

# Rapport

## Onderzoek mogelijkheden tot bevorderen participatiemodel

14 april 2017

**HVG**  
LAW

**EY**  
Building a better  
working world

**Opdrachtgever:**

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Directoraat Generaal Curatieve Zorg

**Projectteam:**

- mr. Meindert Eisenburger, EY Tax Health (projectleider)
- dr. Monique van Dijen, EY Advisory Health
- mr. Jan Andringa, HVG Law Health & Public
- mr. Francijn de Rotte, HVG Law Health
- Renée te Poele MSc, EY Advisory Health

**Expertgroep:**

- mr. Nicky ten Bokum, HVG Employment Law
- mr. Mark van der Geld, EY Tax Health & Public
- drs. Ralph Poulssen, EY Montesquieu Debt Advisory Health
- drs. Jaap van Bennekom RA, EY Financial Accounting Advisory Services
- dr. Stefan Peij, EY Board and Governance Services
- ir. Steven de Ridder, EY Real Estate Advisory Services

Wij danken de geïnterviewde ziekenhuizen, belangenbehartigingsorganisaties en overige belanghebbenden voor hun bereidheid tot medewerking aan dit onderzoek of het verschaffen van achtergrondinformatie.

## Managementsamenvatting

### Aanleiding

Medisch specialisten en ziekenhuizen hebben zich in verband met de invoering van de integrale bekostiging per 1 januari 2015 ge(her)structureerd, waarbij een keuze gemaakt diende te worden tussen loondienst en vrije vestiging. Voor vrije vestiging zijn het samenwerkingsmodel en het participatiemodel ontwikkeld.

Om diverse redenen is thans (vrijwel) niet gekozen voor het participatiemodel, maar in de meeste gevallen voor het samenwerkingsmodel. De Minister beschouwt echter laatstgenoemd model als een goede tussenstap op weg naar meer gelijkgerichte samenwerking, maar niet als eindmodel. De Minister vindt dat bij stagnering in de doorontwikkeling naar het participatiemodel, een belangrijke kans op meer gelijkgerichte samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuis blijft liggen. Daarop heeft zij aanvullend onderzoek naar de bevordering van het participatiemodel aangekondigd. Tegen deze achtergrond is dit onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie tot stand gekomen.

### Doel en opzet van het onderzoek

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het onderzoek naar bevordering van het participatiemodel binnen algemene ziekenhuizen. Het rapport dient ter beantwoording van de centrale onderzoeksvraag: **Welke mogelijkheden zijn er om te bevorderen dat ziekenhuizen en medisch specialisten die hebben gekozen voor het samenwerkingsmodel doorontwikkelen naar het participatiemodel?** en de bijbehorende deelvragen die het Ministerie heeft geformuleerd.

In het kader van het onderzoek hebben wij de bevindingen uit interviews met een aantal ziekenhuizen<sup>1</sup>, belangenbehartigers en stakeholders samengevoegd met onze eigen ervaringen bij de invoering van de besturingsmodellen. Op grond daarvan zijn de huidige effecten van het samenwerkingsmodel binnen ziekenhuizen, de huidige verschijningsvormen van het participatie(model) in de praktijk en de geconstateerde belemmeringen bij het tot stand komen van het participatiemodel in kaart gebracht en is een aantal bevorderingsmaatregelen geïdentificeerd.

### Huidige situatie

Daar waar in het kader van de integrale bekostiging geen overgang naar loondienst heeft plaatsgevonden, is (vrijwel) uitsluitend gekozen voor het samenwerkingsmodel. In dit besturingsmodel werken vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuis als zelfstandige partijen op basis van een samenwerkingsovereenkomst met elkaar samen. De zelfstandige positie van de vrijgevestigd medisch specialisten wordt in dit model versterkt doordat:

- ▶ Het fiscale eisenkader (rondom fiscale zelfstandigheid/ondernemerschap) ten gevolge van de invoering van de integrale bekostiging daartoe dwingt; en
- ▶ In veel ziekenhuizen door opheffing van de maatschap structuur aan specialistenzijde conglomeraatvorming heeft plaatsgevonden.

Om (toch) een coherente samenwerking tussen vrijgevestigd specialisten en ziekenhuisinstelling te stimuleren worden in veel ziekenhuizen maatregelen getroffen die de gelijkgerichtheid moeten bevorderen. Deels ter compensatie en met wisselend effect. Het vinden van een adequaat evenwicht tussen zelfstandigheid en gelijkgerichtheid vergt de nodige inspanningen en brengt kosten - in tijd en geld - met zich mee.

---

<sup>1</sup> De geïnterviewde ziekenhuizen zijn vooral ziekenhuizen geweest die tracht(t)en te komen tot invoering van een participatiemodel.

De gelijkgerichtheid binnen het ziekenhuis wordt in belangrijke mate nagestreefd door de vrijgevestigd medisch specialisten op enigerlei wijze te laten participeren in de bedrijfsvoering van het ziekenhuis. We onderkennen drie dimensies waarlangs participatie zich in de praktijk beweegt.

1. Langs de as van de fiscaal-juridische hoedanigheid van de medisch specialisten (loondienst of vrijgevestigd): participatie in combinatie met de dienstbetrekking (loondienstmodel) of fiscale zelfstandigheid (samenwerkingsmodel). Daarbij worden elementen van participatie 'bijgemengd' in het loondienstmodel of het samenwerkingsmodel;
2. Langs de as van de juridische aard van de participatie: participatie via zeggenschap en/of economische gerechtigheid. Er zijn in de praktijk vele tussenvormen tussen eigenaarschap en medezeggenschap; en
3. Langs de as van het object waarin wordt geparticipeerd: volledige of gedeeltelijke participatie in de exploitatie van de ziekenhuisinstelling. Zo kan er worden geparticipeerd in een bepaalde zorgdiensten/specialismen of in een geheel ziekenhuis.

Wij signaleren dat deze drie dimensies in de praktijk worden gecombineerd. Denk daarbij aan een samenwerkingsmodel waarin elementen van participatie worden 'bijgemengd' en de specialisten deelnemen in een deel van het financiële resultaat van het ziekenhuis.

Het participatiemodel, zoals uitgewerkt in de brief van 17 december 2013, vormt een alternatief besturingsmodel voor vrijgevestigden. Het kent naar zijn aard een meer gelijkgericht karakter dan het samenwerkingsmodel. Tegelijk brengt het participatiemodel een fundamenteelere wijziging van de juridische en organisatorische structuur van de ziekenhuisinstelling met zich mee, waarbij ook de governance inrichting van het ziekenhuis wijzigt. Het participatiemodel draagt behalve een positief effect op de gelijkgerichtheid (in combinatie met aanvullende afspraken tussen ziekenhuis en medisch specialisten), ook bij aan de besturing van ziekenhuizen (deelvraag 2). Om het participatiemodel tot een succes te maken dient de governance van het ziekenhuis echter wel goed geregeld te worden. De inrichting van de governance is inherent aan de afspraken die ziekenhuis en Collectief maken op het gebied van financiën, zeggenschaps- en inkomensverdeling, kwaliteit en veiligheid en bedrijfsvoering van het ziekenhuis en zal per ziekenhuis maatwerk zijn.

#### **Functie participatiemodel**

Invoering van een participatiemodel vergt een antwoord op de vraag wie eigenaar wordt van de ziekenhuisinstelling. Daarmee biedt het niet alleen medisch specialisten, maar ook andere belanghebbenden de gelegenheid om erin deel te nemen en aldus mede-eigenaar te worden. Zodoende gaat aan het besluit tot participatie door medisch specialisten de vraag vooraf waarom men tot participatie in de eigendomsstructuur van het ziekenhuis wenst over te gaan.

Wij signaleren een vijftal functies (doelen) van het participatiemodel:

1. Borging zelfbeschikkingsrecht en invloed in de eigen medische praktijk;
2. Bewerkstelling (financiële) gelijkgerichtheid;
3. Verruiming kapitalisatie ziekenhuisinstelling;
4. Accommoderen van veranderingen in de zorgomgeving: andere (zorg)samenwerkingen, andere belanghebbenden; en
5. Maatschappelijke verankering zorginstelling.

#### **Maatregelen ter bevordering van het participatiemodel**

De maatregelen om het participatiemodel te bevorderen lichten wij hieronder nader toe. Daarbij maken wij onderscheid tussen essentiële bevorderingsmaatregelen en randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen. De essentiële bevorderingsmaatregelen zijn essentieel voor het bevorderen

van het participatiemodel onder ziekenhuizen en medisch specialisten en niet per se essentieel voor het tot stand komen van het participatiemodel op zichzelf. De randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen kunnen de keuze voor het participatiemodel nog meer stimuleren en/of faciliteren. Een enkele randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregel ziet op het bevorderen van het fenomeen 'participatie' als zodanig (en niet op het participatiemodel). Daarnaast zijn er maatregelen te bedenken die het samenwerkingsmodel minder aantrekkelijk maken (deelvraag 4c).

### Essentiële bevorderingsmaatregelen

De essentiële maatregelen ter bevordering van het participatiemodel hangen vooral samen met de thans geldende wettelijke beperkingen rondom het uitkeren van winst door zorginstellingen en met de onder de medisch specialisten heersende onzekerheid over de toepassing van de WNT. Deze essentiële bevorderingsmaatregelen zijn onder te verdelen in drie categorieën:

1. Maatregelen ten aanzien van de winstuitkering;
2. Maatregelen ten aanzien van het belastingheffingsregime van ziekenhuizen; en
3. Maatregelen ten aanzien van de WNT.

#### 1. Winstuitkering

Om medisch specialisten in de gelegenheid te stellen deel te nemen in de eigendomsstructuur van een ziekenhuis is het essentieel dat zij een (winst)vergoeding kunnen ontvangen voor hun private kapitaaldeelname. Binnen de huidige wet- en regelgeving geldt in beginsel voor ziekenhuizen een verbod op winstuitkering, doch er zijn bij wijze van uitzondering (zorguitbestedings)structuren ontwikkeld waarin onder voorwaarden wel winst mag worden uitgekeerd. Deze structuren zijn echter vaak onnodig bezwarend en de voorwaarden en mogelijkheden onvoldoende kenbaar. Het winstuitkeringsverbod is momenteel dan ook een van de belangrijkste belemmeringen voor de totstandkoming van het participatiemodel. Daarom is modernisering, vereenvoudiging en verduidelijking van het huidige winstuitkeringsregime in de WTZi noodzakelijk. Hiervoor kan het Wetsvoorstel VIMZ uitkomst bieden, omdat hierin extra waarborgen ten gunste van het publieke zorgbelang zijn opgenomen. Waarborgen in aanvulling op de uitgebreide *checks and balances* die thans in het sterk gereguleerde zorgstelsel aanwezig zijn en winstuitkering ten koste van het zorgbelang dienen te voorkomen. Bovendien wordt via het Wetsvoorstel VIMZ de zorginstelling als WTZi-entiteit zélf toegestaan winst uit te keren. Daarmee worden de nu nog voor winstuitkering benodigde zorguitbestedingsstructuren overbodig. Structuren waarvan men zich bovendien kan afvragen hoe die zich verhouden tot doel en strekking van de WTZi.

Indien het Wetsvoorstel VIMZ in zijn huidige vorm politiek niet haalbaar is, kunnen aanpassingen op de volgende aspecten worden onderzocht en overwogen:

- ▶ Kwalitatieve eisen aan participanten;
- ▶ Kwantitatieve eisen aan participanten;
- ▶ Eisen aan wijze van participatie; en
- ▶ Aanvullende maatregelen /regelgeving die het publieke belang waarborgen.

Mocht aanpassing van het huidige wettelijk regime echter niet mogelijk blijken, dan is een modernisering, vereenvoudiging en verduidelijking van het winstuitkeringsregime in de WTZi noodzakelijk. Het WTZi-regime vereist dan een verduidelijking ten aanzien van:

- ▶ De gevallen waarin sprake is van een winstuitkeringsverbod. Vallen resultaatsafhankelijke afspraken (bijvoorbeeld binnen het samenwerkings- en loondienstmodel) hier ook onder?
- ▶ De voorwaarden waaronder zorguitbesteding is toegestaan; en
- ▶ De borging van de bescherming van het publieke zorgbelang binnen het huidige regime.

