,46	9.969,11	
	412.788,97	527.556,69	470.172,83	

20

15.672,43

(geboortedatum 01-07-1969, ingangsdatum 01-07-2005, eindleeftijd 65, verzekerd bedrag op jaarbasis 1^e jaar € 208.000,00 en vervolgens € 124.800,00, eigen risicotermijn 1 maand.)

Zowel 1. als 2. dient gecorrigeerd te worden met de premie die de specialist in loondienst betaalt (€ 1.028,00)

18 De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bij het SPMS kan jaarlijks fluctueren. Deze wordt immers sterk beïnvloed door het aantal jonge toetreders en het aantal oudere uittreeders. Het is dan ook in dat kader logischer de gemiddelde premie over het gehele (theoretische) looptijd als uitgangspunt te nemen.

19 Zie noot 17.

20 Zie noot 18

Bijlage 5 Uurtarieven vergeleken

	normatief uurtarief	normatief uurtarief inclusief secretaresse en beroepsaansprakelijkheid	normatief uurtarief Sanders	macroneutraal uurtarief	macroneutraal uurtarief exclusief secretaresse en beroepsaansprakelijkheid
Norminkomen	119.841,00	119.841,00	119.843,08		
Toeslagen	9.467,00	9.467,00	19.749,83		
Individuele beroepskosten	27.717,00	27.717,00	31.650,86		
• pensioen	786,00	786,00	1.446,00		
• aanvullend pensioen	12.287,00	12.287,00	12.947,00		
• arbeidsongeschiktheid	14.644,00	14.644,00	17.257,86		
Praktijkgebonden individuele kosten	14.497,00	15.830,00	25.250,60		
• vervoer	1.084,00	1.084,00	2.588,60		
• oriëntering	5.006,00	5.006,00	7.390,00		
• algemeen	1.200,00	1.200,00	1.500,00		
• accountant	3.000,00	3.000,00	3.000,00		
• uitstaande vorderingen	1.876,00	1.876,00	6.750,00		
• renteverlies goodwill			321,00		
• ziektekosten	1.951,00	1.951,00	1.951,00		
• beroepsrechtsbijstand	380,00	380,00	400,00		
• beroepsaansprakelijkheid	0,00	1.333,00	1.350,00		
Praktijkgebonden maatschapskosten	6.439,00	22.786,00	28.788,00		
• secretariaat	0,00	16.000,00	20.600		
• aio's en anio's	0,00	0,00	0,00		
• administratie/accountant	2.950,00	2.950,00	3.688,00		
• inningskosten	3.489,00	3.836,00	4.500,00		
Totaal	177.961,00	195.641,00	225.282,37		
Declarabele uren	1.555	1.555	1.435		
Uurtarief	114,44	125,81	157	140	128,63



Het onderbouwd normatief uurtarief van de medisch specialist

**Advies uitgebracht door prof. dr. mr. H.W.A. Sanders, lid van de Commissie
Normatief Uurtarief Medisch Specialisten, aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport**

Zoetermeer/Sint-Oedenrode, december 2005

Inhoudsopgave

Samenvatting	75
1 Inleiding en motivering	77
2 De taakopdracht van de Commissie Uurtarief	79
2.1 De instelling van de commissie	79
2.2 De taakomschrijving van de commissie	79
2.3 Toelichting op de taakopdracht	80
2.4 Verantwoording van taakopvatting H.W.A. Sanders	82
2.5 De werkwijze van de commissie	84
3 De opbouw van het normatieve uurtarief	87
4 Norminkomen honorariumcomponent	89
4.1 Honorariumdeel/ AMS	89
4.2 Toeslagen	90
4.3 Resumé norminkomen/honorariumcomponent	94
5 Norminkomen/kostencomponent	95
5.1 Individuele beroepskosten	95
5.2 Individuele praktijkgebonden kosten	96
5.3 Praktijkgebonden maatschapkosten	99
5.4 Geïntegreerd kwaliteitsbeleid medisch specialisten	101
5.5 Resumé normkosten	101
6 Normatieve werkbelasting	103
6.1 Werkbelasting medisch specialist in algemeen ziekenhuis	103
6.2 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren	104
6.3 Normatieve werkbelasting medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar	111
6.4 Werkbelasting en salaris/inkomen van medisch specialist in academisch ziekenhuis en in de EU	115

7	Inkomens, (uur)tarieven en werkbelasting van ziekenhuisdirecteuren, advocaten, rechters en andere professionals	119
7.1	Ziekenhuisdirecteuren	119
7.2	Advocaten	120
7.3	Curatoren	121
7.4	Advocaten en rechters	121
7.5	Andere professionals met een min of meer vergelijkbaar functie- en/of opleidingsniveau	122
8	Het normatieve uurtarief van de medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar	125
8.1	Onderbouwing	125
8.2	Advies	127

Samenvatting

Prof. dr. mr.H.W.A. Sanders, lid van de Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief, adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het normatieve uurtarief van medisch specialisten vrijeberoepsbeoefenaren vast te stellen op € 157,00.

Dit normatieve uurtarief is opgebouwd als volgt:

Aantal declarabele patiëntgebonden uren: € 1.435,00

Norminkomen/honorariumcomponent, totaal: € 139.592,91

- Bruto-jaarinkomen AMS, inclusief vakantiebijslag: € 119.843,08
- Toeslag Inconveniënten (6%), + vakantiebijslag: € 7.765,83
- Toeslag beroepsrisico/ondernemersrisico (10%): € 11.984,00

Norminkomen/kostencomponent, totaal: € 85.689,46

- Individuele beroepskosten € 31.650,86
- Individuele praktijkgebonden kosten: € 25.250,60
- Praktijkgebonden maatschapkosten € 28.788,00

Kosten geïntegreerd kwaliteitsbeleid medisch specialisten: PM

Totaal norminkomen, honorarium- plus kostencomponent: € 225.282,37

Uurtarief (niveau 2005): € **157,00**

Voor werkzaamheden tijdens diensten:

Per werkzaamheid apart te declareren wegens extra tijdsbeslag: **1 uur**

1 Inleiding en motivering

De redenen voor het uitbrengen van een afzonderlijk rapport en advies zijn:

- Het principiële verschil van mening over de taakstelling van de commissie met betrekking tot een eventuele beoordeling van het uurtarief op de maatschappelijke aanvaardbaarheid ervan.
- Het beduidende zakelijk verschil in waardering en honorering van de toeslagen op het honorariumdeel (basissalaris) betreffende het beroeps- en ondernemersrisico en van de dienst-inconveniënt: het bereikbaar en beschikbaar moeten zijn tijdens avond-, nacht-, weekend- en feestdagen.
- Het niet onderbrengen in het kostendeel van enkele reële tot de beroeps- en praktijkkosten te rekenen posten, en het toerekenen van bepaalde tot de organisatie van de praktijk behorende kostenposten aan en verschuiven naar het ziekenhuis, in strijd met de opdracht: een realistische vertaling naar de omstandigheden van de vrijgevestigde medisch specialist.
- Het vergroten van de werkbelasting, met name het aantal patiënt-gebonden uren – van de medisch specialist vrije beroepsbeoefenaar ten opzichte van die van de medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis volgens de AMS-regeling, in strijd met de gestelde voorwaarde, dat beiden voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen.
- Het op eigen gezag uitbreiden van de taakopdracht door het doen van aanbevelingen waarom niet is gevraagd, op gebieden waarop de deskundigheid van de commissie niet is gelegen en de samenstelling niet is gebaseerd, en door in het advies op het eventueel opvolgen van de aanbevelingen reeds vooruit te lopen.

Bij de indeling van dit rapport wordt zoveel mogelijk de gekozen volgorde en tenaamstelling van de hoofdstukken en paragrafen gevolgd.

2 De taakopdracht van de Commissie Uurtarief

2.1 De instelling van de commissie

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS] en de Orde van Medisch Specialisten [Orde] zijn in 2003 overeengekomen, een commissie in te stellen die een zwaarwegend advies zal uitbrengen over de hoogte van het normatieve uurtarief.

Tot er een onderbouwd normatief uurtarief beschikbaar is, zullen de bestaande uurtarieven worden geïndexeerd en zal de minister geen voor medisch specialisten specifieke kortingen opleggen. Wat betreft de productontwikkeling blijft het 'boter bij de vis'-principe gehandhaafd.

Minister Hoogervorst heeft deze commissie op 20 september 2004 ingesteld. De Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten [Commissie Uurtarief] bestaat uit mr. F. Korthals Altes, voorzitter, prof. dr. mr. H.W.A. Sanders en drs. H.J. Simons. Tot secretaris is benoemd mr. J.P. Kasdorp, projectleider van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

2.2 De taakomschrijving van de commissie

De taakopdracht van de commissie is in overleg tussen de minister en de Orde bepaald. In zijn toelichting op de instellingsbeschikking van de commissie heeft minister Hoogervorst de taak van de commissie letterlijk als volgt verwoord:

In mijn brief over het uurtarief aan de OMS van 30 oktober 2003 is het volgende opgenomen:

“Als opdracht voor de commissie geldt dat de bestaande AMS uitgangspunt is voor de bepaling van de honorariumcomponent van het normatieve uurtarief. Dat wil zeggen dat een vrijgevestigd medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen.” Daarenboven ben ik van mening dat het inkomen en daarmee ook het uurtarief van de medisch specialist maatschappelijk aanvaardbaar moet zijn.

Ook het volgende is in de brief van 30 oktober 2003 opgenomen:

“Voor de overige kostencomponenten van het normatieve uurtarief geldt dat een realistische vertaling naar de omstandigheden van de vrijgevestigde medisch specialist dient plaats te vinden. Door de vrijgevestigde medisch specialist wordt dit totale honorarium (voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren) omgeslagen over en gedeclareerd via de aan de DBC's gekoppelde declarabele uren.”

De commissie zal kennis nemen van de voor de commissie beschikbare achtergrondstukken die in deze opdrachtformulering worden genoemd en van eventuele aanvullende stukken die nog worden aangedragen door relevante betrokken partijen.

Belangrijk punt van de commissie is de hoeveelheid patiëntgebonden uren die bij het normatieve honorarium hoort. De commissie zal kennis nemen van de beschikbare informatie over de werkelijk gewerkte uren. De commissie zal een standpunt innemen over de verschillende componenten van de praktijkkosten en de hoogte van deze kosten. Ook zal de commissie expliciet aandacht besteden aan de rol van de assistent geneeskundigen en aan inconveniënten.

2.3 Toelichting op de taakopdracht

De commissie heeft zowel de Orde als de minister – bij monde van de directeur-generaal Gezondheidszorg – gevraagd naar een nadere toelichting op de taakopdracht. De reden hiervoor is dat in de taakopdracht naast de AMS als uitgangspunt wat de honorariumcomponent betreft, ook de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het inkomen en daarmee van het uurtarief van de medisch specialist wordt genoemd. Dit riep binnen de commissie vragen op.

2.3.1 De Orde van Medisch Specialist

Naar het oordeel van de Orde bevat de taakopdracht drie elementen, die bij elkaar horen:

- 1 de AMS als uitgangspunt voor de berekening van het uurtarief;
- 2 de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het tarief;
- 3 de opname van beroepskosten in het uurtarief.

De AMS is volgens de Orde onderdeel van het loongebouw van het ziekenhuis en daardoor maatschappelijk aanvaardbaar. De AMS staat voor maatschappelijke aanvaardbaarheid: in het kader van de taakopdracht van de

commissie vormen de AMS-regeling en het maatschappelijk aanvaardbaar zijn als het ware een organische eenheid. Door de AMS op een transparante wijze tot uitgangspunt te nemen van het uurtarief, zal naar het oordeel van de Orde ook het uurtarief maatschappelijk aanvaardbaar zijn.

Maatschappelijke aanvaardbaarheid van het uurtarief wil dus volgens de Orde zeggen, dat het uurtarief transparant is – dat wil zeggen: duidelijk en objectief onderbouwd – en onderdeel uitmaakt van het loongebouw van het ziekenhuis.

Opname van de beroepskosten in het uurtarief is volgens de Orde nodig, omdat het uurtarief wordt toegepast ten behoeve van medisch specialisten vrijeberoepsbeoefenaren.

2.3.2 De directeur-generaal Gezondheidszorg namens de minister

Als antwoord op de vraag van de commissie wat onder maatschappelijk aanvaardbaar dient te worden verstaan, heeft de directeur-generaal Gezondheidszorg [DGG] geantwoord: dat maatschappelijke aanvaardbaarheid op zich niets zegt over de hoogte van het salaris en dat het gegeven dat de AMS uitgangspunt is voor het normatief uurtarief, niet zonder meer leidt tot een maatschappelijk aanvaardbaar resultaat.