## 2. Fiscale maatregelen (vennootschapsbelasting)

Om het verschil in belastingheffing tussen reguliere ziekenhuizen (vrijgesteld) en winstuitkerende ziekenhuizen (belast) in zekere mate te overbruggen, stellen wij voor om voor laatstgenoemde groep een apart heffingsregime in het leven te roepen. Vertrekpunt daarbij zou moeten zijn dat de heffing van vennootschapsbelasting wordt verlegd naar (i) het moment waarop winst niet meer ten behoeve van de zorgexploitatie wordt aangewend, dan wel (ii) de winst feitelijk aan private participanten wordt uitgekeerd. Het beoogde doel hiervan is dat indien en voor zover eventuele winst binnen de zorg of het publieke domein wordt besteed, deze - net als bij reguliere ziekenhuizen - niet wordt belast. Daarmee kan binnen de medisch-specialistische zorg een gelijk spelveld worden gecreëerd.

## 3. WNT

Alhoewel de Minister heeft aangegeven dat vrijgevestigd medisch specialisten 'uiteraard gezien hun aard niet onder de WNT vallen', ervaren vrijgevestigd medisch specialisten in het kader van (een keuze voor) het participatiemodel toch onzekerheid over de toepassing van de WNT, vooral op de lange termijn. Dit komt met name doordat zij in het participatiemodel meer naar het ziekenhuis 'toe bewegen'. Verduidelijking over het onderscheid in status van de toepassing van de WNT tussen loondienstspecialisten en vrijgevestigd medisch specialisten moet eraan bijdragen dat deze vrees wordt weggenomen en dat dit geen belemmering meer vormt voor het participatiemodel.

### Randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen

De randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen kunnen de keuze voor het participatiemodel nog meer bevorderen c.q. stimuleren op het moment dat de essentiële bevorderingsmaatregelen genomen zijn. Deze bevorderingsmaatregelen zijn onder te verdelen in de categorieën:

1. Communicatie en facilitering;
2. Financiële stimulansen; en
3. NZa en ACM melding.

#### 1. Communicatie en facilitering

Omdat het participatiemodel binnen het huidige zorgstelsel een relatief nieuwe, fundamentele verandering van de ziekenhuisomgeving met zich meebrengt, is gedegen en eenduidige informatieverstrekking en een adequate procesmatige facilitering van essentieel belang. In dat verband stellen wij de volgende maatregelen voor:

- ▶ Laat de overheid en belangenbehartigers gezamenlijk een aantal voorbeelden van participatiemodellen uitwerken en publiceren. Dit onder beschikbaarstelling van (model)documentatie, zoals modelovereenkomsten en implementatie tools;
- ▶ Verstrek eenduidige informatie van overheidswege en belangenbehartigers over de randvoorwaarden;
- ▶ Stel waar mogelijk centrale aanspreekpunten bij de overheid in voor juridische en fiscale afstemming; en
- ▶ Faciliteer ziekenhuizen die de overgang naar een participatiemodel willen maken met een ruimhartige opstelling bij de lokale invulling ervan, desgewenst op basis van experiment. Het opleggen van tijdsdwang bij de implementatie van participatiemodellen, bijvoorbeeld door de verplichtstelling ervan, achten wij momenteel niet noodzakelijk en vanwege het fundamentele karakter van de aanpassing van de instellingsstructuur zelfs ongewenst.

## 2. Financiële stimulansen

Om vanuit een risico- en rendementsperspectief ziekenhuisparticipatie te bevorderen, stellen wij de volgende financiële maatregelen voor:

- ▶ Stimulering van meerjarige afspraken tussen participatieziekenhuizen en zorgverzekeraars;
- ▶ Ontschotting van bekostigingssystemen ter bevordering van samenwerking in de keten;
- ▶ Verlichting van bancaire financieringsvoorwaarden door geldverstrekkers en het bankwezen;
- ▶ Belastingheffing over private kapitaalverstrekking uitstellen en/of tariefmatig beperken;
- ▶ De transitiesubsidieregeling bij overgang naar loondienst zodanig herinrichten dat de medisch specialisten die hiervan gebruik maken gestimuleerd worden om deze aan te wenden om een financieel belang te nemen in het ziekenhuis; en
- ▶ Vergoedingen vanwege beschikbaarstelling van privaat kapitaal buiten de grondslag van de WNT laten vallen (ingeval de WNT van toepassing wordt verklaard op medisch specialisten).

## 3. NZa en ACM melding

Verduidelijking van de criteria op grond waarvan een participatie vooraf gemeld dient te worden bij de NZa en/of de ACM kan er toe bijdragen dat de in de praktijk heersende onduidelijkheid over de mogelijke concentratiemelding bij de NZa en/of de ACM wordt weggenomen, zodat dit geen belemmering meer vormt voor de implementatie van het participatiemodel. De NZa en de ACM zullen deze criteria dan ook duidelijk kenbaar moeten maken.

### Maatregelen die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen

Eén van de deelvragen is of er ook maatregelen te bedenken zijn die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen. Deze vraag kan in beginsel bevestigend worden beantwoord. Te denken valt aan (governance) maatregelen die - bijvoorbeeld op kwaliteits- en veiligheidsterrein - de doorzettingsmacht van het ziekenhuisbestuur vergroten, of monitorings- en rapportagemaatregelen die toezien op kwaliteits- en veiligheidsbeleid en/of de financiële positie van Collectieven. Daarnaast kan een stringenter monitorings- en handhavingsbeleid in het kader van het fiscaal ondernemerschap/fiscale zelfstandigheid het samenwerkingsmodel minder aantrekkelijk maken. Tevens is een maatregel denkbaar die tot gevolg heeft dat ziekenhuizen met een samenwerkingsmodel minder gunstige financiële voorwaarden kunnen bedingen bij het maken van afspraken met zorgverzekeraars, banken en andere stakeholders in het ziekenhuis.

Bij al deze maatregelen plaatsen wij echter een aantal stevige kanttekeningen. Het geheel overziend zijn wij van mening dat voor het verkleinen van de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel thans geen urgente redenen aanwezig lijken. Voorts zijn wij - in lijn met de Minister - van mening dat een besturingsmodelkeuze (naar het participatiemodel of loondienstmodel) vanwege het ingrijpende karakter ervan, idealiter vrijwillig, vanuit de eigen organisatie en - zoveel mogelijk - op basis van lokale argumenten tot stand moet komen. Bovendien lijken deze maatregelen om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen thans niet haalbaar zonder een flink aantal ongewenste negatieve consequenties, zoals mogelijke risico's voor het fiscaal ondernemerschap, weerstand vanuit de medisch specialisten en nadelige gevolgen voor het participatiemodel. Deze maatregelen om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen dragen ons inziens thans dan ook niet of weinig bij aan het bevorderen van het participatiemodel.

#### Verwacht effect

Bij doorvoering van de voorgestelde bevorderingsmaatregelen verwachten wij dat het participatiemodel als een alternatief besturingsmodel voor de praktijk beschikbaar komt. Dat geldt niet alleen voor de ziekenhuizen die thans met de totstandkoming van een participatiemodel bezig zijn, of een andere vorm van participatie door medisch specialisten nastreven. Ook geldt het voor ziekenhuizen die het samenwerkingsmodel als tijdelijk besturingsmodel hebben ingevoerd, maar doorontwikkeling naar een participatiemodel tot einddoel hebben.

De mate waarin ziekenhuizen (alsnog) het participatiemodel zullen gaan invoeren zal zowel van interne als externe factoren afhangen en laat zich moeilijk voorspellen.

Tegelijk mag worden verwacht dat overname van bepaalde essentiële bevorderingsmaatregelen (aanpassing winstuitkeringsregime en heffingsregime ziekenhuizen) vormen van (ziekenhuis)participatie initieert, waarbij het deelnemen door medisch specialisten niet de aanleiding vormt. Echter, ook in die gevallen kan dit alsnog een aanzuigende werking op de totstandkoming van het participatiemodel hebben, waarbij - uiteindelijk - wel degelijk door medisch specialisten deelgenomen kan gaan worden.

#### Tot slot

Wij realiseren ons dat de huidige belemmeringen rondom de totstandkoming van het participatiemodel te maken hebben met de bredere discussie rondom 'participatie in zorginstellingen' en daarmee het politiek gevoelige thema 'winstuitkering in de zorg' raakt. Dit rapport pretendeert niet over de wenselijkheid van winstuitkering in de zorg als zodanig een uitspraak te doen.

Voorts merken wij op dat dit rapport geen voorkeur uitsprekt voor één van de besturingsmodellen (samenwerking, participatie of loondienst), noch wordt een voorkeur voor vrije vestiging of loondienst uitgesproken. Het is aan de praktijk om te bepalen in welk geval een bepaald model de voorkeur heeft.



## Inhoudsopgave

<b>Afkortingen</b>	<b>12</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Aanleiding	13
1.2 Onderzoeksvraag	14
1.3 Onderzoekbeschrijving en aanpak	14
1.4 Leeswijzer	15
<b>2 Beschouwing op het samenwerkingsmodel</b>	<b>17</b>
2.1 Definitie en kenmerken	17
2.2 Effecten van het samenwerkingsmodel	17
2.2.1 Onderlinge gelijkgerichtheid medisch specialisten	17
2.2.2 Bestuurbaarheid ziekenhuizen	17
2.2.3 Doorzettingsmacht raad van bestuur ziekenhuis	18
2.2.4 Doorzettingsmacht bestuur van het Collectief	18
2.2.5 Governance en gelijkgerichtheid	18
2.2.6 Invloed fiscale eisen	19
2.2.7 Frictiekosten	20
2.3 Conclusie	20
<b>3 Participatiemodel</b>	<b>21</b>
3.1 Definitie en kenmerken	21
3.1.1 Juridische structuur ziekenhuisentiteit	21
3.1.2 Participanten	22
3.1.3 Governance nieuwe ziekenhuisentiteit	23
3.2 Motieven om te kiezen voor het participatiemodel	23
3.2.1 Bevordering van de gelijkgerichtheid (gelijkgerichte zorg is betere zorg)	24
3.2.2 Verandering van het ziekenhuislandschap	24
3.2.3 Verbetering vermogenspositie ziekenhuis	25
3.2.4 Zelfbeschikkingsrecht en invloed in de eigen medische praktijk	26
3.3 Participatie langs drie dimensies	26
3.3.1 Fiscaal-juridische vormgeving	27
3.3.2 Mate van participatie	30
3.3.3 Scope/object van de participatie	30
<b>4 Belemmeringen participatiemodel</b>	<b>31</b>
4.1 Introductie	31
4.2 Wettelijke belemmeringen	31
4.2.1 Verbod op winstuitkering	32
4.2.2 WNT	34
4.2.3 Fiscale regelgeving	36
4.2.4 ACM en NZa concentratiemelding	38
4.3 Niet-wettelijke belemmeringen	39

4.3.1	Onduidelijk beeld van participatiemodel (criteria + consequenties)	39
4.3.2	Implementatiemoeilijkheden	40
4.3.3	Tijdgebrek	41
4.3.4	Onzeker (financieel) perspectief	41
4.3.5	Bepaalde ondernemerszin medisch specialisten	42
4.3.6	Publieke opinie	43
<b>5</b>	<b>Maatregelen ter bevordering van het participatiemodel</b>	<b>44</b>
5.1	Functie van participatie binnen medisch-specialistische zorg	44
5.1.1	Zelfbeschikkingsrecht en invloed in de eigen medische praktijk	44
5.1.2	Financiële gelijkgerichtheid	45
5.1.3	Toename kapitaalbehoefte	46
5.1.4	Veranderingen in de zorgomgeving: andere samenwerkingen, andere belanghebbenden	46
5.1.5	Maatschappelijke verankering zorginstelling	47
5.2	Essentiële bevorderingsmaatregelen	48
5.2.1	Opheffing verbod winstuitkering	48
5.2.2	WNT	51
5.2.3	Fiscaal	52
5.3	Randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen	54
5.3.1	Communicatie en facilitering	54
5.3.2	Contractering en bekostiging	56
5.3.3	Stimulering van financiering ziekenhuizen door medisch specialisten	58
5.3.4	ACM en NZa concentratiemelding	60
5.4	Maatregelen om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen	60
<b>6</b>	<b>Verwacht effect van en samenhang tussen de bevorderingsmaatregelen</b>	<b>62</b>
6.1	Inleiding	62
6.2	Opheffing verbod winstuitkering	62
6.2.1	Haalbaarheid	62
6.2.2	Effecten van de maatregel	62
6.2.3	Alternatieven	62
6.2.4	Samenhang met andere maatregelen	62
6.3	WNT	63
6.3.1	Haalbaarheid	63
6.3.2	Effecten van de maatregel	63
6.3.3	Samenhang met andere maatregelen	63
6.4	Fiscaal	64
6.4.1	Haalbaarheid	64
6.4.2	Effecten van de maatregel	64
6.4.3	Samenhang met andere maatregelen	65
6.5	Communicatie en facilitering	65
6.5.1	Haalbaarheid	65
6.5.2	Effecten van de maatregel	65
6.5.3	Samenhang met andere maatregelen	65
6.6	Contractering en bekostiging	65
6.6.1	Haalbaarheid	65
6.6.2	Effecten van de maatregel	66
6.6.3	Samenhang met andere maatregelen	66
6.7	Stimulering van financiering ziekenhuizen door medisch specialisten	66
6.7.1	Haalbaarheid	66

6.7.2	Effecten van de maatregel	66
6.7.3	Samenhang met andere maatregelen	66
6.8	NZa en ACM concentratiemelding	67
6.8.1	Haalbaarheid	67
6.8.2	Effecten van de maatregel	67
6.8.3	Samenhang met andere maatregelen	67
6.9	Conclusie	67
<b>7</b>	<b>Conclusies</b>	<b>68</b>
7.1	Verschillende verschijningsvormen	68
7.2	Bijdrage aan besturing en gelijkgerichtheid	68
7.3	Aandachtspunten en belemmeringen	69
7.3.1	Wettelijke belemmeringen	69
7.3.2	Niet-wettelijke belemmeringen	69
7.4	Bevorderende maatregelen	70
7.4.1	Essentiële bevorderingsmaatregelen	70
7.4.2	Randvoorwaardelijke maatregelen:	71
7.4.3	Maatregelen die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen	73
7.5	Verwacht effect implementatie bevorderingsmaatregelen	74
	<b>Literatuur</b>	<b>75</b>
	<b>Bijlage 1: Lijst van geïnterviewde partijen</b>	<b>77</b>
	<b>Bijlage 2: Interview in het kader van het onderzoek naar bevordering van het participatiemodel</b>	<b>78</b>
	<b>Bijlage 3: Vraagstukken / te maken keuzes ten aanzien van de inrichting van de governance in het participatiemodel</b>	<b>84</b>

Totaal aantal pagina's: 84

## Afkortingen

BV	besloten vennootschap
Collectief	het collectief van medisch specialisten vrijgevestigd, ofwel in de vorm van een personenvennootschap (doorgaans een maatschap) ofwel in de vorm van een rechtspersoon (bijvoorbeeld coöperatie, BV)
FMS	Federatie Medisch Specialististen
IB	inkomstenbelasting
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Minister	de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ministerie	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MSB	Medisch Specialistisch Bedrijf in de vorm van een maatschap (in transparant samenwerkingsmodel)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RVE	resultaat verantwoordelijke eenheid
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wetsvoorstel VIMZ	het Wetsvoorstel Wet vergroting investeringsmogelijkheden in de medisch-specialistische zorg, zijnde het Wetsvoorstel Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg)
Wfz	Waarborgfonds voor de zorgsector
WNT	Wet normering topinkomens
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Op 1 januari 2015 is in de medisch-specialistische zorg de integrale bekostiging ingevoerd conform de afspraak in het bestuurlijk akkoord medisch specialistische zorg van 16 juli 2013. De medisch specialisten en ziekenhuizen hebben zich in dat verband per 1 januari 2015 ge(her)structureerd. Ter ondersteuning van deze herstructurering is door de FMS en de NVZ in samenwerking met het ministerie van Financiën en het Ministerie, de Belastingdienst en een aantal fiscale adviesbureaus een aantal besturingsmodellen ontwikkeld. Er diende een keuze gemaakt te worden tussen loondienst en vrije vestiging. Voor vrije vestiging zijn het samenwerkingsmodel en het participatiemodel ontwikkeld.

Door diverse interne en externe factoren is thans door de ziekenhuizen en medisch specialisten (vrijwel) niet gekozen voor het participatiemodel. De meeste ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten hebben gekozen voor het samenwerkingsmodel. In het samenwerkingsmodel blijven het ziekenhuis en de vrijgevestigd medisch specialisten (meestal verenigd in één of meerdere Collectieven) zelfstandige partijen, waarbij door deze partijen een samenwerkingsovereenkomst voor de levering van medisch-specialistische zorg aan het ziekenhuis wordt afgesloten. Wél is er door een aantal ziekenhuizen ten tijde van de invoering van de integrale bekostiging een - al dan niet vergaande - verkenning geweest naar het participatiemodel. Dit heeft echter in vrijwel alle gevallen door zowel interne als externe factoren niet geleid tot invoering van het participatiemodel.<sup>2</sup>

Hoewel vrijwel alle ziekenhuizen thans zijn gestructureerd in een samenwerkingsmodel beschouwt de Minister het samenwerkingsmodel als een goede tussenstap op weg naar meer gelijkgerichte samenwerking, maar niet als eindmodel voor de ziekenhuizen. De Minister vindt dat een belangrijke kans op meer gelijkgerichte samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuis blijft liggen wanneer de doorontwikkeling naar het participatiemodel stagneert. Op 4 juli 2016 meldde de Minister daarover in de Tweede Kamer:

*"...ik ben van oordeel dat op de lange duur het loondienstmodel en het participatiemodel betere condities geven voor (financiële) gelijkgerichtheid van medisch specialisten en ziekenhuis, en daarmee voor goede en doelmatige patiëntenzorg, dan het samenwerkingsmodel."*

De Minister ziet niet het samenwerkingsmodel, maar juist het participatiemodel of het loondienstmodel als eindmodel. Daarop heeft zij aanvullend onderzoek aangekondigd:

*"Ik heb, na een interne verkenning van deze mogelijke stimulansen, besloten op korte termijn een breder extern onderzoek te laten doen naar de mogelijkheden, wettelijk en anderszins, om doorontwikkeling naar het participatiemodel te bevorderen. Over de uitkomsten van dit onderzoek zal ik u begin 2017 informeren. Deze uitkomsten wil ik zo mogelijk meenemen in de novelle 'Vergroten Investeringsmogelijkheden medisch-specialistische zorg.'"*

Tegen deze achtergrond is dit onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie tot stand gekomen.<sup>3</sup>

---

2 In Nederland bestaan weliswaar al ziekenhuizen in BV vorm waarin door derden geparticipeerd wordt, doch de vorm van participatie en de redenen c.q. het moment van implementatie zijn anders dan het in dit onderzoek bedoelde participatiemodel. Om die reden zullen wij in principe deze vorm van participeren in dit onderzoeksrapport buiten beschouwing laten.

3 Het Ministerie is de auteursrechthebbende van dit onderzoeksrapport.

## 1.2 Onderzoeksvraag

Dit rapport zet de resultaten uiteen van de centrale onderzoeksvraag: **Welke mogelijkheden zijn er om te bevorderen dat ziekenhuizen en medisch specialisten die hebben gekozen voor het samenwerkingsmodel doorontwikkelen naar het participatiemodel?**

Vanuit deze hoofdvraag zijn de volgende vier deelvragen door het Ministerie geformuleerd:

1. *Welke hoofdvormen van participatiemodellen onderscheidt u? In de aanloop naar de invoering van integrale bekostiging is een beperkt aantal vormen van het participatiemodel uitgewerkt. Mogelijk zijn er ook andere vormen denkbaar.*
2. *Op welke wijze kunnen de onderscheiden vormen van participatiemodellen bijdragen aan de besturing van ziekenhuizen, en de gelijk gerichtheid van belangen van ziekenhuis en medisch specialisten?*
3. *Welke aspecten behoeven aandacht bij de doorontwikkeling naar een participatiemodel? Welke belemmeringen zijn er?*
  - a. *Op het gebied van vastgoed?*
  - b. *Op fiscaal gebied?*
  - c. *Op het gebied van zorgwetgeving?*
  - d. *Op arbeidsrechtelijk gebied?*
  - e. *Overige belemmerende factoren?*
4. *Welke veranderingen zijn noodzakelijk om een overgang van samenwerkingsmodel naar participatiemodel te stimuleren, en hoe kunnen die veranderingen worden gerealiseerd? Welke maatregelen kan de overheid nemen, welke maatregelen kunnen andere partijen nemen (bijvoorbeeld zorgverzekeraars of banken)?*
  - a. *Maatregelen om de belemmeringen voor doorontwikkeling naar het participatiemodel weg te nemen?*
  - b. *Maatregelen om de aantrekkelijkheid van het participatiemodel te vergroten?*
  - c. *Maatregelen om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen?*

## 1.3 Onderzoekbeschrijving en aanpak

In ons onderzoeksrapport staat de vraag centraal welke mogelijkheden er zijn om te bevorderen dat ziekenhuizen en hun vrijgevestigd medisch specialisten de overstap maken van het samenwerkingsmodel naar het participatiemodel. Wij nemen hierbij aan dat het participatiemodel betere condities geeft voor (financiële) gelijkgerichtheid van medisch specialisten en ziekenhuis, en daarmee voor goede en doelmatige patiëntenzorg.<sup>4</sup>

Deze rapportage heeft niet tot doel een voorkeur uit te spreken voor een bepaald besturingsmodel. Het rapport beoogt enkel maatregelen te beschrijven die de keuze voor het participatiemodel bevorderen.

Wij hebben het onderzoek uitgevoerd in de volgende vijf stappen:

1. Voorbereidende activiteiten;
2. Inventarisatiefase en onderzoeksopzet;
3. Diepteonderzoek, deskresearch & interviews;
4. Toetsing en analyse; en
5. Rapportage.

---

<sup>4</sup> Dit geldt ook voor het loondienstmodel, maar de bevordering van het loondienstmodel valt niet onder onze onderzoeksopdracht.

Er is al veel geschreven en gepubliceerd over het participatiemodel in de gezondheidszorg. Wij noemen onder andere: *Gezond belonen, Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten*<sup>5</sup>, *Financiering van Zorginstellingen*<sup>6</sup>, *Een verdieping van besturingsmodellen voor een duurzame relatie tussen ziekenhuis en specialist*<sup>7</sup> en *Op weg naar gezamenlijkheid*.<sup>8</sup> Voorts hebben wij uitgebreide ervaring bij ziekenhuizen met pogingen om tot selectie en implementatie van het participatiemodel te komen. Gedurende onze betrokkenheid bij de modelkeuzes van een aantal ziekenhuizen zijn onder meer enquêtes gehouden onder vrijgevestigd medisch specialisten, specialisten in loondienst en ziekenhuizen. Deze ervaringen en gepubliceerde rapporten hebben wij meegenomen in de documentstudie. Ten behoeve van ons diepteonderzoek naar de mogelijkheden ter bevordering van het participatiemodel hebben wij een aantal ziekenhuizen geïnterviewd dat bezig is (geweest) met de uitwerking van het participatiemodel. Daarnaast hebben wij de belangenbehartigers en verschillende stakeholders zoals een zorgverzekeraar, de toezichthouder en financiële instellingen (één bank en het Wfz) geïnterviewd. Zie voor een uitgebreide lijst van geïnterviewde partijen bijlage 1.