Een maatschappelijk aanvaardbaar inkomen/tarief moet volgens hem:

- 1 passen bij wat in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk is en kan worden verantwoord/uitgelegd, mede gelet op het feit dat de zorg overwegend uit collectief verzamelde middelen wordt betaald;
- 2 rekening houden met het grote aantal uren dat daarvoor door de medisch specialist moet worden gewerkt;
- 3 rekening houden met het in het vrij beroep aanwezige ondernemersrisico.

Sanders vindt de opdracht van de commissie, voor zover die betrekking heeft op de onderbouwing van het uurtarief, concreet en duidelijk. Voor de ‘maatschappelijke aanvaardbaarheid’ ligt dat een stuk moeilijker. Hij is van mening dat de commissie een eigen koers kan varen; de minister heeft zich het recht voorbehouden (op onderdelen) van het advies van de commissie af te wijken. De DGG vindt dat Sanders in principe gelijk heeft, maar dat het jammer zou zijn indien de minister het advies naast zich neer zou leggen.

2.4 Verantwoording van taakopvatting H.W.A. Sanders

Volgens de opdracht van de minister VWS:

- a. is de Arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten [AMS] het uitgangspunt voor de bepaling van de honorariumcomponent van het normatieve uurtarief,
- b. dient voor de overige kostencomponenten een realistische vertaling naar de omstandigheden van de vrijgevestigde medisch specialist plaats te vinden, en
- c. moet het totale honorarium – voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren – worden omgeslagen over en gedeclareerd worden via de aan de onderscheiden medisch-specialistische prestaties (DBC's) gekoppelde patiëntgebonden (= declarabele) uren.

Door aanvaarding van het lidmaatschap van de Commissie Uurtarief zijn de leden impliciet gebonden aan de bij de opdracht gestelde voorwaarden en beperkingen:

- voor de honorariumcomponent en de werkbelasting staat de medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis model, en
- voor de kostencomponent moet worden uitgegaan van de actuele/reële uitgaven en kosten samenhangend met en verbonden aan de beroepsuitoefening en praktijkvoering van een medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar met een normatieve praktijk.

Om binnen het kader van de opdracht te komen tot een maatschappelijk verantwoord uurtarief, mede gezien het feit dat de medisch-specialistische zorg voor een deel uit collectief verzamelde middelen wordt betaald, dienen de componenten van honorariumdeel en kostendeel zorgvuldig te worden omschreven en gemotiveerd, en de onderbouwing duidelijk en helder te worden geformuleerd.

Of een (uur)tarief verantwoord is, wordt niet bepaald door de hoogte ervan maar door de kwaliteit van de onderbouwing.

Voor de waardering van de onderscheiden componenten wordt relevant geacht:

- De langdurige universitaire en postacademische opleiding van de medisch specialist en de noodzaak gedurende de gehele periode van beroepsuitoefening up-to-date te blijven;
- De persoonlijke verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid en aanspreekbaarheid van de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar

voor de organisatie, de kwaliteit en de inhoud van de medisch-specialistische zorg;

- De grote werkbelasting in de normpraktijk, ook wat betreft de niet-patiëntgebonden maar voor de functie en het functioneren als medisch specialist in een algemeen ziekenhuis essentiële werkzaamheden, en het grote aantal diensten;
- Het verschil in economisch-sociale zekerheid gedurende de gehele beroepsperiode van de vrijberoepsbeoefenaar, vergeleken met de loondienstsituatie (ondernemers-/beroepsrisico).

Bij de berekeningen wordt uitgegaan van een medisch specialist die van zijn 37^e tot 65^e jaar als vrijberoepsbeoefenaar in maatschapverband fulltime werkzaam is in een middelgroot algemeen ziekenhuis, en gedurende een werkweek (exclusief diensten) van gemiddeld 45 uur (normpraktijk) zijn beroep uitoefent naar de stand van de wetenschap en de eisen van de tijd. [Volgens van de Stichting Pensioenfonds Medisch Specialist (SPMS) verkregen informatie, is de gemiddelde toetredingsleeftijd tot de verplichte pensioenregeling voor de vrijgevestigde medisch specialisten 37,4 jaar]

Het behoort, gezien de formulering van de opdracht, niet tot de taak van de commissie het resultaat van haar werkzaamheden, een advies betreffende een voor alle medische specialismen en specialisten geldend onderbouwd normatief uurtarief, te beoordelen op de maatschappelijke aanvaardbaarheid ervan. De commissie is daartoe ook niet gekwalificeerd.

De minister heeft dit oordeel over de aanvaardbaarheid van het inkomen en het uurtarief uitdrukkelijk aan zich gehouden, en zich het recht voorbehouden (op onderdelen) van het advies af te wijken.

Wel wordt het informatief en voor de beoordeling/vergelijking nuttig geacht (zie hoofdstuk 7):

- de beloningsregeling en andere bepalingen voor academisch medisch specialisten uit de CAO-Academische ziekenhuizen in het rapport op te nemen en
- relevante 'openbare' gegevens weer te geven over inkomens/salarissen, uurtarieven en werkbelasting van andere professionals met een min of meer vergelijkbaar opleidingsniveau, en over (het ontbreken van) de onderbouwing daarvan.

Een en ander zonder commentaar op de gegevens en zonder het eraan verbinden van conclusies.

2.5 De werkwijze van de commissie

De commissie is met haar werkzaamheden begonnen op 18 oktober 2004 en heeft deze beëindigd op 16 december 2005. In die periode heeft zij 21 keer vergaderd.

De commissie is secretariaal bijgestaan door mevrouw I. de Prieëlle van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en van de 3e tot de 13e vergadering door de heer E. Memeo van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg.

De heer W. van der Linde heeft als externe deskundige met betrekking tot de arbeidsongeschiktheids- en de aansprakelijkheidsverzekering ondersteuning verleend en twee vergaderingen van de commissie bijgewoond, en werd betrokken bij onderdelen van een (vierde) concept van het commissieadvies.

De commissie heeft kennis genomen van het aan haar bij de opdracht ter beschikking gestelde c.q. in het vooruitzicht gestelde achtergrondmateriaal en van later van VWS en Orde ontvangen informatie:

- De AMS-regeling uit de CAO Ziekenhuizen (Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten/Hoofdregeling/Publieke versie 27-10-2002).
- De beloningsregeling medisch specialisten uit de CAO academische ziekenhuizen (regeling 2003 en 2004/1-3-2004 – 1-6-2005).
- Het advies van de door de Orde ingestelde Adviescommissie Uurtarief medisch specialisten (commissie Ginjaar) d.d. 30-8-2001: 'Transparantie in het uurtarief', en het standpunt van de Orde naar aanleiding van dit advies (brief van 8-11-2001 aan CTG, houdende aanvullingen op het rapport van de commissie Ginjaar).
- KPMG Gezondheidszorg, rapport voor het CTG d.d. oktober 2001: 'Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren, Deel 1: Salaris'.
- KPMG Gezondheidszorg, rapport voor het CTG d.d. oktober 2001: 'Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren, Deel 2: Aankledingsposten'.
- CTG-stukken uit juli 2002 over de hoogte van het normatieve uurtarief en de bijbehorende honorarium- en kostencomponenten (brief met bijlage aan minister VWS d.d. 17-7-2002, betreffende de onderbouwing van het (basis)uurtarief voor medisch specialisten).
- De CTG-stukken over de normatieve inkomens van de overige vrije beroepers (brief met bijlagen aan minister VWS d.d. 17-7-2002, betreffende de herijking normatieve inkomens voor vrije beroepsbeoefenaren).

- Het aan de Orde uitgebrachte Deloitte&Touche-rapport uit 2003 over het macroneutrale uurtarief medisch specialisten ('Rapportage berekening uurtarief medisch specialisten', 13-11-2003).
- Resultaten van het door het departement opgestelde Europese benchmark inkomens huisartsen en medisch specialisten ('Inkomens medische specialisten en huisartsen in Europa', ambtelijke notitie van ministerie VWS, november 2004).
- Notitie 'Vergelijkende Studie', rapport van Deloitte Consultancy BV, 1-3-2005.
- Rapportage beoordelen VWS-notitie 'Inkomens medisch specialisten en huisartsen in Europa' (november 2004), rapport van Deloitte Consultancy BV, 21-4-2005.
- KPMG Gezondheidszorg, 'Uurtarief vrijgevestigde medisch specialisten', 7 september 2004, rapport voor CTG/ZAio d.d. september 2004.
- Het CTG/ZAio-advies over het macroneutrale uurtarief (brief met bijlagen d.d. 22-9-2004 van CTG/ZAio aan minister VWS: Advies macroneutraal uurtarief medisch specialisten in verband met tarieven voor DBC's in het B-segment: per 1-1-2005 als voorlopig uurtarief op voorcalculatorische basis, niveau 2005, € 140 per uur).
- Brief van de Orde d.d. 23-5-2005 met bijlagen: (1) Analyse van Towers Perrin d.d. 29-11-2001 betreffende 'de normkosten pensioenregeling medisch specialist', opgenomen in het rapport van de Commissie Ginjaar van 30-8-2001, en (2) Actualisatie van deze analyse door Towers Perrin naar de situatie per 1-1-2005.
- Antwoord van de voorzitter van de Orde bij schrijven d.d. 8-8-2005, met bijlagen, op een vraag (brief van 29-6-2005) van de secretaris van de commissie, naar informatie over de verhouding patiëntgebonden/niet patiëntgebonden werkzaamheden.
- Brief van de Orde d.d. 8/11-8-2005 over het in samenwerking met een aantal medisch specialisten in eigen beheer verricht onderzoek naar de huidige stand van zaken betreffende de normkosten, volgens de indeling van de Commissie Ginjaar, met een bijlage: Matrix van 'Onderdelen geïntegreerd kwaliteitsbeleid medisch specialisten' over kwaliteitsaspecten en projecten, werkzaamheden, commissies en richtlijnen.

NB Enkele andere aan de commissie toegezonden stukken hebben mij niet bereikt.

In april 2005 heeft de commissie in hoorzittingen kennis genomen van standpunten van (delegaties van) relevant geachte partijen:

- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
In aansluiting op het gesprek heeft de directeur Zorg van ZN nog een aantal relevante stukken aangeleverd.
- College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)
Het CTG vindt voor het vaststellen van een uurtarief van groot belang, het aantal uren dat daadwerkelijk wordt gewerkt en de aan de medisch specialist toe te rekenen kosten.
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
Voor de NVZ is de AMS bepalend en moet ook als uitgangspunt dienen. In het uurtarief zijn naast de secretariaatskosten ook andere kostenposten op te nemen, zoals voor de tijd die besteed wordt aan commissies, werkgroepen en andere activiteiten binnen het ziekenhuis. De honorering moet gebaseerd zijn op een gemiddelde deelname aan deze activiteiten.
- VWS/directeur-generaal Gezondheidszorg. Zie 2.3.2
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
Brief d.d. 26-5-2005 naar aanleiding van het gesprek, met informatie over de gemiddelde loonkosten van een academisch medisch specialist in dienst van een universitair medisch centrum.
- Adviescommissie Uurtarief medisch specialisten (Commissie Ginjaar)
Ook voor de commissie Ginjaar waren van belang: de AMS als uitgangspunt en de maatschappelijke aanvaardbaarheid, vandaar een redelijke en degelijke onderbouwing via een eigen berekeningssystematiek (door het CTG aanvaard en overgenomen). Waar arbitraire keuzen noodzakelijk waren (zoals voor de normatieve werkbelasting), werden deze transparant verwoord.
- Orde van Medisch Specialisten (Orde). Zie 2.3.1
Brief van Orde d.d. 13-7-2005 naar aanleiding van verslag van het gesprek van de commissie uurtarief met de Orde op 28-4-2005.

3 De opbouw van het normatieve uurtarief

Voor de opbouw en berekening van het normatieve uurtarief geldt (conform de door het ministerie van VWS in een brief aan het CTG van 16-3-2000 voorgestelde formule, die ook door de commissie Ginjaar is gehanteerd):

norminkomen/honorariumcomponent per jaar

+

norminkomen/kostencomponent) per jaar

÷

de in declarabele uren per jaar uitgedrukte normatieve werkbelasting

=

het normatieve uurtarief

4 Norminkomen / honorariumcomponent

4.1 Honorariumdeel/AMS

Volgens de opdracht van de minister VWS is de Arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten (AMS) het uitgangspunt voor de bepaling van de honorariumcomponent van het normatieve uurtarief. Hiertoe wordt – conform de commissie Ginjaar – gerekend: het bruto-jaarinkomen inclusief de vakantiebijslag en exclusief alle bijkomende werkgeverskosten en -lasten. NB De vakantiebijslag van 8% wordt berekend over het pensioengevend inkomen (art. 3.1.4.1 AMS); hiertoe behoren het jaarsalaris en de inconveniëntentoeslag (art. 3.3.1.4 AMS). Zie ook het KPMG-rapport voor het CTG van oktober 2001, Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren, deel 1: Salaris, overzicht op p 16 en 63.

Bovenop dit inkomen komen toeslagen voor inconveniënten en voor het beroepsrisico.

Gezien de gemiddelde leeftijd van de tot een maatschap toetredende medisch specialist, het niveau van zijn kennis en kunde na afronding van zijn specialisatie en de goodwill die hij bij de aanvang van zijn praktijk aan de zittende leden c.q. het uitredende lid moet betalen, is hij vanaf het begin binnen de maatschap functioneel en financieel gelijkberechtigd. Daarom wordt bij de berekening van het uurtarief uitgegaan van de maximale trede (6) salaristabel van de AMS. Het daarbij behorende jaarinkomen inclusief vakantiebijslag bedraagt per 1-6-2005: € 119.843,08.

De aanpassing van de Arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten (AMS) per 1-1-2006 is nog niet bekend. Gezien de aanpassing (a) van de salarissen van de werknemers in de Universitair medische centra (UMC's) per 1-4-2006 met 1,5% en een verhoging van de eindejaarsuitkering tot 4,25% (Medisch Contact, 23-11-2006, p 1915), (b) van de rijksambtenaren per 1-1-2006 met 2% (gezamenlijk persbericht ministerie BZK en de ambtenarenbonden) en (c) van de werknemers in bedrijven in 2006 met 2% (volgens een onderzoek van het beloningsadviesbureau Towers Perrin onder ruim honderd bedrijven), lijkt voor de AMS per begin 2006 een loonsverhoging van 1,5% realistisch.

4.2 Toeslagen

4.2.1 Inconveniënten/diensten

Zowel de Arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten (oktober 2002) als de CAO-Academische ziekenhuizen (1-3-2004 – 1-6-2005) bevatten een (ingewikkelde) regeling voor frequentie- en intensiteitstoelagen voor avond-, nacht- en weekenddiensten van medisch specialisten, die probeert recht te doen aan de grote verschillen tussen specialismen en maatschappen:

AMS, art. 3.3.2

Maandelijks toeslagen berekend over het geldende salaris voor de frequentie en voor de intensiteit (= gewerkte uren) van diensten; in totaal zijn er 9 diensten per week (7 van 18-8u en zaterdag-zondag ook 8-18u) overdag.

Frequentietoelagen: 2% bij 2-5, 4% bij 6-9 en 6% bij ≥ 10 per maand;

Intensiteitstoelagen: 5% bij 8-15u, 10% bij 16-23u en 15% bij $\geq 24u$ per maand.

CAO-Academisch, art. 15.4.2

Aanspraak op een toelage berekend over het geldende maandsalaris, voor de frequentie van diensten en de omvang van de verrichte werkzaamheden:

Toelage 5%, bij frequentie 2-5 en/of werkzaamheden 6-10u per maand;

Toelage 10%, bij frequentie 6-10 en/of werkzaamheden 11-20u per maand;

Toelage 20%, indien frequentie > 10 en/of werkzaamheden > 20u per maand.

De commissie Ginjaar (2001) onderscheidt drie categorieën toeslagen:

1 aantoonbaar hoge inconveniëntfactor: intensiteit 10% plus frequentie 4%;

2 gemiddelde inconveniëntfactor: intensiteit 5% plus frequentie 4%;

3 lage inconveniëntfactor: intensiteit 0% en frequentie 6%.

Gezien de ingewikkeldheid en het arbitraire karakter van bovenstaande regelingen, verdient een andere honoreringsregeling die meer recht doet aan de verschillen tussen specialisten en specialismen de voorkeur:

I Aantal en soorten diensten per jaar per maatschap:

- Op maandagen t/m vrijdagen: 254 avonden-nachten van 18 tot 8u;
- Op zaterdagen, zondagen en feestdagen: 111 dagen van 8 tot 18u en 111 avonden-nachten van 18 tot 8u.

In totaal 111 dagen van 8 tot 18u (1.110u) en 365 avonden-nachten van 18 tot 8u (5110u).

II Bij een – meest voorkomende – maatschap van vier heeft dus ieder lid per jaar:

- Op zaterdagen, zondagen en feestdagen: 28 dagen van 8 tot 18u en 28 avonden-nachten van 18-8u dienst, en
- Op werkdagen – maandagen t/m vrijdagen – 64 avonden/nachten van 18-8u dienst.

In totaal dus 1555 uren dienst.

Gemiddeld per medisch specialist per maand: 2,3 diensten van 10u overdag (van 8-18u) en 7,7 diensten van 14u avond en nacht (van 18-8u).

NB Bij een grotere maatschap kan de primair dienstdoende medisch specialist ook 'achterwachten' inschakelen en/of wordt de dienst over meer medisch specialisten verdeeld.

III Voorstel voor een gescheiden honorering: (1) voor bereikbaarheid en beschikbaarheid en (2) voor werkzaamheden tijdens diensten.

(1) Honorering voor bereikbaarheid en beschikbaarheid:

Toeslagpercentage op het norminkomen: **6%** (uitgaande van de meest voorkomende maatschapomvang: per specialist 10 diensten per maand). Het hieruit resulterend jaarbedrag te verhogen met 8% vakantietoelagen (zie §4.1).

(2) Honorering voor acute werkzaamheden (diagnostiek, therapie, overleg) die tijdens de diensturen in het ziekenhuis moeten plaatsvinden (dus niet voor vooraf geplande werkzaamheden in het kader van een lopende behandeling)

Toeslagbedrag per werkzaamheid, in verband met extra tijdsbeslag van **1 uur**

Gezien (a) de reisduur, (b) de onvermijdelijke wachttijden in het ziekenhuis, en (c) de structureel langere duur van de prestatie (wachttijden, minder en minder ervaren assistentie, minder hulpmiddelen):

per te omschrijven werkzaamheid een aan het extra tijdsbeslag van 1 uur gerelateerde en apart (bijvoorbeeld via een 'inconveniënten-DBC') te declareren toeslag.

NB-1 De honorering voor de prestatie zelf is/wordt opgenomen in een reeds bestaande of nieuw te openen DBC-code

NB-2 Een telefonisch overleg met de ziekenhuisarts of de huisarts, dat in het kader van de dienst plaatsvindt maar niet leidt tot een zelfstandige werkzaamheid van de dienstdoende specialist, wordt door/vanwege deze niet in rekening gebracht.

NB-3 Voor een telefonisch 'on-line beoordeling en advies' betreffende digitale gegevens en beeldmateriaal tijdens dienst, gelden de gebruikelijke tarieven, maar wordt geen toeslag in verband met eventueel extra tijdsbeslag in rekening gebracht.

Toeslag inconveniënten/diensten: 6% van norminkomen (= € 7.190,58), verhoogd met vakantieslag van 8%. Totaal **€ 7.765,83**.

4.2.2 Beroepsrisico / ondernemersrisico

Deze toeslag (van 10%) voor de arts vrijeberoepsbeoefenaar op het honorariumdeel van het inkomen van de als vergelijkingsfiguur gekozen arts in dienstverband, wordt algemeen toegepast sinds het Advies van de Staatscommissie Van der Ven van 19-12-1966 met betrekking tot de verstrekking ingevolge de Ziekenfondswet van huisartsenhulp:

"§ 3.4 Beroepsrisicopremie: ... een verschil dat uit de structuur van het beroep van huisarts, in vergelijking met het ambtelijk beroep voortvloeit ... dat het inkomen niet vast is, doch in zijn omvang mede bepaald wordt door onzekere en niet beheersbare factoren. Het daarmee gegeven financieel-economisch beroepsrisico deelt het vrije beroep met het vrije bedrijf. Doorgaans evenwel zonder in de winstmogelijkheden een afdoende vorm van compensatie te vinden."

Eerste rapport van de Werkgroep inkomens vrije beroepsbeoefenaren Rapport-Raven, 1974:

"Onder beroepsrisico dient te worden verstaan het zich anders dan door eigen falen wijzigen van het beroepsinkomen in de periode dat het beroep actief wordt uitgeoefend. Oorzaken hiervan zijn: a. conjuncturele ontwikkelingen, b. structurele (demografische en technologische) ontwikkelingen, c. invloed van leeftijd en gezondheid, d. invloed van overheidsmaatregelen (wet- en regelgeving)."

Het beroepsrisico/ondernemersrisico wordt voornamelijk bepaald door het verschil in economisch-sociale zekerheid van de medisch specialist in dienstverband met een gegarandeerd jaarlijks inkomen, ook bij een eventuele vermindering van de hoeveelheid werk en/of bij daling van de arbeidsprestatie, en diens hechte rechtspositie, ten opzichte van de specialist vrijeberoepsbeoefenaar die bij een honorering per patiëntgebonden uur (c.q. per DBC of per verrichting), gedurende zijn gehele arbeidsperiode wat zijn inkomen betreft afhankelijk blijft van aard en omvang van de aan hem gevraagde en door hem geleverde prestaties.

Bij de berekening van de AMS is wegens de afwezigheid van ondernemersrisico bij dienstverband een korting van 10% toegepast op de gemiddelde lumpsum van de medisch specialist in het vrije beroep.

Bij invoering per 1-1-2006 van de gereuleerde marktwerking in de Zorgverzekeringswet (Wet van 16-6-2005, Zvw) neemt het beroepsrisico/ondernemersrisico van de medisch specialist substantieel toe:

- Functionele omschrijving van de zorg (art. 10 onder a): Het te verzekeren risico is de behoefte aan geneeskundige zorg, niet de zorg verleend door ...
 - *Interview met minister VWS, Medisch Contact 15-4-2005, p 604-7: 'Functionele omschrijving van zorg behoort tot de essentiële systematiek van de wet. Ik verwacht dat er daardoor vooral een verschuiving gaat ontstaan van de tweede naar de eerste lijn.'*
 - *Brief van minister VWS aan Tweede Kamer d.d. 8-7-2005: De Zvw hanteert voor alle prestaties een functiegerichte in plaats van een beroepsgerichte omschrijving ... niet bij voorbaat is gegarandeerd dat vrije beroepsbeoefenaren ten minste een wettelijk geregelde opleiding (via de Wet BIG) moeten hebben gevolgd, zoals het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering dat nu wel eist. ... Zorgverzekeraars kunnen zorg inkopen bij wettelijk of niet wettelijk geregelde beroepsbeoefenaren. ... De overheid garandeert niet de deskundigheid van een vrije beroepsbeoefenaar wiens beroep niet op grond van de Wet BIG is geregeld.*
- Opheffing van de contracteerplicht: Het recht van de verzekerde op (bepaalde) medisch-specialistische zorg 'geleverd door of namens de verzekeraar' (natura-stelsel), is in beginsel beperkt tot zorgaanbieders/instellingen met wie de verzekeraar een overeenkomst over deze zorg (inhoud, omvang, eventueel voorwaarden en beperkingen) en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten c.q. tot hulpverleners in dienst van de verzekeraar. Als de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een andere medisch specialist, heeft hij recht op een door zijn zorgverzekeraar te bepalen – veelal lagere – vergoeding (restitutie-stelsel) van de voor deze zorg gemaakte kosten (art. 13.1).
 - *Zie de art. 11, 12 en 13 van de Zorgverzekeringswet en p 102-110 van de Memorie van Toelichting, en het bij de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (Wet van 6-10-2005) toegevoegde lid van art. 14: De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg 'zoals medisch-specialisten die plegen te bieden', met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.*

Op grond van het bovenstaande wordt een toeslagpercentage van 10% op het honorariumdeel (ad € 119.843,05) geadviseerd. Dit resulteert in **€ 11.984,00**

4.3 Resumé norminkomen/honorariumcomponent

4.1	Honorariumdeel / AMS	€	119.843,08
4.2.1	Toeslag inconveniënten/diensten	€	7.765,83
4.2.2	Toeslag beroepsrisico/ondernemersrisico	€	11.984,00
	Totaal norminkomen/honorariumcomponent	€	139.592,91

5 Norminkomen/kostencomponent

5.1 Individuele beroepskosten

5.1.1 Verplichte premie Stichting pensioenfonds medische specialisten (SPMS) en aanvullende pensioenregeling

Verplichte premie SPMS

Binnen de AMS is de PGGM-regeling van toepassing; voor vrijgevestigde specialisten de verplichte SPMS-regeling. Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen beide regelingen. Het is redelijk dat in het uurtarief de extra kosten worden opgenomen die de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar moet maken ten opzichte van de specialist in dienstverband. Voor de vrijberoepsbeoefenaar geldt de SPMS-premie ad € 15.471; de dienstverbander betaalt het werknemersdeel (52%) van de PGGM-premie (€ 26.972) = € 14.025. De meerkosten voor de vrijgevestigde bedragen dus **€ 1.446** per jaar.