Voorafgaand aan alle interviews hebben wij de geïnterviewden een vragenlijst toegestuurd (zie bijlage 2). Deze bevat de volgende drie thema's:

- ▶ Wat waren de redenen om te kiezen voor het participatiemodel?
- ▶ Welke belemmeringen waren er waardoor het participatiemodel er (nog) niet is gekomen?
- ▶ Welke oplossingen ziet u?

Wij hebben de interviews gebruikt om de eerste inventarisatie van belemmeringen van de invoering van een participatiemodel te valideren en aan te vullen. In de interviews hebben wij ook navraag gedaan over maatregelen die de stakeholders nodig achten om het participatiemodel in te voeren en te laten slagen. Door de semi gestructureerde vorm van het interview zijn de opgehaalde kwalitatieve data vergelijkbaar en is er tegelijkertijd ruimte geboden om in het interview aandacht te besteden aan nieuwe inzichten.

## 1.4 Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport geeft antwoord op de vraag welke mogelijkheden er zijn om te bevorderen dat ziekenhuizen en medisch specialisten die hebben gekozen voor het samenwerkingsmodel door ontwikkelen naar het participatiemodel.

Om deze hoofdvraag te beantwoorden, start hoofdstuk 2 met een korte beschouwing van de huidige situatie, namelijk het samenwerkingsmodel en de effecten van dit model. In hoofdstuk 3 gaan wij in op het participatiemodel als zodanig en zijn verschijningsvormen en lichten toe op welke wijze het participatiemodel bijdraagt aan de besturing en gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen.

In hoofdstuk 4 lichten wij vervolgens de meest vernomen aandachtspunten en belemmeringen die een rol spelen bij de doorontwikkeling naar een participatiemodel nader toe.

Vervolgens beschrijft hoofdstuk 5 de belangrijkste maatregelen voor de bevordering van het participatiemodel (deelvraag 4b), waaronder maatregelen die de belangrijkste belemmeringen voor de

---

5 Commissie inkomens medisch specialisten (2012). 'Gezond belonen; Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten'. 10 oktober 2012.

6 B. Berden, L. Houwen en S. Stevens (2015). 'Financiering van zorginstellingen - Met speciale aandacht voor de medisch-specialistische zorg'. Oktober 2015

7 PwC (2014). 'Een verdieping van besturingsmodellen voor een duurzame relatie tussen ziekenhuis en specialist'. Rapportage in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. 4 februari 2014.

8 TIAS (2016). 'Op weg naar gezamenlijkheid - Rapportage Quick scan Integrale bekostiging en governance'. In opdracht van VWS. Tilburg, 14 januari 2016.

doorontwikkeling naar het participatiemodel wegnemen (deelvraag 4a), en mogelijke maatregelen die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen (deelvraag 4c). Ook is opgenomen in hoofdstuk 5, welke risico's een eventuele maatregel met zich meebrengt. Een enkele voorgestelde maatregel ziet op het bevorderen van participatie als zodanig. Hoofdstuk 6 besteedt aandacht aan de haalbaarheid en het verwachte effect van de maatregelen, evenals de verbanden tussen de maatregelen. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies en geeft antwoord op de centrale onderzoeksvraag.

De antwoorden op de in paragraaf 1.2 genoemde deelvragen vindt u als volgt terug in de rapportage:

Deelvraag 1	Hoofdstuk 3 (paragraaf 3.1 en 3.3)
Deelvraag 2	Paragraaf 3.1.3, 3.2 en 5.1
Deelvraag 3	Hoofdstuk 4
Deelvraag 4	Hoofdstukken 5 t/m 7

Tot slot merken wij nog op dat de hoofdstukken 2, 3 en 4 van deze rapportage - tenzij uitdrukkelijk anders aangegeven - bestaan uit bevindingen uit de door ons gehouden interviews en onze bevindingen uit de documentstudie. Technische onderbouwingen worden in deze hoofdstukken in kaders geplaatst.



## 2 Beschouwing op het samenwerkingsmodel

Vrijwel alle niet-loondienstziekenhuizen hebben thans het samenwerkingsmodel geïmplementeerd. De totstandkoming van deze samenwerkingsmodellen heeft in de meeste ziekenhuizen geleid tot de vorming van Collectieven en tot een terugdringing van de rol van de individuele maatschappen. Alhoewel deze ontwikkeling heeft geleid tot een meer gelijkgerichte uitgangspositie aan de zijde van de vrijgevestigd medisch specialisten in het Collectief, blijkt uit de interviews dat er - met name vanuit de ziekenhuisbesturen - ook kanttekeningen worden geplaatst.

Om antwoord te kunnen geven op de vraag of het participatiemodel deze kanttekeningen van het samenwerkingsmodel weg zou kunnen nemen, is een nadere beschouwing van het samenwerkingsmodel en een toelichting op deze kanttekeningen noodzakelijk. Om die reden wordt in dit hoofdstuk het samenwerkingsmodel nader beschouwd.

### 2.1 Definitie en kenmerken

Het samenwerkingsmodel betreft een samenwerkingsverband tussen twee zelfstandige entiteiten: het ziekenhuis en een Collectief. Ziekenhuis en Collectief sluiten een samenwerkingsovereenkomst, met daarin afspraken over de met elkaar te volgen strategie, wederzijdse dienstverlening en de vergoedingen daarvoor, kwaliteit en veiligheid, accountability en aansprakelijkheid.<sup>9</sup>

### 2.2 Effecten van het samenwerkingsmodel

Gezien de geringe periode dat het samenwerkingsmodel in werking is, is het te vroeg voor een volledige evaluatie van de effecten ervan. Desalniettemin zijn in de interviews en in verschillende reeds gepubliceerde rapporten de nodige positieve en negatieve kanttekeningen naar voren gekomen.

#### 2.2.1 Onderlinge gelijkgerichtheid medisch specialisten

Uit de interviews met belangenbehartigers en ziekenhuizen komen de volgende positieve effecten van het samenwerkingsmodel naar voren: medisch specialisten werken onderling beter samen en spreken elkaar aan op kwaliteit van zorg. Ook zijn maatschappen opgeheven of is de macht ervan verminderd ten gunste van het Collectief. Deze conglomeraatvorming heeft er in veel ziekenhuizen met een samenwerkingsmodel toe geleid dat vrijgevestigd medisch specialisten onderling gelijkgericht functioneren en één aanspreekpunt vormen voor de raad van bestuur van het ziekenhuis, zo is naar voren gekomen in interviews met ziekenhuizen.

#### 2.2.2 Bestuurbaarheid ziekenhuizen

De NZa concludeert dat tot dusver de bestuurbaarheid van ziekenhuizen niet verslechterd lijkt, noch door de invoering van integrale bekostiging, noch door de als gevolg van de integrale bekostiging gevormde Collectieven van medisch specialisten (waaronder de MSB's).<sup>10</sup> Ook de IGZ heeft laten weten dat zij in de praktijk geen directe, negatieve gevolgen van de invoering van integrale bekostiging heeft aangetroffen.<sup>11</sup>

---

9 PwC (2014). 'Een verdieping van besturingsmodellen voor een duurzame relatie tussen ziekenhuis en specialist'. Rapportage in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 4 februari 2014.

10 NZa Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg 2015, 2 maart 2016.

11 Federatie Medisch Specialisten Magazine Participatie in Praktijk, oktober 2016.

### 2.2.3 Doorzettingsmacht raad van bestuur ziekenhuis

Zoals hiervoor reeds beschreven, zijn onder invloed van de integrale bekostiging de medisch specialisten zich in organisatorische zin meer gaan integreren binnen (grote) Collectieven. Daarbij is in menig ziekenhuis de rol van de afzonderlijke maatschappen teruggedrongen. Dit wordt in de ziekenhuizen ervaren als voordeel, nu de vrijgevestigd medisch specialisten meer 'met één mond' spreken, ook richting het ziekenhuisbestuur. Daar staat echter tegenover dat ziekenhuisbestuurders zich vaak geconfronteerd voelen met een sterk of versterkt machtsblok. Dit kan - zo is naar voren gekomen in de interviews met ziekenhuisbesturen - ervaren worden als een bedreiging voor de verantwoordelijkheden die aan ziekenhuisbestuurders zijn toegekend. De toegenomen invloed van de medisch specialisten kan ten koste gaan van de invloed van ziekenhuisbestuurders op de kwaliteit van zorg c.q. het handelen van de medisch specialisten (de zogeheten doorzettingsmacht van het ziekenhuisbestuur). Reeds gesignaleerd is dat dit op gespannen voet kan staan met de eindverantwoordelijkheid voor ziekenhuisbestuurders voor de kwaliteit van zorg.<sup>12</sup>

### 2.2.4 Doorzettingsmacht bestuur van het Collectief

Alhoewel geconstateerd is dat de medisch specialisten meer zijn geïntegreerd door de oprichting van een Collectief en dit als een voordeel wordt ervaren, wordt hier ook een kanttekening vanuit de medisch specialisten bij geplaatst. Uit interviews is naar voren gekomen dat nog al eens een kennisachterstand bestaat bij de medisch specialisten die geen deel uitmaken van het bestuur van het Collectief. Ervaren wordt dat de kans bestaat dat de bestuursleden van het Collectief behoren tot de relatief ondernemende groep medisch specialisten, terwijl het grootste gedeelte van de achterban (veel) minder bereid is tot risicodragend ondernemerschap.

Dit betekent dat het bestuur van het Collectief aangeeft zich steeds te moeten verantwoorden jegens zijn achterban en er om die reden een risico bestaat op verwijdering tussen medisch specialisten die onderdeel zijn van het bestuur van het Collectief en de achterban. Om een dergelijke kloof te voorkomen, zal het bestuur van het Collectief niet snel besluiten nemen die niet op draagvlak bij de achterban kunnen rekenen.

### 2.2.5 Governance en gelijkgerichtheid

In de gevallen waarin er meer groepen medisch specialisten in één ziekenhuis zijn met elk hun eigen overlegorgaan (medisch specialisten in dienstverband, kaakchirurgen, vrijgevestigd medisch specialisten in het Collectief en buiten het Collectief) kan dit leiden tot een complexe governance, met vaak dubbele en elkaar deels overlappende overlegstructuren.

Hierbij dient te worden aangetekend dat de governance in een ziekenhuis doorgaans sowieso zeer complex is, hetgeen ten dele is terug te voeren op het feit dat de vrijgevestigd medisch specialisten in het kader van hun zelfstandigheid afzonderlijk - naast de loondienstspecialisten - georganiseerd zijn en de ziekenhuisomgeving vanuit zorginhoudelijk- en bedrijfsvoering technisch oogpunt sowieso complex is.

In de praktijk constateren wij dat vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuisbesturen de bedreiging voor de gelijkgerichtheid, die van het samenwerkingsmodel naar zijn aard kan uitgaan, onderkennen en daarin trachten te voorzien door onder meer op het vlak van kwaliteit van zorg en bedrijfsvoering tot

---

12 TIAS (2016). 'Op weg naar gezamenlijkheid - Rapportage Quick scan Integrale bekostiging en governance'. In opdracht van VWS. Tilburg, 14 januari 2016.

goede afspraken te komen.<sup>13</sup> Veel ziekenhuizen en Collectieven nemen maatregelen om deze dreiging te ondervangen en om nader tot elkaar te komen, door ingewikkelde verbanden en overlegstructuren aan te leggen. Dit overigens met wisselend succes.

### 2.2.6 Invloed fiscale eisen

Ten gevolge van de invoering van de integrale bekostiging waarbij het zelfstandig declaratierecht van vrijgevestigd medisch specialisten richting patiënten en verzekeraars is komen te vervallen, dreigen de vrijgevestigd medisch specialisten niet langer meer fiscaal als 'ondernemer'/'zelfstandige' te worden aangemerkt. Ter voorkoming van het verlies van deze fiscale status wordt aangenomen dat deze medisch specialisten extra fiscale (ondernemers)risico's op zich moeten nemen (hierna ook 'laden' genoemd), zoals personele en investeringsrisico's, en/of extra opdrachtgevers om het gemis van bovengenoemd zelfstandig declaratierecht als ondernemerskenmerk te compenseren.<sup>14</sup> In de praktijk zien we dat collectieven hierdoor genoodzaakt zijn een eigen (medisch specialistische) bedrijfsvoering op te zetten.