Aanvullende pensioenregeling

Hiervoor dient een bedrag gelijk aan het werkgeversdeel (48%) van de PGGM-premie per jaar (= **€ 12.947**), in het uurtarief te worden verdisconteerd.

5.1.2 Premie arbeidsongeschiktheidsverzekering

De vrijgevestigde medisch specialist moet – in tegenstelling tot de specialist in dienstverband – de financiële risico's van ziekte, vervanging bij ziekte en arbeidsongeschikt, zelf dragen. De premie voor een verzekering tegen deze risico's dient in het uurtarief te worden opgenomen, onder aftrek van het premiebedrag dat voor rekening van de specialist in loondienst blijft: € 1.028.

Van de verzekeraars komt alleen MOVIR in aanmerking. AXA niet in verband met het acceptatie- en uitkeringsbeleid en de onmogelijkheid het dragerschap van hepatitis B en MRSA te verzekeren, en Interpolis niet, want wel in opkomst maar vooralsnog een klein marktaandeel en geen mogelijkheid om het 2^e jaar 100% te verzekeren (conform de AMS-regeling).

Gekozen dient te worden voor een verzekering die voor het eerste jaar het actuele waarneemtarij van € 800,00 per gewerkte dag verzekert, en vervolgens € 125.000,00 op jaarbasis. De premie hiervoor is leeftijdsafhankelijk en varieert van € 8.955,98 op de leeftijd van 37 jaar tot € 22.654,91 voor het 64^e jaar.

De gemiddelde premie per jaar over de gehele beroepsperiode van de medisch specialist van 37 t/m 64 jaar, bedraagt (512.004,08 : 28 =) € 18.285,86.

Na aftrek van € 1.028 dient dus **€ 17.257,86** in het uurtarief te worden verwerkt.

5.2 Individuele praktijkgebonden kosten

5.2.1 Vervoerskosten

De vergoeding voor reiskosten ad € 0,28 per km (zie § 6.4.1, CAO voor Universitair medische centra, per 1-1-2006) betreffen woon-werkverkeer, reizen tijdens diensten en in verband met deelname aan landelijke vergaderingen en bijeenkomsten:

- Woon-werkverkeer: aantal werkdagen 205 (zie § 6.3.2), retour 25 km: 205 x 25 = 5.125 km.
- Reizen tijdens diensten (stel 1 per dienst, zie § 4.2.1-II): 120 x 25 = 3.000 km.
- Ledenvergaderingen van beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen, gemiddeld 7 per jaar, retour 160 km: 7 x 160 = 1.120 km.

Totaal: 9245 x € 0,28 = **€ 2.588,60**

5.2.2 Oriënteringskosten

- Vakliteratuur: per jaar 2 Nederlandse (à € 200,00) en 1 internationaal tijdschrift (à € 350,00), en 1 à 2 medische boeken (à € 400,00): € 1.150,00
- Bij- en nascholing: 3x in Nederland (à € 600,00) en 1x per 2 jaar internationaal congres (reis € 1.200, verblijf € 2.000,00 deelnemerskosten € 1.800,00 = € 5.000,00 gedeeld door 2): € 4.300,00
- Contributies: lidmaatschap medische staf (€ 550,00), beroepsvereniging (Orde, € 790,00), Nederlandse wetenschappelijke vereniging (€ 400,00) en 1 internationale (sub)wetenschappelijke vereniging (€ 200,00): € 1.940,00

Totaal: **€ 7.390,00**

5.2.3 Algemene kosten

Voor representatie, attenties voor medewerkers, werkkleding e.d. Conform de commissie Ginjaar en het CTG (geïndexeerd) te stellen op € 1.500,00.

5.2.4 Accountantskosten

De medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar is verplicht als vrije ondernemer een jaarverslag aan te leveren met daarin een balans, winst- en verliesrekening en toelichting. Aan de hand daarvan wordt zijn persoonlijke IB-aangifte samengesteld. Dit vereist de inschakeling van een accountant. Kosten gemiddeld **€ 3.000,00**.

5.2.5 Renteverlies uitstaande vorderingen

Voorheen werd eind van de maand gedeclareerd en kon worden gerekend op een betaling na ± 1,5 maand. Bij de invoering van de DBC's werd door het CTG een extra periode van 2,5 maand boven de 1,5 in achtgenomen. Gebleken is dat zelfs deze periode te kort is: tussen het moment van het begin van het medisch-specialistisch handelen, de beëindiging ervan (afsluiting van de DBC), de declaratie ervoor en de betaling, verstrijken meer maanden. De gemiddelde vertraging bedraagt nu ± 5 maanden. Bij een gemiddelde omzet van € 225.000,00 is, bij een vertraging van 4 maanden, het bedrag aan uitstaande vorderingen ± € 75.000,00. Bij een rentepercentage van 4 à 5% bedraagt het renteverlies: € 3.375,00. Dit renteverlies is een fiscaal nettoverlies, dus gebruteerd dient **€ 6.750,00** in het uurtarief te worden verwerkt.

5.2.6 Renteverlies goodwill

Betaling van goodwill bij toetreding tot een maatschap is voor medisch specialisten vrijeberoepsbeoefenaren een verplichte besteding, volgens de vigerende richtlijnen van de Orde te stellen op:

Bruto-omzet in laatste volle jaar

–

voor rekening van de maatschap komende personele lasten (arts-assistenten, ander personeel)

÷

aantal maatschapsleden na toetreding

–

bedrag van de gemiddelde jaarlijkse verplichte pensioenpremie

Bij uitbreiding van de maatschap betaalt de toetredende vennoot dit bedrag aan de zittende leden, bij vervanging/opvolging aan het lid van de maatschap wiens lidmaatschap eindigt. Er is geen garantie dat betaalde goodwill bij beëindiging van het lidmaatschap wordt terug ontvangen.

Door deze betaling van goodwill verkrijgt de toetredende vanaf de aanvang van zijn lidmaatschap van de maatschap een financieel en functioneel gelijkwaardige positie, mede in overeenstemming met het volledig up-to-date zijn van zijn kennis en kunde.

NB Toelatingsovereenkomst met ziekenhuis, aangepast 5-12-2000:

Art. 17.2 Praktijkoverdracht. Tenzij het tegendeel schriftelijk is vastgelegd, heeft de medisch specialist recht op goodwill ten aanzien van de uit hoofde van de onderhavige overeenkomst in het ziekenhuis verrichte werkzaamheden...

Investering van ± € 200.000,00 tegen 4 à 5%, te spreiden over 28 jaren: **€ 321,00** per jaar, als kosten te verwerken in het uurtarief.

5.2.7 Ziektekosten

De specialist in dienstverband heeft overeenkomstig de CAO recht op een tegemoetkoming in de premie voor een ziektekostenverzekering. Vanaf 1-1-2006 is de werkgever verplicht een deel van de premie te betalen: 6,5% van het brutoloon van de werknemer over maximaal € 30.015, dus € 1.951,00 belast met loonheffing. Dit bedrag ad **€ 1.951,00** wordt opgenomen in het kostendeel van het uurtarief.

5.2.7 Beroepsrechtsbijstandsverzekering

De verzekering tegen dit risico moet worden onderscheiden van de aansprakelijkheidsverzekering, en heeft betrekking op rechtsbijstand bij tuchtrechtelijke procedures, privaatrechtelijke claims en bij verschil in belang bij aansprakelijkheid tussen ziekenhuis en specialist. De premie hiervoor bedraagt ± **€ 400,00** en wordt als kostencomponent in het uurtarief verdisconteerd.

5.2.8 Aansprakelijkheidsverzekering

De ziekenhuizen hebben over het algemeen een aansprakelijkheidsverzekering met een dekking tot € 5.000.000,00 per jaar en met een maximum van € 1.000.000,00 per gebeurtenis, die alle werknemers en ook de in het

ziekenhuis werkzame vrijgevestigde beroepsbeoefenaren betreft. Een deel van de totale premie wordt doorberekend aan de (maatschappen van de) vrijgevestigde specialisten, al dan niet gedifferentieerd per specialisme. Het gemiddelde bedrag dat aan de individuele specialist in rekening wordt gebracht bedraagt ± € 1.250,00.

Daarnaast heeft iedere vrijgevestigde specialist nog een aanvullende beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor het geval de genoemde maximumbedragen worden overschreden. De premie hiervoor bedraagt gemiddeld ± € 100,00. Een kostenbedrag van **€ 1.350,00** dient dus in het uurtarief te worden verdisconteerd.

5.3 Praktijkgebonden maatschapkosten

5.3.1 Kosten secretariaat

Takenpakket secretaresse:

Verslaggeving en rapportage, administratie en registratie, telefoon (informatie aan patiënten, maken van afspraken), correspondentie, notuleren, e.d. Substantiële toeneming van werkzaamheden bij implementatie van DBC-systeem en bij invoering van de Zorgverzekeringswet. Daarom: 0,5 fte per medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar

De secretaresse is in dienst van de maatschap of heeft – geselecteerd door de maatschap – een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis, met functionele detachering bij en volledige doorberekening van de kosten aan de maatschap. Kosten: **€ 20.000,00**.

NB Zie rapport Deloitte&Touche van 26-6-2002, uitgebracht aan minister VWS: Voor medisch specialisten in loondienst van algemene, categorale en academische ziekenhuizen, zit in het budget per specialist een vergoeding voor 0,5 fte secretaresse.

5.3.2 Arts-assistenten in opleiding (aio's) en niet in opleiding (anio's)

Als binnen maatschappen arts-assistenten (al dan niet in opleiding) werkzaam zijn, hebben deze een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis, met volledige doorberekening van de kosten aan de maatschap, of ze zijn ook formeel in dienst van de maatschap.

Tegenover de bijdrage van deze arts-assistenten aan de 'productie' (waarvoor door de maatschap wordt gedeclareerd), staan de loonkosten en de aandacht en zorg die door de opleider (c.q. door leden van de maatschap) wordt besteed aan opleiding, instructie en toezicht. Daarom had tot op heden het hebben van arts-assistenten geen invloed op het vaststellen van tarieven en het in rekening brengen van honoraria. Uit onderzoek is gebleken dat de aan- of afwezigheid van arts-assistenten geen invloed heeft op de omzet.

Er is een Opleidingsfonds in wording, van waaruit onder bepaalde voorwaarden de financiering van op basis van capaciteit en behoefte berekende aantallen aio's zal gaan plaatsvinden.

Recent zijn in het Kaderbesluit Centraal College Medische Specialismen (CCMS, 9-2-2004) de eisen verzwaaard voor de opleiding van medisch specialisten en voor de erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen. Daardoor neemt de belasting van de (plaatsvervangend) opleider en van de in de Opleidingsgroep participerende specialisten fors toe. Opleiden gaat dus meer geld kosten. Dat zal dan consequenties moeten hebben voor de omvang van de financiering door het Opleidingsfonds.

5.3.3 Administratie en accountant

De administratie van/voor de maatschap bestaat uit:

- Een intern deel, betreffende kantoorkosten in verband met de te voeren financiële administratie die nodig is voor het opstellen van een jaarrapport en van een kwaliteitsjaarverslag, de accountantsverklaring in verband met de budgettering en de controle van/naar de ziekenhuisadministratie, et cetera. Meestal brengt het ziekenhuis aan de vrij gevestigde medisch specialist (c.q. maatschap) hiervoor administratiekosten in rekening ten bedrage van 1,25% van het budget (c.q. de omzet). Uitgaande van een gemiddeld budget per specialist van € 225.000,00 dus: € 2.813,00.
- Een externe deel, betreffende de opstelling van de jaarcijfers van de maatschap door een accountant. Diens kosten blijken onafhankelijk van de grootte van de maatschap of de hoogte van het budget, en bedragen gemiddeld € 3.500,00. Uitgaande van de (meest voorkomende) vier-mans maatschap is dat € 875,00 per lid.

In totaal dus **€ 3.688,00** in het uurtarief te verwerken.

5.3.4 Inningskosten

In het kader van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf worden de declaraties centraal geïnd door het ziekenhuis. Hiervoor rekent het ziekenhuis een percentage van 2% van het te declareren honorarium van de maatschap. Per lid dus 2% van € 225.000,00 = **€ 4.500,00**

5.4 Geïntegreerd kwaliteitsbeleid medisch specialisten

In het kader van het geïntegreerd kwaliteitsbeleid van de Orde en van de Wetenschappelijke Verenigingen zijn, met steun van VWS, een groot aantal initiatieven ontplooid betreffende de kwaliteit in ruime zin van het medisch specialistisch functioneren. In een bijlage bij een brief aan de secretaris van de commissie d.d. 8-8-2005 zijn deze uitgebreid uiteengezet, met in een Matrix de inhoudelijke en financiële consequenties voor de medisch specialist, de maatschap/vakgroep, de Wetenschappelijke Verenigingen en de Orde.

De kosten van projecten van de Orde en van de Wetenschappelijke Verenigingen ter bevordering en bewaking van de kwaliteit (in ruime zin) van de organisatie en de inhoud van de medisch-specialistische zorg, worden door de Orde berekend op in totaal ± 17.000.000 per jaar. Met VWS vindt overleg plaats over de wijze waarop de gelden voor deze kosten kunnen worden verkregen, beheerd en voor dit doel geoormerkt (stichting, fonds).

5.5 Resumé normkosten

5.3.1	Individuele beroepskosten	€ 31.650,86
5.3.2	Individuele praktijkgebonden kosten	€ 25.250,60
5.3.3	Praktijkgebonden maatschapkosten	€ 28.788,00
5.4	Geïntegreerd kwaliteitsbeleid medisch specialisten	PM
	Totaal normkosten	€ 85.689,46

6 Normatieve werkbelasting

6.1 Werkbelasting medisch specialist in algemeen ziekenhuis

Volgens de opdracht aan de commissie dient een vrij gevestigd medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen. Voor de berekening van de werkbelasting zijn in beginsel niet het aantal uren aanwezigheid en beschikbaarheid in het ziekenhuis relevant, maar het aantal uren dat wordt besteed aan werkzaamheden direct samenhangend met beroep, functie en praktijk. Dus zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden maar voor de functie en het functioneren als medisch specialist in een algemeen ziekenhuis essentiële werkzaamheden. Feitelijke gegevens en aannames over de onderscheiden werkzaamheden volgen in § 6.2.

Voor de berekening van het uurtarief van de medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar is het normatieve aantal patiëntgebonden uren per jaar bij een fulltime functie van belang. Immers, conform de taakopdracht, wordt het totale honorarium voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren omgeslagen over en gedeclareerd via de aan de onderscheiden medisch-specialistische prestaties (DBC's) gekoppelde patiëntgebonden (= declarabele) uren.

De totale werkbelasting van de medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis, uitgedrukt in het aantal uren aanwezigheid en beschikbaarheid, kan worden afgeleid uit de AMS. Zij bestaat uit $201,6 \times 9 = \mathbf{1.815 \text{ uren}}$ **per jaar**, berekend als volgt:

De reguliere werkweek bestaat uit 45 uur, 5 dagen van 9 uur, exclusief diensten.

Het aantal potentiële werkdagen in een jaar is $(365 \times 5/7) 260,7$; het gemiddelde aantal feitelijke werkdagen is 59,1 minder. De AMS voorziet namelijk in:

- 30 vakantiedagen
- 10 dagen bij- en nascholing en congres
- 5,9 feestdagen [2^e paasdag, 2^e pinksterdag, hemelvaartdag, 5/7,5 (koninginnedag, 1^e en 2^e kerstdag, nieuwjaar)]
- 2 brugdagen (goede vrijdag en dag na Hemelvaart)
- 7,6 ziektedagen [3% van $(365 - 104,4 \text{ za/zo} - 7,9 \text{ feest- en brugdagen})$]

- 3,6 verdisconteerde leeftijdsverlofdagen [volgens art. 4.2.8 AMS: van 55^e t/m 59^e jaar 8 per jaar en van 60^e t/m 64^e jr 12 per jaar = 100 dagen, gedeeld door 28 (gemiddeld aantal jaren beroepsuitoefening)]

NB-1 Het is in maatschappen van medisch specialisten gebruikelijk, dat bij de verdeling van de werkbelasting enigermate rekening wordt gehouden met de leeftijd van de oudere leden.

NB-2 De andere verloven als bepaald in de AMS, in de artt. 4.2.4 (Calamiteiten- of ander kort verzuimverlof en kraamverlof), 4.2.5 (Kortdurend en/of palliatief zorgverlof), 4.2.6 (Zwangerschaps- en bevallingsverlof, adoptie- of pleegverlof en aanvullend verlof) en 4.2.7 (Ouderschapsverlof en loopbaanonderbreking), worden buiten beschouwing gelaten.

Over het (gemiddelde) aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren van medisch specialisten in dienst van een algemeen ziekenhuis zijn onvoldoende gegevens beschikbaar. Wel is bekend dat de productiviteit van de medisch specialist in dienstverband achterblijft bij die van de vrijeberoepsbeoefenaar (zie § 6.2).

De AMS biedt dus wel een maat voor het aantal uren aanwezigheid en beschikbaarheid, maar niet voor de (normatieve) omvang van de onderscheiden werkzaamheden in de praktijk van de vrijgevestigde medisch specialist.

6.2 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren

Onderdeel van de opdracht is, dat de commissie kennis zal nemen van de beschikbaar gestelde achtergrondstukken en van eventuele aanvullende stukken, aangedragen door betrokken partijen, met name betreffende de werkelijk gewerkte uren. Belangrijk punt voor de commissie is, de hoeveelheid patiëntgebonden uren die bij het normatieve honorarium hoort.

Gegevens en aannames/schattingen over het (gemiddelde) aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren en hun getalsmatige verhouding, komen voor in rapporten, adviezen en (beleids)nota's. Deze leiden (uiteraard) niet tot een eensluidende uitkomst, daar deze aantallen per specialist /maatschap, per specialisme, per ziekenhuis en per jaar kunnen en zullen verschillen. Gezien echter de opdracht voor een onderbouwd normatief uurtarief dat geldt voor alle specialisten en specialismen, kunnen deze gegevens wel een indicatie geven voor een normatieve waardering.

1. Veelal wordt aangenomen dat het aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren zich bij de vrijgevestigde medisch specialisten verhouden als 80% - 20%. Een tijdsbestedingsonderzoek (TBO) zoals de Orde heeft gehouden, zou kunnen uitwijzen of deze verhouding correct is.
2. Als de verhouding 80-20 wordt toegepast op de 1.815 uren van de AMS, resulteren 1.452 patiëntgebonden en 363 niet-patiëntgebonden uren per jaar. Ook de Adviescommissie Uurtarief medisch specialisten (Commissie Ginjaar), ingesteld door het bestuur van de Orde, komt in haar rapport 'Transparantie in het uurtarief' (30-8-2001) uit op een verhouding 80% patiëntgebonden en 20% niet-patiëntgebonden uren. Zij gaat uit van de AMS-regeling van 45 uur per week, waarvan twee dagdelen van 4,5 uur worden gebruikt voor administratieve doeleinden en voor overlegsituaties en dergelijk.

NB De Commissie Ginjaar heeft geen leeftijdsverlofdagen verdisconteerd.

3. 'Artsen en arbeidstijdenwet', Eindrapport van Regioplan – onderzoek advies en informatie (april 2002), in opdracht van VWS en SZW, op basis van schriftelijke enquête onder 1.200 medisch specialisten. Respons 383 (32%), waarvan 209 in loondienst, 162 zelfstandig en 12 beide. Het gemiddeld aantal uren per week werkzaam volgens contract of afspraak, bedroeg bij specialisten in loondienst 41 uur en bij vrijgevestigde specialisten 51 uur. De vragen over het aantal gewerkte uren betroffen mede de daadwerkelijk gewerkte uren tijdens de aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten en de thuis gewerkte uren.

Procentuele verdeling van soorten taken, naar schatting:

Taken	In loondienst	Vrijgevestigd
a. Medische verrichtingen, inclusief contact met patiënten en familie	54%	69%
b. Managementtaken en overleg	15%	10%
c. Administratieve taken	13%	11%
d. Bestuurstaken	4%	4%
e. Opleiding	8%	5%
f. Overige	11%	4%
g. Gemiddelde duur pauzes per werkdag	26 min	32 min

NB Patiëntgebonden: a + b (afgerond) 69% 79%

4. CTG-rapport 'Onderbouwing van het (basis)uurtarief voor medisch specialisten' d.d. 17-7-2002. Als consequentie van zijn besluit (!) dat bij een primair inkomen volgens de AMS-regeling een behoorlijk aantal declarabele uren mag worden verwacht, wordt (1) het aantal declarabele uren per week gesteld op 43, (2) het aantal werkbare weken per jaar op 43, en dus (3) het aantal declarabele (= patiëntgebonden) uren per jaar op 1.849.

Van de AMS wordt afgeweken op grond van de redenering:

- (1) AMS-werkweek formeel 45 uur, maar per week wordt 3 uur langer gewerkt, die in loondienst niet worden vergoed, en per week bedraagt het aantal niet-declarabele uren 5.
- (2) Vergeleken met de AMS-regeling worden 6 vakantiedagen, 2 feestdagen en 2 nascholingsdagen minder en 1 ziektedag extra gerekend.
5. Deloitte & Touche [D&T] heeft 26-6-2002 het Eindrapport van het op verzoek van VWS uitgevoerde 'Onderzoek naar berekening van uurtarieven voor medisch specialisten in relatie tot macrokader' (uitgangspunt gegevens 2000) toegezonden aan de minister, en deze heeft het als VWS-rapport uitgebracht op 3-7-2002 en ter inzage gelegd voor direct betrokken partijen. Een verkorte weergave van de uitkomsten van dit externe onderzoek is opgenomen in de Bijlage (§ 2.3, p 4-6) bij de hierboven achter 4 bedoelde CTG-brief aan de minister VWS van 17-7-2002. Daarbij is aangetekend dat er nogal wat gegevens ontbreken en dat met de wel aanwezige gegevens en de nodige aannames een inschatting is gemaakt.
- Wat betreft het aantal productieve uren blijkt volgens Nivel uit onderzoeken in de periode 1996-1999, dat het percentage (direct) patiëntgebonden tijd per specialisme varieert van 63 tot 85%. Genoemd wordt ook het onderzoek van Regioplan (zie hierboven achter 3), dat uitkomt op een percentage tijdsbesteding aan medische verrichtingen van 54% voor loondienst en 69% voor vrijgevestigde specialisten. Zonder nadere toelichting gaat D&T voor haar berekeningen voor medisch specialisten in loondienst uit van een productiviteit van 65-75% en voor vrijgevestigden van 75-85%.
 - Wat betreft het aantal werkzame weken worden 46 niet-werkzame dagen per jaar afgetrokken van de 261 (24 vakantiedagen, 7 bijscholingsdagen, 6 feestdagen, 7 ziektedagen en 2 dagen bijzonder verlof). Dit resulteert in 43 werkzame weken. In het rapport is gewerkt met bandbreedtes en met 41,6 à 43,6 weken per jaar voor vrijgevestigden, en voor in loondienst werkzame specialisten 42 weken in algemene en 41 weken in academische ziekenhuizen. De Orde, de

NVZ en de VAZ hebben laten weten dat deze onderbouwing niet aansluit bij hun ideeën over de praktijk.