We signaleren voorts dat onder druk van de fiscale eisen Collectieven soms besluiten nemen die vanuit louter zorginhoudelijk en bedrijfseconomisch perspectief niet altijd even rationeel lijken. Zo zien we dat Collectieven medisch personeel overnemen van het ziekenhuis, welk personeel vervolgens weer aan datzelfde ziekenhuis werkzaamheden verricht.

Voorts kunnen Collectieven ter versteviging van hun fiscale zelfstandigheid (als fiscaal kenmerk) zich genoodzaakt voelen om een eigen weg in te slaan. Denk daarbij aan het verrichten van diensten of het doen van investeringen buiten het ziekenhuis om. Dit kan op gespannen voet komen te staan met de belangen van het ziekenhuis.

In de praktijk blijkt dat zeker in de ziekenhuizen waar de verhoudingen tussen ziekenhuisbestuur en vrijgevestigd medisch specialisten goed zijn, partijen in staat zijn om binnen het samenwerkingsmodel gezamenlijk tot constructieve afspraken over goede en doelmatige zorgverlening te komen. Sterker nog, op basis van de gehouden interviews bestaat de indruk dat er in veel ziekenhuizen door beide partijen naar gestreefd wordt om hetzij zoveel mogelijk 'bij het oude' te laten, hetzij maatregelen te treffen die de gelijkgerichtheid verbeteren. Dat is vanuit een oogpunt van doelgerichte en goede zorg zeer begrijpelijk.

Niettemin volgt uit de interviews dat juist de noodzaak om aan de eisen rondom fiscale zelfstandigheid te kunnen blijven voldoen met zich meebrengt dat deze constructieve verhoudingen (juist) binnen het samenwerkingsmodel onder druk kunnen komen te staan en aldus alsnog ten koste gaan van de gelijkgerichtheid.

Vanuit enkele ziekenhuizen klinkt het besef dat dit risico zich wellicht nadrukkelijk(er) zal manifesteren indien de Belastingdienst - mede onder invloed van de complexe en (politiek) gevoelige problematiek rondom de fiscale status van de vrijgevestigde medisch specialist - zich genoodzaakt ziet een restrictief handhavingsbeleid toe te passen.

---

13 TIAS (2016). 'Op weg naar gezamenlijkheid - Rapportage Quick scan Integrale bekostiging en governance'. In opdracht van VWS. Tilburg, 14 januari 2016 en NZa 'Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg 2015', 2 maart 2016.

14 Dit speelt vooral in het zgn. fiscaal transparante samenwerkingsmodel (het samenwerkingsmodel waarin de medisch specialisten als collectief georganiseerd zijn in een maatschap) en waarbij de medisch specialist zijn status als 'ondernemer' voor de inkomstenbelasting wenst te behouden.

### 2.2.7 Friciekosten

Daar waar in ziekenhuizen gekozen is voor het samenwerkingsmodel zien we dat dit vaak heeft geleid tot het ontstaan van grotere collectieven van medisch specialisten. Dit stelt extra eisen aan de organisatiegraad en omvang van de bedrijfsvoering van het collectief. Zo zien wij Collectieven die externe directeuren/managers bedrijfsvoering aantrekken om hen te ondersteunen en andere extra middelen aanwenden ter professionalisering van de bedrijfsvoering van Collectieven. De indruk bestaat echter dat dit ook is gebeurd onder druk van de fiscale eisen.

Het ontstaan van grotere collectieven/medisch specialistische bedrijven leidt - zo blijkt in de praktijk - logischerwijs primair tot focus op het exploitatieresultaat van het eigen Collectief. Daarmee wordt in beginsel de aandacht afgeleid van de exploitatierekening/bedrijfsvoering van het ziekenhuis, hetgeen ten koste gaat van de financiële gelijkgerichtheid met datzelfde ziekenhuis.

## 2.3 Conclusie

De invoering van het samenwerkingsmodel is in veel ziekenhuizen samengegaan met conglomeraatvorming (ontstaan van grotere collectieven) aan de zijde van de vrijgevestigd medisch specialisten. Over de effecten die dit heeft gehad op de gelijkgerichtheid van belangen tussen ziekenhuis en vrijgevestigd medisch wordt wisselend gedacht.

Bovendien leidt de aanwezigheid van twee zelfstandige medisch specialistische bedrijven (die van het ziekenhuis én de vrijgevestigd medisch specialisten) in diverse huizen tot complexe en deels dubbele overlegstructuren.

Om aan de eisen van de fiscaal zelfstandige status te kunnen blijven voldoen, zien we daarnaast dat vrijgevestigd medisch specialisten binnen het samenwerkingsmodel diverse maatregelen hebben moeten nemen die in beginsel eerder ten koste van de gelijkgerichtheid gaan, dan dat ze die bevorderen. Dit speelt vooral in de gevallen waarin de fiscale noodzaak bestaat om de aanwezigheid van een medisch specialistisch bedrijf aan te tonen. Die noodzaak wordt vooral binnen het fiscaal transparante samenwerkingsmodel gevoeld.

In de praktijk wordt zowel door de vrijgevestigd medisch specialisten als door de ziekenhuisbesturen er veelal naar gestreefd (en vaak niet zonder succes) om het samenwerkingsmodel aan te vullen met afspraken die (desondanks) aan de gelijkgerichtheid - en in het verlengde daarvan aan doel en strekking van de integrale bekostiging - ten goede komen.

Het participatiemodel wordt - desondanks - veelal gezien als een naar zijn aard gelijkgericht besturingsmodel en kan aldus een alternatief voor het samenwerkingsmodel vormen.

In het volgende hoofdstuk zal uiteengezet worden of het participatiemodel de genoemde kanttekeningen van het samenwerkingsmodel, kan wegnemen.

### 3 Participatiemodel

Alvorens in hoofdstuk 4 in te gaan op de belemmeringen die in de praktijk zijn geconstateerd bij de uitwerking van het participatiemodel en in hoofdstuk 5 op de maatregelen ter bevordering van het participatiemodel, zal in paragraaf 3.1 allereerst de definitie van het participatiemodel zoals in dit onderzoek zal worden gebruikt nader worden toegelicht. Daarnaast zal in paragraaf 3.2 een aantal opgetekende motieven van het participatiemodel worden toegelicht. Tot slot wordt in paragraaf 3.3 een aantal verschijningsvormen uiteengezet.

#### 3.1 Definitie en kenmerken

In het kader van de onderzoeksopdracht wordt gesproken over het participatiemodel. Uit ons onderzoek is echter naar voren gekomen dat bij ziekenhuizen onduidelijkheid bestaat over de definitie van het participatiemodel. Dit wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door het feit dat participatie in diverse vormen in de praktijk voorkomt.

Omwillen van de eenduidigheid sluiten wij in dit onderzoek aan bij de vormgeving van het participatiemodel, zoals dat is beschreven in de (besturingsmodellen) brief van 17 december 2013 van NVZ en Orde van Medisch Specialisten (thans FMS) aan het ministerie van Financiën.<sup>15</sup>

Het belangrijkste kenmerk van het participatiemodel is dat in dit model wordt deelgenomen in het **eigendom** van het ziekenhuis, waarbij aan twee voorwaarden dient te worden voldaan:

- ▶ Deelname in de **zeggenschap**; én
- ▶ Deelname in het **economisch belang** (resultaat/vermogen) door middel van het (mede)lopen van risico.

Het participatiemodel is in de brief van 17 december 2013 ontwikkeld als een besturingsmodel op grond waarvan vrijgevestigd medisch specialisten, als alternatief voor loondienst, hun (fiscaal) zelfstandige status kunnen behouden. Daarbij zijn twee (fiscale) subvarianten geschetst:

- ▶ De fiscaal **transparante** variant, waarbij de ziekenhuisactiviteiten in een personenvennootschap (zoals maatschap) zijn ondergebracht en de medisch specialisten als vennoot hun IB-ondernemersstatus kunnen behouden; en
- ▶ De fiscaal **niet-transparante** variant, waarbij de ziekenhuisactiviteiten in een rechtspersoon waarin kan worden deelgenomen (bijvoorbeeld een BV of coöperatie) zijn ondergebracht en de medisch specialisten hun fiscaal zelfstandige status behouden via het vennootschapsbelastingregime.

Het participatiemodel kan aldus worden gedefinieerd als:

*Een besturingsmodel waarin vrijgevestigd medisch specialisten op basis van (volle) eigendom in de juridische structuur van het ziekenhuis deelnemen en hun fiscaal zelfstandige status kunnen behouden.*

##### 3.1.1 Juridische structuur ziekenhuisentiteit

Alvorens op de diverse verschijningsvormen van participatie in te gaan, staan wij kort stil bij de juridische structuur van de ziekenhuisentiteit. Indien het ziekenhuis in (mede-)eigendom komt van de medisch specialisten vereist dit een structuur waarin deze eigendomsrelatie mogelijk wordt gemaakt. Dit betekent dat het ziekenhuis in een entiteit moet zijn vormgegeven, waarin een eigendomsbelang kan worden genomen. Daarbij kan gedacht worden aan een BV/NV, een coöperatie, of een vennootschap

---

15 (Besturingsmodellen)brief van 17 december 2013 van NVZ en Orde van Medisch Specialisten (thans FMS) aan het ministerie van Financiën.

onder firma. Waar wij in dit onderzoeksrapport spreken over ziekenhuis BV wordt de ziekenhuisentiteit in een participatiemodel bedoeld, ongeacht juridische rechtsvorm. Deze juridische structuur in het participatiemodel wijkt af van de huidige juridische vormen van het overgrote deel van de ziekenhuizen in Nederland. De meeste ziekenhuizen hebben immers de rechtsvorm van een stichting en kennen derhalve geen juridisch/economisch eigenaar.<sup>16</sup>

### 3.1.2 Participanten

Daar waar ziekenhuizen thans doorgaans nog als stichting zijn vormgegeven, vereist de overgang naar het participatiemodel een antwoord op de vraag van wie het ziekenhuis wordt. Medisch specialisten en raden van bestuur zullen hierover moeten nadenken, wat voor velen nieuw zal zijn.

Gebleken is dat een aantal ziekenhuizen dat ten tijde van de invoering van de integrale bekostiging heeft getracht een participatiemodel tot stand te brengen, onder meer door tijdsdruk aan deze vraag slechts in beperkte mate is toegekomen.

Doorgaans beperkten vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuisbesturen zich primair tot de vraag of en hoe ander personeel (vooral de medisch specialisten in loondienst) zou kunnen mede-participeren. Slechts in een beperkt aantal gevallen is overwogen ook anderen dan overig personeel te laten participeren. Het is echter denkbaar dat behalve medisch specialisten mogelijk ook anderen participeren in het ziekenhuis.

Gedacht kan worden aan de volgende categorieën:

Categorie	Functionarissen
Personeel	Medisch specialisten vrijgevestigd
	Medisch specialisten in loondienst
	Overig medisch personeel
	Overig personeel
	Bestuur/management
Ketenpartners	Huisartsen
	Overige aanbieders eerstelijnszorg
	Andere ziekenhuizen
	VV&T-aanbieders
Klanten	Inwoners/patiënten
Publieke belanghebbenden	Lokale overheden (gemeente/provincie)
	Andere overheden (publieke UMC's) <sup>17</sup>
Private belanghebbenden	Leveranciers (medtech/pharma/healthtec)
	Institutionele beleggers (pensioenfondsen/verzekeraars)
	Investeerders (lange/korte termijn) (binnenland/buitenland)
	Zorgondernemers

<sup>16</sup> Voor de volledigheid merken wij op dat in Nederland voorbeelden bestaan waarbij medisch-specialistische zorginstellingen niet in een stichting, maar in een structuur met eigenaren zijn ondergebracht. Daarbij kan niet alleen aan private klinieken/ZBC's worden gedacht, maar ook aan ziekenhuis BV's in handen van zorgondernemers of UMC's of andere ziekenhuisinstellingen, et cetera.