- Uiteindelijk is D&T voor de berekening van uurtarieven (inclusief beroeps- en praktijkkosten en inclusief een vergoeding voor inconveniënten van 10%) uitgegaan van uit onderzoeken (?) gebleken gegevens van een feitelijk gemiddelde werkweek van 53 uur voor vrijgevestigden en 51 uur voor loondienst en voor de productiviteit van twee aannames: 85% en 75% van de gewerkte uren.
6. Deloitte & Touche heeft in opdracht van de Orde, een budgettair neutraal uurtarief te berekenen voor vrijgevestigde medisch specialisten, uitgaande van het macrokader 2003, de 'Rapportage berekening uurtarief medisch specialisten' uitgebracht (13-11-2003). Via een enquête (expertschatting door de Wetenschappelijke Verenigingen) is het totale aantal uren dat per fte vrijgevestigde medisch specialist wordt besteed aan patiëntgebonden werkzaamheden geïnventariseerd.
- Wat het aantal werkbare weken betreft is D&T, conform het rapport Ginjaar, uitgegaan van 41. Het aantal patiëntgebonden uren per week – bij de schatting zijn ook die tijdens diensten meegeteld – blijkt gemiddeld 44,11 te zijn (bandbreedte plus/ min 2,5%). Op jaarbasis gaat het dus om 1.808 uren
7. Het KPMG Gezondheidszorg rapport 'Uurtarief vrijgevestigde medisch specialisten' (2004) bevat de resultaten van een in opdracht van CTG/ZAio verricht onderzoek naar de beschikbare gegevens over o.a. het aantal patiëntgebonden uren per week en het aantal werkbare weken per jaar. In dat kader heeft KPMG het rapport 'De rondrekening in Integrale Vorm' (januari 2004) van de Projectgroep Rondrekening gezien.
- NB In het tijdsbestedingsonderzoek worden specialisme-specifieke activiteitenlijsten gebruikt. Daarin worden de volgende categorieën werkzaamheden onderscheiden (en geregistreerd): a. direct patiëntgebonden werkzaamheden, b. indirect patiëntgebonden werkzaamheden (waaronder wachttijd/frictietijd gerelateerd aan direct patiëntgebonden tijd), c. niet-patiëntgebonden werkzaamheden (waaronder persoonlijke verzorging tijdens werktijd) en d. niet werkzaam/geen dienst.
- Geconstateerd wordt dat het aantal patiëntgebonden uren per specialisme sterk varieert: van 1.100 uren per jaar voor radiotherapie tot 2.034 uren voor radiologie. Het gewogen gemiddelde aantal patiëntgebonden uren per specialist/kop bedraagt 1.635.

- Er wordt uitgegaan van een normatief aantal van 44 werkzame (gedeeltelijk improductieve) weken per jaar, en in het geschatte aantal werkzame dagen per week zijn incidentele (= korter dan 1 week) vakanties, congressen en ziektes verdisconteerd. Het aantal weken is gebaseerd op een opwaartse bijstelling van het berekende aantal in het rapport Ginjaar. In dit rapport wordt een aantal van 41 berekend, waarbij wordt verondersteld dat deze weken een volledige productiviteit kennen
 - De berekening van het aantal patiëntgebonden uren per arts per jaar houdt rekening met doordeweekse dagen en weekenddagen. Kennelijk zijn dus de werkzaamheden tijdens diensten meegeteld.
 - Verder: er is geen onderscheid gemaakt tussen vrije vestiging en dienstverband.
8. ING-Medinet heeft in opdracht van Movir de ‘Themastudie De Medisch Specialist’ (augustus 2004) uitgevoerd.
- De leeftijd bij afronding van de specialisatie (studiejaar 2001/2002) blijkt 37,2 jaar te zijn (M 37,8/V 36,2). Bijna 2/3 is werkzaam in het vrije beroep (in 2001 8.500 van de 13.300 praktiserende specialisten). Van de 15.334 in 2002 als medisch specialist geregistreerden (MSRC en BIG-register) waren er 13.600 daadwerkelijk als zodanig werkzaam. Het aantal geregistreerden neemt toe (2004: 16.077, waarvan ongeveer een kwart vrouw).
 - Agio's willen minder werken (naar een fulltime werkweek van 44 uur), willen meer parttime werken (68%; van de vrouwen 86%) en kiezen meer voor dienstverband (M 29%/V 47%). De huidige vrijeberoepsbeoefenaren kiezen (vooralsnog) voor de status quo (ViaMedica 2003, Nivel 2003).
 - De studie verschaft geen informatie over het (relatieve) aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren.
9. In 2005 publiceerde de Orde het rapport ‘Medisch specialist in perspectief’, een visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg. In bijlage 2 staat de ‘*Samenvatting van een vragenlijstonderzoek*’ van Karen Kruijthof (1-8-2003), uitgevoerd in het kader van een promotieonderzoek. Uit de antwoorden van 721 medisch specialisten in algemene ziekenhuizen (vrij beroep en dienstverband) en 798 in academische ziekenhuizen (dienstverband) blijkt:
- dat de specialisten in algemene ziekenhuizen gemiddeld 45 uur per week in het ziekenhuis aanwezig zijn en gemiddeld 80% van hun tijd in het ziekenhuis besteden aan directe patiëntenzorg en zorggerelateerde activiteiten; voor de specialisten in academische ziekenhuizen geldt:

gemiddeld 47 uur per week in ziekenhuis aanwezig en 60% van tijd besteed aan zorg;

- dat in algemene ziekenhuizen de vrijeberoepsbeoefenaren vaker dan de dienstverbanders fulltime werkzaam zijn en dan ook meer uren per week in het ziekenhuis aanwezig zijn, meer tijd besteden aan directe patiëntenzorg en minder aan andere activiteiten, en vaker deelnemen aan stafbestuur en stafcommissies;
- dat van alle responderende specialisten tezamen, de verhouding fulltime-parttime voor mannen 80:20 is en voor vrouwen 30:70, en dat de mannen gemiddeld 47 uur per week in het ziekenhuis aanwezig zijn en de vrouwen 38 uur.

10. Het proefschrift ‘Doctor’s Orders/Specialists’ day to day work and their jurisdictional claims in dutch hospitals’ van Karen Kruijthof (10-6-2005), gaat o.a. over de door 681 medisch specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen gegeven antwoorden op een vragenlijst.
- 73% blijkt fulltime werkzaam en is gemiddeld 50 uur per week in het ziekenhuis aanwezig; 27% werkt parttime (20% van de mannen en 68% van de vrouwen) en is gemiddeld 33 uur aanwezig. Van de respondenten van 40 jaar of jonger (40% van hen is vrouw) werkt 44% parttime.
 - De vraag naar een grove schatting van de werkverdeling over vijf onderwerpen levert de volgende gegevens op:

Taken	Totaal	Loondienst	Zelfstandig
a. Directe patiëntenzorg, bijv. kliniek, dagbehandeling, polikliniek, OK	64,7%	58,7%	67,2%
b. Activiteiten die uit directe patiëntenzorg voortkomen bijv. brieven, patiëntenbesprekingen, overdracht.	14,1%	15,5%	13,2%
c. Opleiding en onderwijs, bijv. aan agio/agnio, co-assistent, onderwijsbijeenkomsten	5,7%	7,2%	5%
d. Onderzoek, bij- en nascholing, bijv. bijhouden van literatuur, bij- en nascholing, uitvoeren/begeleiden research.	6,1%	6,8%	5,8%
e. Organisatorische activiteiten, bijv. vergaderen, commissiewerk, rooster maken, management.	9,4%	11,8%	8,7%
NB Patiëntgebonden: a + b (afgerond)	78,8%	74,2%	80,4%

Conclusies

Op grond van de hierboven weergegeven samenvattingen van beschikbare stukken kan worden geconcludeerd:

1. De fulltime in een algemeen ziekenhuis werkzame medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar is per reguliere werkweek \pm 50 uur in het ziekenhuis aanwezig en beschikbaar [2,3,9,10],
De specialist in dienstverband in het algemeen minder [3].
2. De tijd (naar schatting) die door de vrijeberoepsbeoefenaar, werkzaam in een algemeen ziekenhuis, procentueel wordt besteed aan patiëntgebonden activiteiten varieert van 63 tot 80,4% [2,3,5,9,10], met een grote spreiding tussen de specialismen.
Voor de specialisten in dienstverband geldt een percentage van 54 tot 74,2.
3. Bij de aannames en schattingen van het aantal declarabele uren per week per vrijeberoepsbeoefenaar, zijn vaak de gewerkte uren tijdens diensten en soms ook die thuis, meegeteld [3,6,7]
4. Aan de improductieve tijd (pauzes, werkonderbrekingen) die gemiddeld per werkbare dag in het ziekenhuis wordt doorgebracht en de omvang ervan (\pm 30 minuten per werkdag), wordt slechts in enkele studies/stukken aandacht besteed [3,5,7].
5. Het gestelde in diverse stukken, wat betreft het aantal declarabele uren per reguliere week en het aantal werkbare weken per jaar, is in strijd met 'de AMS-regeling is uitgangspunt' [4,5,6].
6. Wat betreft de (gemiddelde) werkbelasting zijn er niet alleen verschillen tussen de vrije beroepsbeoefenaren en de dienstverbanders, maar ook tussen mannen en (vaker parttime) vrouwen. Niet altijd worden deze gegevens in de stukken vermeld.
7. De werkzaamheden en activiteiten in het ziekenhuis in het kader van de medische staf en ten behoeve van het ziekenhuis (besprekingen, commissies), en ten behoeve van opleiding en onderwijs, worden vaak niet genoemd c.q. niet tot de categorie 'direct samenhangend met beroep/functie en praktijk' gerekend [3,10].
8. De activiteiten in het ziekenhuis, gericht op het up-to-date blijven (zoals: literatuurstudie, refereerbijeenkomsten, klinische demonstraties) worden geacht direct samen te hangen met het professional zijn, en komen dus niet voor een honorering via het uurtarief in aanmerking [10].
9. Uit bovenstaande stukken kan worden afgeleid, dat van de 42,5 uur (45u min 2,5u improductieve tijd) per reguliere week die voor werkzaamheden direct samenhangend met beroep, functie en praktijk beschikbaar zijn, door de medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar \pm 80% wordt benut voor direct en indirect patiëntgebonden werkzaamheden.

6.3 Normatieve werkbelasting medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar

6.3.1 Informatie en standpunt Orde van Medisch Specialisten

In antwoord op een vraag van de secretaris van de Commissie Uurtarief bij brief van 29-6-2005, naar informatie over de verhouding patiëntgebonden/niet patiëntgebonden werkzaamheden, reageert de voorzitter van de Orde bij schrijven d.d. 8-8-2005, dat het in het bestek van de werkzaamheden van de commissie past, hiervoor een normatieve verhouding aan te geven. De door de secretaris gereleveerde rapporten appelleren niet aan een normatieve situatie maar aan gemiddelden, waarbij diensten vaak zijn geïnccludeerd.

Naar de mening van de Orde is het realistisch te stellen dat in een fulltime situatie per reguliere werkweek, conform de AMS-regeling, 45 uur beschikbaar zijn voor werkzaamheden in het ziekenhuis verbandhoudend met beroep en praktijk, waarvan 35 à 36 uur voor patiëntgebonden en 9 à 10 uur voor niet-patiëntgebonden maar voor de vervulling van de functie van medisch specialist essentiële werkzaamheden.

Opgemerkt wordt dat de niet-patiëntgebonden werkzaamheden almaar toenemen. Ter illustratie is in een bijlage het grote aantal commissies, werkgroepen en besprekingen genoemd waarin medisch specialisten van een algemeen ziekenhuis (moeten) participeren c.q. waaraan ze moeten deelnemen.

Verder wordt mede gedeeld dat het aantal vrouwelijke specialisten steeds meer toeneemt en dat een groot aantal van hen opteert voor een parttime functie.

6.3.2 Normpraktijk medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar

Voor de berekening en onderbouwing van het normatief uurtarief medisch specialisten – van met name het honorariumdeel en de aard en omvang van de daarbij behorende werkbelasting – wordt niet uitgegaan van een gemiddelde specialist of van een bepaald specialisme, maar van een ‘rekenmodel-specialist’ met een normpraktijk:

Een medisch specialist die van zijn 37^e tot 65^e jaar als vrije beroepsbeoefenaar in maatschapverband werkzaam is in een middelgroot algemeen ziekenhuis en gedurende een werkweek (exclusief diensten) van ± 50 uur aanwezigheid, zijn beroep uitoefent naar de stand van de wetenschap en de eisen van de tijd.

Per reguliere werkweek (exclusief diensten) bestaan zijn vaste werkzaamheden (1+2) uit:

I. *Direct samenhangend met beroep/functie en praktijk: 45 uur*

- A. Patiëntgebonden werkzaamheden: **35 uur** (7 uur per reguliere werkdag) bestaande uit:
 - 1. direct patiëntgebonden, aan een individuele patiënt toerekenbare werkzaamheden: Polikliniek, kliniek, eerste hulp, functieafdeling/diagnostiek, behandeling, begeleiding en follow-up/registratie/administratie/overleg met huisarts en met andere bij de behandeling van de patiënt betrokken of te betrekken artsen en/of disciplines/verslaglegging en rapportage;
 - 2. indirect patiëntgebonden werkzaamheden, in het DBC-systeem aan individuele patiënten toegerekend naar rato van de direct patiëntgebonden tijd: Patiënten- en teambesprekingen/radiologie-, oncologie-, pa- en obductiebesprekingen/werkbesprekingen binnen de afdeling/op de zorg betrekking hebbende kwaliteitsprojecten
- B. Niet patiëntgebonden werkzaamheden en werkonderbrekingen: **10 uur** (2 uur per reguliere werkdag)
Management, beheer en organisatie/instructie medewerkers/overleg binnen maatschap en met andere specialismen, afdelingen en diensten/registratie en administratie/algemene kwaliteitsprojecten/opstellen/implementeren van protocollen, richtlijnen en aanbevelingen/bibliotheek.
Werkonderbrekingen: 30 minuten per reguliere werkdag.

II. *Samenhangend met het werkzaam zijn in een ziekenhuis en met de inhoud van de contractuele relatie met de instelling: 5 uur*

- A. Activiteiten in het kader van de Medische Staf
Stafvergaderingen/bijeenkomsten in verband met intercollegiale toetsing/klinische demonstraties en algemene patiëntenbesprekingen/participatie in commissies
- B. Verplichtingen voortvloeiend uit de contractuele relatie
Vastgelegd in de ModeltoelatingsOvereenkomst en het Document Medische Staf.
- C. Wachten en intern transport/telefoon/lunchvergadering/pauzes

Verder:

III. *Samenhangend met medisch specialist zijn (in ziekenhuis, thuis en elders): ± 5 uur*

- A. Bijhouden en vermeerderen van kennis en kunde
Literatuurstudie, refereerbijeenkomsten;
Bijhouden van wet- en regelgeving en bijdragen aan zelfregulering;
Symposia en congressen;
Intra- en interdisciplinaire klinische demonstraties e.d.
- B. Specifieke op bij- en nascholing gerichte cursussen
(hiervoor structureel 2 weken = 10 werkdagen per jaar)

IV. *Variabele werkzaamheden (per specialist en in de loop van de beroepsperiode verschillend):*

- A. Werkzaamheden ten behoeve van ziekenhuis en staf
Stafbestuur;
Ziekenhuis- en stafcommissies;
Opleiding verpleegkundigen en paramedisch personeel;
Voordrachten, klinische demonstraties, e.d..
- B. Werkzaamheden ten behoeve van opleiding en onderwijs
(aanstaande) Artsen;
Begeleiding co-assistenten;

Deelnemen aan opleidingsgroepen, cursorisch onderwijs aan assistenten;
Plaatselijke en regionale wetenschappelijke bijeenkomsten.

C. Werkzaamheden tbv wetenschappelijke en maatschappelijke verenigingen
KNMG;
Orde van medisch specialisten;
Wetenschappelijke verenigingen.

D. Wetenschappelijk werk
Zelfstandig onderzoek en participatie in research;
Voordrachten en publicaties.

Aantal werkdagen/werkweken per jaar in normpraktijk

365 dagen - 104,3 za/zo - 5,9 feestdagen - 2 brugdagen (vr na hemelvaartdag en goede vrijdag) - 30 vakantiedagen - 10 dagen bij- en nascholing - 7,6 ziektedagen [3% van (365 - 104 za/zo - 8 feest- en brugdagen)] = 205,2 werkdagen = 41 werkweken.

Aantal voor patiëntgebonden werkzaamheden beschikbare, en dus declareerbare, uren per jaar in normpraktijk

41 x 35 = 205 x 7 = **1.435 uren** per jaar.

Verbouding van omvang patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkzaamheden

Per reguliere werkdag/per reguliere werkweek/per jaar: 35u ÷ 7,5u = 82% ÷ 18%

Echter, consequentie van opdracht:

‘voor de honorariumcomponent en de werkbelasting is de AMS uitgangspunt, zodat een vrijgevestigde medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen’:

Het aantal feitelijke werkdagen per jaar van een ‘AMS-specialist’ is **201,6**, in verband met de (verdisconteerde) leeftijdsverlofdagen, en het aantal uren aanwezigheid en beschikbaarheid per jaar is **1.815**. (zie § 6.1)

6.4 Werkbelasting en salaris / inkomen van medisch specialist in academisch ziekenhuis en in de EU

6.4.1 Medisch specialist in academisch ziekenhuis

CAO Academische ziekenhuizen/CAO voor Universitair medische centra;

Bepalingen voor academisch medisch specialisten, 1-3-2004 – 1-6-2005

- Arbeidsduur: rooster 40 uur per week, maximale uitloop 48 uur per week
- Leeftijd \geq 60 jaar: aantal uren per dag met 0,5 uur, dus per week met 2,5 uur verminderd
- Vakantiedagen, bijzondere verlofdagen en dagen studieverlof: 40 uren per jaar
- Maandsalaris € 8.733,00 + 3,5% eindejaarsuitkering december 2005, per februari 2005 eenmalige uitkering van € 400,00 bruto, per 1-9-2005 salarisverhoging van 0,55%.

Totaal per jaar: 12 x maandsalaris + 10% onregelmatige diensten + 8% vakantietoeslag + eindejaarsuitkering + toeslag gepromoveerden per 1-7-2006: 8% van salaris

Nieuwe CAO UMC's, 1-6-2005 – 1-6-2007: salarisverhoging per 1-4-2006 met 1,5% en per 1-1-2007 met 0,7%. Eindejaarsuitkering in december 2005 verhoogd met 0,75% tot 4,25%. Vanaf 1-1-2006 levensloopregeling, werkgever draagt 1,05% van het salaris bij. Vanaf 1-6-2007 is maximaal 1,75% van de loonsom beschikbaar voor seniorenbeleid. Per 1-1-2006 vergoeding voor dienstreizen verhoogd naar € 0,28 per km.

6.4.2 Medisch specialist in de landen van de EU

1 Nivel en OECD Health Data 2001

	Gemiddelde EU	Nederland
Totale uitgaven aan gezondheidszorg (% BBP)	8,5	8,9
% Publieke uitgaven aan gezondheidszorg	73,9	63,3
Totale uitgaven aan curatieve en revalidatiezorg	34,7	35,1
Aantal actieve artsen per 1000 inwoners	3,3	3,3
Totale uitgaven aan artsenzorg	14,1	8,3
- Finland 24		
- Denemarken 15,4		
- Frankrijk 12,4		
- Duitsland 10,2		
Aantal werkende artsen per 1000 inwoners	30,7	28,00

Aantal werkende medisch specialisten per 1000 inwoners	0,9	0,5
Aantal contacten met artsen per land	5,5	5,8
Aantal actieve medische specialisten per 1000 inwoners	1,9	0,8
- Portugal 2,3		
- Duitsland 2,2		
- Denemarken 2,2		
- Oostenrijk 1,9		
- Frankrijk 1,7		
- Engeland 1,6		
- Finland 1,4		

2 Inkomens medisch specialisten en huisartsen in Europa, ambtelijke VWS-notitie, november 2004

Gemiddelde bruto jaarinkomens medisch specialisten (2002, in €, gecorrigeerd voor prijsniveau ten opzichte van EU-gemiddelde), werklast en aantal specialisten per 1000 inwoners

	Hoogst	Laagst	Uren per wk/jr	Spec/1000
België	157.000	?	??	1,8
Denemarken	68.000	33.000	60% > 38u/?	2,2
Duitsland (west)	169.000	53.000	2.427-2.762	2,3
Engeland	206.000	116.000	73/3.358	1,5
Finland	62.000	51.000	48/2179	1,5
Frankrijk	96.000	?	46-57/?	1,7
Italië	?	?	??	?
Nederland	224.000	110.000	40-55/1880-2442	'01: 1,0
Oostenrijk	99.000	59.000	65-70/3.105	1,9
Portugal	89.000	49.000	35-42/1700-1982	'01: 2,3
Spanje	71.000	47.000	??	'88: 1,8
Zweden	62.000	?	40/1.840	'00: 2,2

3 OECD Health Data 2005, gegevens over 2003

	Gemiddelde EU	Nederland
Totale uitgaven aan gezondheidszorg (%BBP)	8,6	9,8
% Publieke uitgaven aan gezondheidszorg	72,1	62,4
Totale uitgaven gezondheidszorg per capita	\$ 2.307	\$ 2.976
Aantal geregistreerde/actieve artsen per 1000 inwoners	act 2,9	ger 3,1
Levensverwachting bij geboorte	77,8 j	78,6 j
Infant mortality rate, per 1000 inwoners	6,1	4,8

4 OECD Health Data 2005, gegevens over 2002/2004

Gemiddeld jaarinkomen per medisch specialist, exclusief praktijk kosten

	Salaried	Self-employed
Nederland, gegevens over 40 resp. 60%	2003: \$ 135.843	2003: \$ 262.247
België	?	2003: \$ 146.226
Denemarken	2003: \$ 113.579	?
Duitsland	2004: \$ 88.590	?
Engeland	2002: \$ 124.925	?
Finland	2003: \$ 81.798	?
Frankrijk	?	2001: \$ 101.959
Italië	?	?
Noorwegen	2004: \$ 104.119	?
Portugal	2004: \$ 56.069	?
Zweden	2002: \$ 68.275	?
Zwitserland	?	2001: \$ 129.977

Bron gegevens Nederland: 'salaried': AMS en gegevens van NFU; 'self-employed': D&T 2003 (zie § 6.2 onder 6) en CTG + Ginjaar.

7 Inkomens, (uur)tarieven en werkbelasting van ziekenhuisdirecteuren, advocaten, rechters en andere professionals

7.1 Ziekenhuisdirecteuren

7.1.1 Advies van de Commissie contractuele relatie, rechtspositie, arbeidsvoorwaarden en honorering van directeuren van zorginstellingen, van de Nederlandse vereniging van toezichthouders in zorginstellingen (NVTZ), 2003

Middelgroot algemeen ziekenhuis (cluster 4), exploitatieomvang 75 tot 150 mln, percentage op CAO-max (= € 110.000,00 – € 120.000,00):

- a. Model functiecontract, p 48-53 en 65, percentage boven op CAO-max: > 90%
- b. Model arbeidsovereenkomst, p 54-60, percentage boven op CAO-max: 60%

7.1.2 Vijftig best betaalde ziekenhuisdirecteuren (2003)/ Volkskrant 3-7-2004

Het inkomen van een ziekenhuisdirecteur is vooral gebaseerd op de omvang van budget/omzet en het aantal werknemers. De eigen adviesregeling van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren (NVZD) is afgeleid van een door het salarisbureau Hay ontwikkeld systeem; daarbij weegt omzet/budget voor 50%, het aantal werknemers omgerekend naar fulltimers voor 30% en de complexiteit van de zorg voor 20% mee.

- Academische ziekenhuizen

Hoogste: omzet € 324,1 mln, fte werknemers 3.724, bezoldiging € 374.000,00, inclusief pensioenstorting van € 191.000,00.

Laagste: omzet € 598,4 mln, fte werknemers € 6.689,00, bezoldiging € 222.399,00.

- Algemene ziekenhuizen

Hoogste niet-interim: omzet € 72,6 mln, fte werknemers 946, bezoldiging € 400.000, inclusief gouden handdruk van € 170.000, + auto.

Laagste: omzet 103,1 mln, fte werknemers 1.319, bezoldiging € 221.202,00 + auto.

7.2 Advocaten

Informatie vanuit Orde van Advocaten, kengetallen 2001-2002, bron EIM, KVR

2000

Omzet per advocaat (fee-earner/compagnon)	€ 161.000,00	(€ 134/u)
Bedrijfskosten in % van totale omzet		64,2%
Huisvestingskosten per fee-earner	€ 10.746,00	
Automatiseringskosten per kantoor	€ 42.837,00	
Declarabele uren per advocaat compagnon		1200
Declarabele uren per advocaat-medewerker		1.179
Declarabele uren per jurist-stagiair		950
Aantal non-fee-earners per fee-earner		0,8

2002

Inkomens van compagnon, na aftrek van kosten	
- bureau van 8-10 advocaten:	€ 125.000,00
- bureau van 10-20 advocaten	€ 160.000,00
- bureau van 20-40 advocaten	€ 245.000,00

Het declaratietarief van de Orde van Advocaten is/was gebaseerd op:

1. het inkomen van een vergelijkbaar beroep: aanvankelijk van een rechter bij een rechtbank (niet van de grote steden);
2. de aankleding van dit inkomen: 'werkgeverslasten' (premie arbeidsongeschiktheid, pensioenpremie, VUT-premie) en beroepsrisico (gesteld op 10%);
3. het kostenpercentage: aanvankelijk gesteld op 40%, van 1991-2000 oplopend van 56,3 naar 64,2%;
4. voor de berekening van het declaratietarief wordt uitgegaan van 1200 declarabele uren op jaarbasis (50 weken van 40u = 2000 uren/60% daarvan is declarabel), volgens de kengetallen van 1991 tot 2000 klopt dat.