<sup>17</sup> UMC's kunnen uiteraard ook als ketenpartij kwalificeren.

In de gegeven omstandigheden zal van geval tot geval de vraag moeten worden gesteld óf en waarom een derde/belanghebbende in de eigendomsstructuur van een instelling van medisch-specialistische zorg (in welke vorm en hoedanigheid dan ook) zal participeren. De hoedanigheid van een participant kan ook gevolgen hebben voor de rechtsvormkeuze van die instelling.

### **3.1.3 Governance nieuwe ziekenhuisentiteit**

Met de wijziging van de organisatiestructuur zal ook de governance inrichting van het ziekenhuis wijzigen. Het ziekenhuis wordt ondergebracht in een nieuwe entiteit (bijvoorbeeld door inbreng of door rechtsvormomzetting) waarin derden kunnen participeren.

Naast uiteraard een positief effect op de gelijkgerichtheid, draagt het participatiemodel in combinatie met aanvullende afspraken tussen ziekenhuis en medisch specialisten ook bij aan de besturing van ziekenhuizen. Om het participatiemodel tot een succes te maken dient de governance echter wel goed geregeld te worden.

Het inrichten van de governance in het participatiemodel is inherent aan de afspraken die ziekenhuis en Collectief maken op het gebied van financiën, zeggenschaps- en inkomensverdeling, kwaliteit en veiligheid en bedrijfsvoering van het ziekenhuis. Dit maakt dat er geen blauwdruk bestaat voor het inrichten van de governance, maar dat dit maatwerk zal zijn per ziekenhuis. Desalniettemin zullen de vraagstukken en de te maken keuzes bij vrijwel ieder ziekenhuis overeenkomen. In de bijlage hebben wij ter illustratie een overzicht opgenomen (niet limitatief) van dergelijke vraagstukken.

## **3.2 Motieven om te kiezen voor het participatiemodel**

Uit de gehouden interviews blijkt dat het participatiemodel veelal niet als een doel op zich wordt beschouwd, maar meer als een middel om een bepaald doel te bereiken. Daarbij valt op dat ziekenhuizen die in staat zijn gebleken het participatiemodel onderdeel te maken van hun strategisch beleid met de implementatie van het model verder zijn gekomen.

In hoofdstuk 2 is geconstateerd dat van de besturingsmodellen die in het kader van de integrale bekostiging in de brief van 17 december 2013 van NVZ en FMS (destijds Orde van Medisch Specialisten geheten) aan het ministerie van Financiën zijn beschreven, het participatiemodel eigenlijk het enige model is dat noodzakelijkerwijs een ingrijpende wijziging in de juridische structuur van het ziekenhuis vergt. Immers, het participatiemodel is in juridische zin onlosmakelijk verbonden met de begrippen 'eigendom' en 'eigenaarschap'. Een stichting kent geen eigenaren.

Derhalve zal de ziekenhuisrechtsvorm ten behoeve van een participatiemodel moeten worden gewijzigd in een type waarbij daarvan wel sprake is, zoals een kapitaalvennootschap (BV/NV), een coöperatie of een personenvennootschap (bijvoorbeeld een vennootschap onder firma).

In het kader van dit onderzoek en gegeven het feit dat het participatiemodel zoveel mogelijk aansluiting verdient op de strategie van het ziekenhuis, gaan wij in deze paragraaf in op een aantal in de praktijk gesignaleerde motieven om voor het participatiemodel te kiezen.

### 3.2.1 Bevordering van de gelijkgerichtheid (gelijkgerichte zorg is betere zorg)

De meest opgetekende reden om tot een participatiemodel te komen is dat dit model tot meer gelijkgerichte en daarmee betere zorg leidt. Daaraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat meer parallelliteit in de financiële belangen tussen medisch specialisten en ziekenhuis, leidt tot meer gelijkgerichtheid in de zorg.

Het doel van de integrale bekostiging was immers om belangrijke belemmeringen weg te nemen voor selectieve inkoop, doelmatige zorg, en taakherschikking.

Omdat binnen het samenwerkingsmodel de partijen in beginsel juridisch zelfstandig zijn, zal een collectief van medisch specialisten in beginsel zijn vergoeding wensen af te stemmen op de inkomensbehoefte van de aangesloten specialisten én de door het Collectief gemaakte kosten. Tevens geldt binnen het samenwerkingsmodel dat het medisch specialistisch bedrijf aan fiscale substance-eisen moet voldoen. Hierdoor zal in die situatie de focus (nog) meer op het eigen Collectief en (nog) minder op de baten- en lastenstructuur van het ziekenhuis gericht zijn. Aldus ontbreekt de parallelliteit in de financiële belangen.

Aangegeven wordt dat binnen het participatiemodel die parallelliteit in financiële belangen beter gewaarborgd is. Allereerst zijn alle participanten eigenaar van hetzelfde object, zijnde het ziekenhuis. Vanuit financieel perspectief is men gerechtigd tot hetzelfde resultaat, zijnde het positief saldo van de baten minus de lasten. Dit maakt dat de participanten oog moeten hebben voor de hele exploitatie van het ziekenhuis, dat wil zeggen dat alle ziekenhuisopbrengsten en alle ziekenhuislasten relevant zijn.

Voorts kan worden aangenomen dat in het participatiemodel de aanwezigheid van een fiscale onderneming (substance-eis) doorgaans geen discussiepunt zal zijn. Daarmee vormt de fiscaliteit op dit punt geen (direct) verstrooiend en verstorend element in de samenwerking van de medisch specialisten met het ziekenhuis.

### 3.2.2 Verandering van het ziekenhuislandschap

Het zorglandschap is voortdurend in beweging als gevolg waarvan in veel ziekenhuizen het samenwerkingsmodel ook in beweging blijft. Als het samenwerkingsmodel blijft evolueren kan vanuit het samenwerkingsmodel een vorm van participatie gerealiseerd worden dat meer aansluit op het veranderende zorglandschap. Hierdoor lijkt de verbondenheid aan het ziekenhuis enerzijds, maar anderzijds ook de vrijheid om met de zorg mee te bewegen (bijvoorbeeld inrichting van anderhalvelijnszorg) voor medisch specialisten steeds aantrekkelijker te worden.

De afgelopen jaren heeft in Nederland als gevolg van fusies een stevige consolidatieslag plaatsgevonden onder ziekenhuizen. Zo is het aantal ziekenhuizen teruggedaan van 261 in 1972 tot 102 in 2015.<sup>18</sup> Die teruggang betreft het aantal instellingen; het aantal locaties kende overigens een bescheidener terugloop. Alhoewel wordt verwacht dat het aantal ziekenhuisinstellingen nog verder zal afnemen, lijkt het tempo te vertragen.<sup>19</sup>

Binnen het huidige zorgstelsel, waarin een belangrijke rol is weggelegd voor de verzekeraars, is de verwachting dat onder invloed van kwaliteits- en productievolumen-eisen ziekenhuizen keuzes in hun

18 NVZ (2016). '25 jaar patiënt in beeld; Brancherapport algemene ziekenhuizen 2016. NVZ in samenwerking met Kiwa Charity. December 2016.

19 NVZ (2016). '25 jaar patiënt in beeld; Brancherapport algemene ziekenhuizen 2016. NVZ in samenwerking met Kiwa Charity. December 2016.



zorgaanbod gaan maken. Dit zal in beginsel leiden tot concentratie van hoogcomplexiteit laagvolume zorg en spreiding van laagcomplexiteit hoogvolumezorg.<sup>20</sup>

Voorts stimuleert de overheid de overgang van tweede- en derdelijnszorg naar eerstelijnszorg (substitutie). De verwachting in de praktijk is niet alleen dat onder invloed daarvan bepaalde zorg uit het ziekenhuis zal verdwijnen, maar ook dat meer en nieuwe initiatieven zullen ontstaan. Ook nu al signaleren wij Collectieven die initiatieven binnen de anderhalvelijnszorg mede oprichten. Integrale tarieven tussen ziekenhuiszorg en de andere schakels in de zorgketen (1<sup>e</sup> lijn, preventie, welzijn, et cetera) ontbreken echter momenteel nog.

Bovendien zullen met de voortschrijding van de techniek en de informatietechnologie (e-Health) in het bijzonder, relatief eenvoudige zorghandelingen en gezondheidsmonitoring meer en meer extramuraal plaatsvinden.<sup>21</sup>

In het kader van het veranderende zorglandschap rijst in de praktijk ook de vraag bij welke ondernemende initiatieven het ziekenhuis thans op welke wijze en in welke mate betrokken dient te zijn. Kernvragen hierbij:

- ▶ Past het initiatief bij het ziekenhuis (kernprofiel en strategie/beleid)?
- ▶ Levert het initiatief netto meerwaarde op (vanuit ziekenhuisperspectief)?
- ▶ Is het initiatief geschikt voor separate positionering?

De RVZ verwacht daarnaast dat richting 2020 binnen de ziekenhuiszorg een groter beroep op risicodragend kapitaal (lees: privaat kapitaal middels verschaffing van eigen vermogen) zal worden gedaan.<sup>22</sup> Dit ook omdat de steeds duurder wordende zorg waarschijnlijk niet enkel met publieke middelen zal kunnen worden gefinancierd (zie paragraaf 5.1.3).

Een aantal ziekenhuizen dat het participatiemodel heeft willen implementeren of daar nog mee bezig is, heeft de veranderingen in het zorglandschap (zoals de strategische positie van het ziekenhuis regionaal, maar soms ook landelijk) en de wijze daarop in te springen, nadrukkelijk laten meewegen bij de keuze voor het participatiemodel.

### 3.2.3 Verbetering vermogenspositie ziekenhuis

Ten gevolge van de steeds verdergaande liberalisering van de beprijzing van zorg, de toegenomen eigen verantwoordelijkheid voor de financiering van de kapitaallasten en de mogelijkheid voor de Minister om bij overschrijding van het macrokader kortingen op te leggen, zijn de financiële risico's voor ziekenhuizen de afgelopen jaren flink gestegen. Onder invloed van de toegenomen (gereguleerde) marktwerking in de zorg is bovendien van 'automatisch' overheidsingrijpen bij ziekenhuizen in financiële nood niet langer sprake. Voor slecht presterende ziekenhuizen dreigt faillissement.<sup>23</sup>

De toegenomen marktwerking in combinatie met een terugtrekkende overheid dwingt ziekenhuizen tot aanpassingen in hun financieringsbeleid. Het aantrekken van privaat kapitaal via een participatiemodel kan bijdragen aan een versterking van de eigen vermogenspositie van ziekenhuizen. Zo is in de praktijk gebleken dat bij ziekenhuizen in financiële nood het participatiemodel op korte termijn uitkomst kan

---

20 Rapport 'Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg', Kiwa Prismant, oktober 2011.

21 Zie onder meer 'Kamerbrief voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering, Ministerie van VWS, 8 oktober 2015

22 Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011

23 Zie hierover nader in Eindrapport risicoverkenning faillissementen zorgverzekeraars en ziekenhuizen', NZA, juni 2015 en 'Kamerbrief over evaluatie faillissementen Ruwaard van Putten en De Sionsberg', 8 maart 2016.

bieden. Naast private investeerders, is daarbij (ook) participatie door personeel (waaronder medisch specialisten), zorgketenorganisaties, andere ziekenhuizen (waaronder UMC's), gemeenten in verschillende stadia aan de orde geweest. Uiteraard kan ook in situaties waarin geen sprake is van acute financiële nood, het aantrekken van extra eigen vermogen gewenst zijn. Door de toegenomen financiële risico's stellen banken ook hogere solvabiliteitseisen.

### 3.2.4 Zelfbeschikkingsrecht en invloed in de eigen medische praktijk

De hierboven beschreven beoogde functies illustreren hoe participatie van medisch specialisten in ziekenhuizen aansluit bij ontwikkelingen c.q. bijdraagt aan reeds ingezet beleid. Evenzeer van belang voor de bevordering/haalbaarheid van het participatiemodel is de vraag of participatie ook aansluit bij de behoeften van individuele medisch specialisten.