NB Het declaratietarief is afgeschaft, maar de daarbij gehanteerde systematiek wordt nog gebruikt voor de tarieven die curatoren in rekening mogen brengen, en deze tarieven worden nog steeds door veel advocaten als richtlijn gehanteerd.

2004

De uurtarieven variëren tussen € 150,00 en € 300,00

7.3 Curatoren

Het salaris en het uurtarief van de curator, kantoorgenoten en medewerkers, worden door de rechtbank, geheel ten name van de curator, vastgesteld.

Het uurtarief van curator en kantoorgenoot-advocaat is het product van het basisuurtarief, de ervaringsfactor en de boedelfactor:

1. Basisuurtarief wordt jaarlijks vastgesteld; bedraagt in 2004 € 170,00; in dit tarief zijn de algemene kosten van de praktijk (kantoor en kantoororganisatie, secretaresse en overig personeel) begrepen.
2. Ervaringsfactor van curator en van kantoorgenoot-advocaat betreft het aantal praktijkjaren vanaf eerste beëdiging:

< 4 jaar:	factor 0,6 ≥
4 tot < 8 jaar:	factor 0,8 ≥
8 tot > 12 jaar:	factor 1,0 ≥
12 jaar:	factor 1,3.
3. Boedelfactor:

actief < € 25.000:	factor 1,0
actief € 25.000 tot < € 50.000:	factor 1,1
actief € 50.000:	factor 1,2

Gespecificeerde verschotten – zoals reis- en verblijfkosten, kosten van deskundigen, taxatie- en veilingkosten – kunnen in rekening worden gebracht. De kosten voor niet gespecificeerde verschotten – zoals telefoonkosten, portokosten en kopieerkosten – worden gesteld op 4% van het salaris van de curator.

7.4 Advocaten en rechters

7.4.1 Enquête advocatuur en rechter, Nederlands Juristenblad [NJB] 24-5-2002

	advocaten		rechters	
	m	v	m	v
Omvang van werkweek in uren				
Nominale omvang van functie	40,4	37,1	36,4	31,5
Feitelijk, gemiddelde/week	49,5	44,6	46,9	31,5
Activiteiten per week, in %				
Praktijkuitoefening	76,9	80,4	69,7	71,4
				werken aan dossiers

Bestuur/management	7,5	3,5
Opleiding	4,8	3,4
Kantoor/sectieoverleg	6,0	6,3
Studie/overig	4,6	5,1

7.4.2 Aantallen rechters en hun salarissen (in €) in de EU, NJB 6-5-2005

	aantal per 20.000	landelijk gemiddelde salaris	bij start als rechter	in hoogste rechtscollege
Denemarken	1,4	?	77.252	114.198
Duitsland	5,1	25.500	35.542	82.787
Engeland + Wales	0,8	36.166	167.672	265.960
Finland	3,4	28.800	48.000	99.000
Frankrijk	2,1	21.000	23.793	65.470
Ierland	0,6	26.405	108.092	188.389
Italië	2,3	?	33.352	108.885
Nederland	2,3	37.300	61.275	108.890
Noorwegen	2,9	42.039	81.083	114.753
Polen	4,1	6.631	12.563	22.100
Portugal	3,0	8.005	32.272	77.583
UK Schotland	0,9	36.166	218.664	247.180
Spanje	2,0	17.104	42.850	111.836
Zweden	3,8	22.282	53.278	88.796
Zwitserland	2,6	51.480	100.00	200.000

7.4.3 Elsevier/Berenschot, 4-6-2005, bruto jaarsalaris in 2004

President Hoge Raad	€ 125.500,00
President Gerechtshof	€ 110.500,00
Kantonrechter grote steden	€ 88.500,00

7.5 Andere professionals met een min of meer vergelijkbaar functie- en/of opleidingsniveau

7.5.1 Senior consultant (2005)

Mw X, voor y maanden ingehuurd door Staatssecretaris z als communicatieadviseur, bracht in rekening en werd gehonoreerd als een gewone senior consultant à € 225,00 per uur (Volkskrant 26-2-2005).

NB In het KPMG-rapport voor het CTG van oktober 2001: *'Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren, Deel 1: Salaris'*, wordt voor de medisch specialist als vergelijkingsfunctie in het bedrijfsleven (bank- en verzekeringswezen en accountant- en consultantsector) met een vergelijkbaar inkomensniveau de Senior Consultant genoemd (p 8 en 10).

7.5.2 Accountant

In het eindrapport van SIRA Consulting en Cap Gemini Ernst & Young van 12-12-2002:

'Effectmeting administratieve lasten/Onderzoek naar de aanvullende administratieve lasten van het ontwerpbesluit NOx-emissiehandel', wordt als uurtarief voor de in te schakelen accountant € 150,00 en voor (andere) extern deskundigen € 125,00 opgenomen.

7.5.3 Reclame- en mediabureaus (2002)/Associatie Nederlandse Adverteerders

Uurtarieven van 44 Reclamebureaus, 35 verschillende functiebenamingen, gemiddelde tarieven van de 8 hoogste, met een directiefunctie, met variatiebreedte:

nr 1	managingdirector:	€ 222,00 (€ 110,00 – € 295,00)
nr 8	research director:	€ 164,00 (€ 100,00 – € 225,00)

Uurtarieven van 11 Mediabureaus, 23 verschillende functiebenamingen, gemiddelde tarieven van de 6 hoogste, met een directiefunctie, met variatiebreedte:

nr 1	conceptmanager	€ 183,00 (€ 172,00 – € 205,00)
nr 2	managingdirector	€ 177,00 (€ 125,00 – € 204,00)
nr 6	accountmanager	€ 152,00 (€ 91,00 – € 190,00)

8 Het normatieve uurtarief van de medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar

8.1 Onderbouwing

Conform de taakopdracht als weergegeven in § 2.2 en het door mij gestelde in hoofdstuk 1 (inleiding en motivering) en § 2.4 (verantwoording en taakopvatting,.) zijn voor de onderbouwing van het normatieve uurtarief relevant:

- Het aantal patiëntgebonden (= declarabele) uren per jaar van de medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar met een *fulltime functie en praktijk* in een algemeen ziekenhuis.
- Het norminkomen wat betreft de honorariumcomponent, met de AMS-regeling als uitgangspunt.
- Voor de vaststelling van de kostencomponent: de reële en realistische uitgaven samenhangend met de functie en het functioneren als medisch specialist in een algemeen ziekenhuis.
- De werkbelasting van de medisch specialist in dienstverband, uitgedrukt in het aantal reguliere werkdagen en het aantal uren per jaar.

1

Het aantal feitelijke werkdagen per jaar van een AMS-specialist (met verdiscontering van de leeftijdsverlofdagen) is 201,6 (zie § 6.1). Het aantal uren aanwezigheid en beschikbaarheid per jaar is dus $(201,6 \times 9 =) 1.815$.

NB Gezien de opdracht: 'bij een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium', zouden deze aantallen ook voor de medisch specialist vrijeberoepsbeoefenaar moeten gelden (zie laatste alinea van § 6.3).

2

Het norminkomen wat betreft de honorariumcomponent bedraagt in totaal € 139.592,91 (zie § 4.3). Samengesteld uit:

- Het bruto-inkomen per jaar volgens de Arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten (maximale trede van de salaristabel) met een vakantiebijslag van 8%.
- Een inconveniëntoeslag in verband met diensten van 6%, eveneens verhoogd met de vakantiebijslag. Zie de uitgebreide motivatie in § 4.2.1.
- Een toeslag in verband met het beroepsrisico/ondernemersrisico van 10% (zie onderbouwing in § 4.2.2.).

3

De kostencomponent van het norminkomen bedraagt in totaal € 85.689,46 (zie § 5.5). Samengesteld uit de categorieën normkosten:

- Individuele beroepskosten. Zie § 5.1;
- Individuele praktijkgebonden maatschapkosten. Zie § 5.2;
- Praktijkgebonden maatschapkosten. Zie § 5.3.

4

Het aantal patiëntgebonden uren per reguliere week van de 'normatieve' medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar wordt gesteld op 35 uur. Hierbij wordt uitgegaan van een specialist die per reguliere week ± 50 uur in het ziekenhuis aanwezig, waarvan *45 uur voor werkzaamheden die direct samenhangen met de beroepsuitoefening en praktijkvoering* en ± 5 uur voor activiteiten in het kader van de medische staf en voor het voldoen aan verplichtingen die volgen uit de contactuele relatie met de instelling (zie § 6.3.2).

Hij is dus *41 weken van 50 u = 2.050 uren in het ziekenhuis aanwezig en beschikbaar*.

NB Conform werkbelasting AMS-specialist zouden dit (40,3 weken van 45 uur) 1.815 uren zijn (zie hierboven onder 1).

Van de 45 uur die direct samenhangen met de functie en het functioneren als medisch specialist in een algemeen ziekenhuis, worden er 35 (7 uur per reguliere werkdag) benut voor direct en indirect patiëntgebonden werkzaamheden. In totaal dus per jaar: 41 weken van 35 uur per week = *1.435 uren*.

NB Conform werkbelasting AMS zouden dit per jaar (40,3 weken van 35 u) 1.415 uren zijn.

5

Uit het hierboven gestelde volgt voor het uurtarief:

Norminkomen, honorariumcomponent + kostencomponent: € 225.282,37

Aantal patiëntgebonden (declarabele) uren per jaar: 1.435.

Uurtarief € 225.282,37 ÷ 1435 = € 157,00 (niveau 2005).

NB Als de werkbelasting van de 'normatieve' specialist conform die voor de AMS-specialist zou worden vastgesteld: Uurtarief 225.282,37 ÷ 1415 = € 159,21.

6

Betreffende de honorering voor acute werkzaamheden die tijdens diensturen in het ziekenhuis moeten plaatsvinden, wordt een toeslagbedrag per te omschrijven werkzaamheid van *1 uur* voorgesteld, wegens het structurele extra tijdsbeslag (zie § 4.2.1, onder III (2)).

Apart te declareren, bijvoorbeeld via een 'inconveniënten-DBC'.

Ter informatie:

Van het uurtarief heeft 62% betrekking op de honorariumcomponent en 38% op de kostencomponent. De honorariumcomponent bestaat uit het salarisdeel (€ 119.843, 53,20% van het totaal), het inconveniëntendeel (€ 7.765,83, 3,45% van het totaal) en het beroepscodeel (€ 11.984, 5,32% van het totaal).

Het salarisdeel van de 'omzet' van een medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar met een reguliere werkweek van 40 uren voor beroepsuitoefening en praktijkvoering bedraagt bij een uurtarief van € 157,00, € 95.874,00, terwijl zijn inconveniënten en kosten niet naar rato minder zijn.

8.2 Advies

De minister VWS wordt geadviseerd, het uurtarief voor de medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar vast te stellen op **€ 157,00** (niveau 2005).

NB Het consequent voldoen aan het opdrachtonderdeel, 'dat een vrijgevestigd medisch specialist en een medisch specialist in dienst van een algemeen ziekenhuis voor een gelijke werkbelasting een zelfde honorarium verdienen', zou leiden tot een uurtarief van € 159,21.

Voor daadwerkelijke werkzaamheden die tijdens diensten in het ziekenhuis moeten plaatsvinden wordt, per te omschrijven werkzaamheid, in verband met het structurele extra tijdsbeslag een apart te declareren toeslag van **1 uur** (€ 157,00) geadviseerd.

Uitgave:
Commissie onderbouwing
normatief uurtarief
medisch specialisten

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
Telefoon (070) 340 79 11
Telefax (070) 340 78 34

Januari 2006

DVC 00-0000, ontwerp: Same Schuts Ontwerpen (SSO), Den Haag

Het onderbouwd normatief uurtarief van de medisch specialist

Commissie onderbouwing
normatief uurtarief medisch specialisten