Onze ervaring<sup>24</sup> is dat medisch specialisten de meeste waarde hechten aan de volgende zaken: zelfbeschikkingsrecht, invloed in de eigen medische praktijk en zeggenschap. Het behoud van fiscaal ondernemerschap wordt ook vaak genoemd, zij het met name als *middel* om zelfbeschikkingsrecht en invloed in de eigen medische praktijk te bewerkstelligen.

Het participatiemodel sluit goed aan bij deze behoeften van een medisch specialisten. Tegelijkertijd verklaart het ook de terughoudendheid van medisch specialisten om in het ziekenhuis *als groot geheel* te participeren en een voorkeur voor het investeren in initiatieven binnen het eigen (meer overzichtelijke) medische vakgebied.

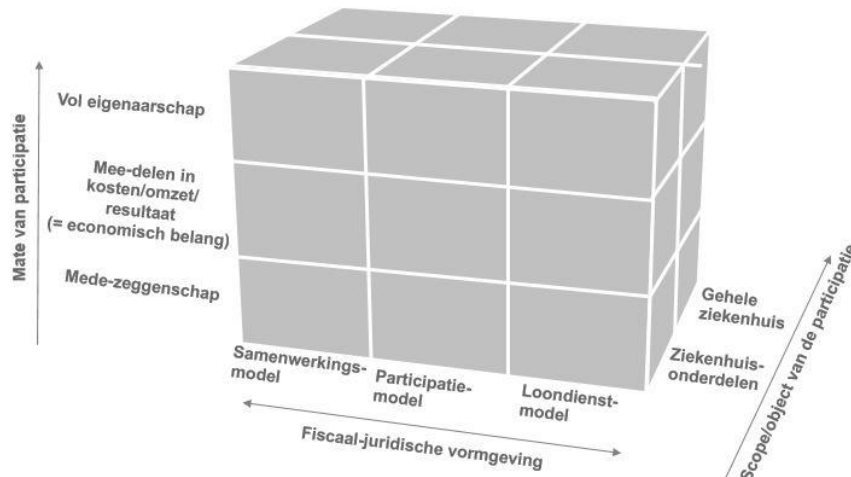
## 3.3 Participatie langs drie dimensies

Onder verwijzing naar de in paragraaf 3.1 genoemde kenmerken van het participatiemodel zijn in de praktijk verschillende vormen van participatie ontwikkeld. Alhier wordt dus niet het participatiemodel als zodanig toegelicht, maar aspecten van participatie, zoals die thans in de samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuis zijn/worden toegepast. We onderscheiden hierbij drie dimensies:

1. Fiscaal-juridische vormgeving;
2. Mate van participatie; en
3. Scope/object van de participatie.

---

24 In het kader van de integrale bekostiging heeft EY in de aanloop naar 2015 diverse ziekenhuizen ondersteund in de besluitvorming tot hun voorkeursmodel. Gedurende deze trajecten zijn diverse enquêtes uitgevoerd naar de behoeften van medisch specialisten. Genoemde zaken vormen de grote gemene deler van de resultaten van deze enquêtes.



Veel vormen van participatie zijn een mengvorm vanuit meerdere dimensies. In de volgende paragrafen zullen wij de drie dimensies en een aantal mengvormen nader toelichten.

### 3.3.1 Fiscaal-juridische vormgeving

Ten aanzien van de fiscaal-juridische vormgeving zijn er twee modellen te onderscheiden waarbij de vrijgevestigd medisch specialist zijn fiscaal zelfstandige status behoudt; te weten het samenwerkingsmodel en het participatiemodel. Bij het loondienstmodel is de medisch specialist juridisch en fiscaal in dienstbetrekking bij het ziekenhuis.

Langs de fiscale-juridische as zijn in de praktijk diverse tussenvormen ontstaan. Die tussenvormen komen erop neer dat zowel vanuit het samenwerkingsmodel als vanuit het loondienstmodel varianten zijn ontstaan waarbij vormen van participatie zijn ontwikkeld. Gesteld zou kunnen worden dat elementen van participatie als het ware in het loon- en samenwerkingsmodel zijn 'bijgemengd'. Een tweetal van die mengvormen lichten wij hier nader toe. Allereerst het samenwerkingsmodel met participatie-elementen. En vervolgens het loondienstmodel met participatie-elementen.

#### 3.3.1.1 Mengvorm 1: Samenwerkingsmodel met participatie-elementen

In vrijwel alle in de praktijk geïmplementeerde samenwerkingsmodellen zijn elementen van (mede)zeggenschap opgenomen. Vanuit het Collectief van vrijgevestigd medisch specialisten wordt bijvoorbeeld geparticipeerd in de governance structuur van het ziekenhuis, waardoor met het ziekenhuis afstemming plaatsvindt over onder meer kwaliteit en veiligheid, organisatie van zorg, de bedrijfsvoering en wordt aangesloten op de onderhandelingen met de verzekeraar.

In de praktijk zijn samenwerkingsmodellen die tevens elementen van zeggenschapsparticipatie en/of financiële participatie kennen ook wel aangeduid als 'heavy' samenwerkingsmodel (of participatiemodel 'light'). Daarnaast is er een flink aantal samenwerkingsmodellen waarbij op enigerlei wijze wordt aangehaakt op de financiële resultaten van het ziekenhuis. In die gevallen is bij het opstellen van de eerste financiële afspraken in de samenwerkingsovereenkomst het honorariumdeel (onder het Beheersmodel) veelal het vertrekpunt geweest. Daarbij koppelt het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten zijn opbrengsten rechtstreeks aan de omzet van het ziekenhuis, daar waar deze bij het ziekenhuis ten gevolge van de invoering van de integrale bekostiging stijgt door de overheveling van het honorariumdeel van de vrijgevestigd medisch specialisten naar het ziekenhuis.

Ten slotte zijn bij veel ziekenhuizen nadere financiële afspraken gemaakt met het Collectief. Deze hebben met elkaar gemeen dat zowel aan de opbrengstzijde, als aan de kostenzijde het Collectief belang heeft bij de aard, samenstelling en omvang van het exploitatieresultaat van het ziekenhuis. Deze afspraken kennen een verschillende achtergrond:

### 1. Zakelijke doorbelasting

Als zelfstandige contractspartij (lees: het principe dat binnen het samenwerkingsmodel het ziekenhuis en het collectief van vrijgevestigd medisch specialisten in beginsel juridisch zelfstandige partijen zijn) betaalt het Collectief voor diensten van het ziekenhuis en omgekeerd. Denk daarbij onder andere aan kosten verbonden aan personele inzet (financiële administratie, HR-afdeling, zorgpersoneel, etc.), of het gebruik van bedrijfsmiddelen (ruimte, apparaten, materialen).

### 2. Fiscaal

Onder invloed van de fiscaliteit zijn afspraken gemaakt over het doorbelasten en overhevelen van kosten, daar waar dit onder meer bijdraagt aan de eisen van het fiscaal ondernemerschap of *substance*. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de overheveling van administratief en zorgpersoneel naar het Collectief om personele risico's te laden.

### 3. Streven naar gelijkgerichtheid

Daarnaast zien we dat ziekenhuizen en Collectieven afspraken hebben gemaakt, waarbij het Collectief op een bepaalde wijze 'meebeweegt' met de ontwikkeling van het exploitatieresultaat van het ziekenhuis (bijvoorbeeld ten aanzien van de productie, specifieke kosten etc.).

Daar waar dit soort financiële afspraken wordt gemaakt, krijgt het Collectief een financieel belang bij de exploitatie van het ziekenhuis. Deze verbondenheid doet een vorm van economische/financiële participatie ontstaan en voorkomt tegelijkertijd dat een al te rigide inrichting van het samenwerkingsmodel ten koste gaat van de gelijkgerichtheid.

#### Fiscaal risico

Naarmate het Collectief van vrijgevestigd medisch specialisten in het samenwerkingsmodel meer in het financieel resultaat van het ziekenhuis participeert, groeit het risico dat aan de zijde van het ziekenhuis een inbreuk ontstaat op het fiscale winstbestemmingscriterium<sup>25</sup>. Dit wettelijke criterium bepaalt dat een zorginstelling die de zorgvrijstelling binnen de vennootschapsbelasting deelachtig is, alleen op deze vrijstelling aanspraak maakt, indien het de behaalde winst uitsluitend kan aanwenden ten bate van een (zorg)vrijgestelde instelling of een algemeen maatschappelijk belang. Mocht hierop een inbreuk worden gemaakt doordat zorggeld bijvoorbeeld toekomt aan vrijgevestigd medisch specialisten dan wordt dit geld aan de publieke (zorg)sfeer onttrokken en vervalt de zorgvrijstelling. Het ministerie van Financiën heeft uitdrukkelijk op dit risico gewezen. Of en wanneer daarvan sprake is, is niet geheel duidelijk en hangt af van de omstandigheden van het geval.

#### 3.3.1.2 Mengvorm 2: Loondienstmodel met participatie-elementen

Ook aan de andere kant van de juridische en fiscale dimensie-as zijn tussenvormen - bijvoorbeeld mengvormen tussen participatie en loondienst - denkbaar en in de praktijk gesignaleerd.

---

25 Artikel 4 Uitvoeringsbesluit Vennootschapsbelasting.

Zo is het ook in een loondienstomgeving mogelijk dat medisch specialisten als werknemer verregaand participeren in de zeggenschap van het ziekenhuis of daarin een economisch belang verwerven. Dat laatste doet zich met name voor indien loondienstspecialisten als werknemer de mogelijkheid wordt geboden om te participeren in het ziekenhuis. In zo'n situatie zal doorgaans de fiscale status van deze medisch specialisten niet veranderen: het blijven werknemers in dienstbetrekking van het ziekenhuis. Ook voor wat betreft de arbeidsrechtelijke aspecten zijn de medisch specialisten in dit model reguliere werknemers in dienstbetrekking van het ziekenhuis en zijn de normale arbeidsrecht regels van toepassing op deze medisch specialisten. Deze vorm van participatie kan ook worden aangeduid als werknemersparticipatie.

Bij werknemersparticipatie, bijvoorbeeld als onderdeel van een variabele beloning, kan een deel van het inkomen van de medisch specialist afhankelijk worden gemaakt van het resultaat van het ziekenhuis. Ook kunnen bij werknemersparticipatie aandelen of certificaten van aandelen worden uitgegeven aan medisch specialisten (en andere werknemers).

#### WNT

Ten aanzien van de medisch specialist in loondienst die ook (gedeeltelijk) bestuurder wordt in het ziekenhuis geldt dat hij op grond van de WNT kwalificeert als topfunctionaris en dat op zijn bezoldiging als bestuurder de WNT-norm van toepassing is. Ten aanzien van de medisch specialist in zijn hoedanigheid van medisch specialist in loondienst geldt dat in ieder geval tot 1 januari 2018 - tot de Evaluatiewet WNT is ingevoerd - medisch specialisten buiten de WNT vallen. Maar ook ten aanzien van de Evaluatiewet WNT is bevestigd dat de medisch specialist is uitgezonderd. Voor wat betreft dividenduitkeringen op aandelen in het ziekenhuis geldt dat deze vooralsnog niet onder de WNT vallen. Immers, dividend wordt gezien als een vergoeding voor de beschikbaarstelling van eigen vermogen en niet als een vergoeding voor arbeid. Mochten medisch specialisten in loondienst dus al onder de WNT komen te vallen in de toekomst, dan lijkt op dit moment te gelden dat winstuitkeringen op aandelen in het kader van werknemersparticipatie hier niet onder vallen. Winstdelingen die worden uitgekeerd in het kader van een dienstverband (als topfunctionaris) vallen echter wel onder de WNT.

Voor het werknemersparticipatiemodel in de vorm van een aandelen- of certificatenbelang geldt dat de fiscale verwerking van deze vorm van werknemersparticipatie doorgaans in Box 3 (inkomen uit sparen en beleggen) wordt afgewikkeld. Voor werknemersparticipatie in de vorm van een variabele beloning geldt dat de fiscale verwerking doorgaans in Box 1 (inkomen uit werk en woning) wordt afgewikkeld. Van verwerking in Box 2 (inkomen uit aanmerkelijk belang) zal enkel sprake zijn als het individuele aandelenbelang 5% of meer bedraagt. Daarvan zal niet snel sprake zijn.

Het werknemersparticipatiemodel wordt in de praktijk niet alleen als een optie voor medisch specialisten die reeds in loondienst zijn gezien. Ook medisch specialisten die nu vrijgevestigd zijn kunnen - nadat zij de stap naar loondienst hebben gemaakt - participeren in een werknemersparticipatiemodel. Vrijgevestigd medisch specialisten die naar het loondienstmodel overgaan, staken hun onderneming. De Minister heeft voor deze medisch specialisten een subsidieregeling ingesteld. Deze regeling geeft de medisch specialisten die naar loondienst overgaan aanspraak op een bedrag van maximaal € 100.000.

Bij een van de geïnterviewde ziekenhuizen die onderweg is naar een werknemersparticipatiemodel hebben de medisch specialisten besloten dit subsidiegeld aan te wenden als investeringskapitaal in het ziekenhuis.

#### Subsidieregeling

Bij de invoering van de integrale bekostiging had de Minister al een subsidieregeling ingesteld. Deze subsidieregeling bood medisch specialisten die vrijgevestigd waren in 2014 en die in de eerste helft van 2015 in loondienst gingen een subsidiemogelijkheid. Deze subsidieregeling is voor 2016 onder soortgelijke voorwaarden verlengd. Vrijgevestigd medisch specialisten kunnen ook in de jaren 2017, 2018 en 2019 een gesubsidieerde overstap maken naar loondienst, onder de randvoorwaarde van een subsidieplafond van in totaal 10 miljoen euro over de genoemde jaren.

### 3.3.2 Mate van participatie

Er zijn in de praktijk vele tussenvormen mogelijk tussen eigenaarschap en medezeggenschap. Zo komt het in de praktijk ook voor dat participatie wordt gezien als het creëren van zeggenschap en medeverantwoordelijkheid door co-bestuur, medisch management of RVE structuren. De medisch specialist (ongeacht werkvorm) die verantwoordelijkheid draagt en samen met het ziekenhuis zorgt voor aanbod van de meest doelmatige zorg, wordt in de ziekenhuizen soms ook als een vorm van participeren gezien.

### 3.3.3 Scope/object van de participatie

Niet alleen zijn tussenvormen tussen de besturingsmodellen mogelijk gebaseerd op fiscaal-juridische status of de mate van zeggenschap en economisch belang. Ook in het object van participatie wordt gedifferentieerd. In de praktijk constateren wij dat medisch specialisten niet zozeer in de eigendomsstructuur van het gehele ziekenhuis participeren, maar in een deel ervan. Daarbij kan worden gedacht aan participatie in één of enkele zorgdiensten (bepaalde activiteiten lenen zich immers beter voor een vorm van participatie dan andere activiteiten), zorglocaties, specifieke activiteiten, organisatorische eenheden (RVE, afdeling, divisie, et cetera) of in specifieke vermogensbestanddelen (vastgoed, specifieke apparaten/systemen, et cetera).

Uit publicaties<sup>26</sup> en diverse gehouden interviews komt naar voren dat ziekenhuizen met deze vorm van deelparticipatie als voordeel zien dat medisch specialisten deelnemen in een afgebakend, overzienbaar en/of beïnvloedbaar object. Belangrijke voorwaarde is evenwel dat hierbij sturing op basis van verantwoordelijkheid en regie adequaat dient te worden belegd.

Tegelijkertijd onderkent men ook de moeilijkheid van het beleggen van de verantwoordelijkheid voor het deelobject overstijgende belang. Hierbij wordt bedoeld op de verantwoordelijkheden die enerzijds zijn gerelateerd aan de relatie met de andere deelobjecten (denk aan vakgroepen, afdeling, RVE's) en anderzijds zijn gerelateerd aan ziekenhuisorganisatie als geheel.

---

26 J.P. Ottevanger cs, 'Specialist doet weer mee', Medisch Contact, 19 februari 2008, M. van Riel, 'Maak de specialist aandeelhouder', Medisch contact, 6 april 2011, 'Guus Kuiters, 'Zorg-bv verdient landelijk navolging', Medisch Contact, 13 juli 2011 'Kees-Peter de Roos H.A. Martino Neumann, 'Zorg-bv verdient landelijk navolging', Medisch Contact, 13 september 2011.

## 4 Belemmeringen participatiemodel

### 4.1 Introductie

Ten tijde van de invoering van de integrale bekostiging heeft een aantal ziekenhuizen een begin gemaakt met het uitwerken van het participatiemodel, in welke vorm dan ook. Uiteindelijk heeft een zevental ziekenhuizen gekozen voor het concreter uitwerken van een participatiemodel. De overgang naar het participatiemodel is nieuw, veelal onbekend, kent veel variatiemogelijkheden, en roept - mede vanwege de complexe omgeving waarbinnen het moet worden geïmplementeerd - veel financiële, organisatorische, juridische en fiscale vragen op en is daardoor pluriform. Door verschillende interne en externe belemmeringen is er uiteindelijk geen enkel ziekenhuis geweest dat thans het participatiemodel - zoals gedefinieerd in dit onderzoek - volledig heeft geïmplementeerd. Deze belemmeringen zijn uit verschillende interviews naar voren gekomen.

Het grootste gedeelte van de Nederlandse ziekenhuizen is niet begonnen aan de uitwerking van het participatiemodel. Alhoewel de ene groep ziekenhuizen de weg tot participatie deels heeft bewandeld en de andere groep niet, vertonen de belemmeringen die deze beide groepen ziekenhuizen ervaren grote overlap. Om deze reden maken wij geen onderscheid tussen beide groepen. Indien relevant, lichten wij het onderscheid toe bij de betreffende belemmering.

Wij onderscheiden de volgende (categorieën) van belemmeringen:

1. Verbod op winstuitkering	Wettelijke belemmeringen (paragraaf 4.2)
2. WNT	
3. Fiscale regelgeving	
4. ACM/NZa concentratiemelding	
5. Onduidelijk beeld	Niet-wettelijke belemmeringen (paragraaf 4.3)
6. Implementatiemoeilijkheden	
7. Tijdgebrek	
8. Onzeker financieel perspectief	
9. Beperkte ondernemerszin medisch specialisten	
10. Publieke opinie	

Tot slot merken wij op dat de gesignaleerde belemmeringen - onder te verdelen in wettelijke en niet-wettelijke belemmeringen - met name naar voren komen in de interviews met de belangenbehartigers en de ziekenhuizen. Opvalt dat toezichthouders en verzekeraars zich minder expliciet uitlaten over de verschillende besturingsmodellen.

### 4.2 Wettelijke belemmeringen

Ten tijde van het invoeren van de integrale bekostiging was de benodigde wet- en regelgeving (nog) niet ingericht op het participatiemodel, ofwel vormde de huidige wet- en regelgeving een obstakel. Dit betreft zowel fiscale wetgeving (bijvoorbeeld vennootschapsbelasting en de btw) als niet-fiscale wet- en regelgeving (verbod op winstuitkering en toepassing van WNT).

#### 4.2.1 Verbod op winstuitkering

In onze interviews is meermaals ter sprake gekomen dat het doen van winstuitkeringen voor een ziekenhuis mogelijk moet zijn omdat het participatiemodel uitgaat van medisch specialisten als aandeelhouder (of andersoortige participant) die mogelijk dividend ontvangen. Immers, de vergoeding voor het beschikbaar stellen van eigen vermogen door de aandeelhouder vormt de uitkering van winst, ofwel dividend. De huidige wet- en regelgeving kent echter een verbod op winstuitkering (zie onderstaand kader).

In artikel 5 lid 2 WTZi is een verbod op winsttoogmerk voor het verlenen van verzekerde zorg voor bepaalde categorieën van instellingen opgenomen. In artikel 3.1 van het Uitvoeringsbesluit WTZi is opgenomen voor welke instellingen een winsttoogmerk desalniettemin is toegestaan. Het gaat hierbij om de volgende typen instellingen:

- ▶ instellingen voor medische specialistische zorg die uitsluitend zorg verlenen in verband met een psychiatrische aandoening, niet in combinatie met een Zorgverzekeringswet-verblijf;
- ▶ instellingen behorend tot de categorieën audiologische centra, trombosediensten, huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg, mondzorg, paramedische zorg, het verstrekken van hulpmiddelen, het verlenen van farmaceutische zorg, ziekenvervoer, behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening en de uitleen van verpleegartikelen;
- ▶ instellingen behorend tot de categorieën persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling anders dan de behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening, die de betreffende zorg niet verlenen in combinatie met een Wlz-verblijf;
- ▶ kleinschalige woonvoorzieningen zijnde instellingen of delen daarvan die:
  - ▶ bestaan uit zelfstandige woningen; woningen die naast één of meer privévertrekken een eigen voordeur, een eigen keuken, een eigen toilet en een eigen badkamer hebben;
  - ▶ een beperkte omvang hebben, dat wil zeggen dat zij huisvesting bieden aan ten hoogste zes personen, en
  - ▶ samen met andere in de directe omgeving gelegen zodanig voorzieningen aan niet meer dan 50 personen verblijf bieden.

Alle overige WTZi-instellingen zijn derhalve gebonden aan het verbod op winsttoogmerk.



Het verbod op winstoogmerk van zorginstellingen is ingevoerd omdat de wetgever van mening was dat de financiering van deze instellingen uit collectieve middelen zich niet zou verdragen met een vorm van winstuitkering die zou toevloeien naar aandeelhouders van zorginstellingen in plaats van aan de zorg ten goede te komen. Met het verbod op winstoogmerk van zorginstellingen wordt dan ook niet zozeer beoogd het streven naar winst te verbieden, maar wordt voornamelijk beoogd de uitkering van winst te verbieden. De vraag is echter wanneer er sprake is van 'winstuitkering' in de zin van dit verbod. Aangenomen wordt dat het winstverbod primair beoogt te voorkomen dat winst wordt uitgekeerd aan derden als vergoeding voor het ter beschikking stellen van eigen vermogen aan een zorginstelling.<sup>27</sup>

Dit winstverbod geldt voor de gehele rechtspersoon, niet alleen voor dat gedeelte van de rechtspersoon waar winst wordt behaald met zorgactiviteiten waarvoor een WTZi-toelating vereist is.

Aangezien ten tijde van de invoering van de integrale bekostiging, onbekend was of winstuitkering middels het destijds ingediende Wetsvoorstel VIMZ (zie kader hieronder) mogelijk zou worden is deze onbekendheid in de meeste ziekenhuizen een belemmering voor de totstandkoming van het participatiemodel geweest.

Het Wetsvoorstel VIMZ is bij de Tweede Kamer ingediend op 8 februari 2012 en betreft een wijziging van de WTZi. Op 18 februari 2013 is er een nota van wijziging ingediend die het Wetsvoorstel VIMZ op een aantal punten heeft gewijzigd.

Het Wetsvoorstel VIMZ is reeds op 1 juli 2014 aangenomen door de Tweede Kamer. De Eerste Kamer heeft op 9 december 2014 de plenaire behandeling van het Wetsvoorstel VIMZ aangehouden op verzoek van de Minister in afwachting van de door haar aan de Raad van State te vragen voorlichting over de implicaties van een ingediend amendement.

Aangezien medisch specialisten, indien zij eigen vermogen beschikbaar stellen aan het ziekenhuis, ook een vergoeding daarvoor wensen is het vanuit de medisch specialisten gewenst snel duidelijkheid te krijgen over de mogelijkheden voor uitkering van winst. Het wordt dan voor medisch specialisten - en wellicht ook anderen - aantrekkelijker om te participeren in het ziekenhuis en winst te ontvangen.

Mocht het Wetsvoorstel VIMZ worden aangenomen, dan kunnen hierin nog steeds belemmeringen schuilen. Het Wetsvoorstel VIMZ stelt namelijk een flink aantal voorwaarden aan winstuitkering. Zowel vanuit de ziekenhuizen die hebben getracht om het participatiemodel te implementeren, als in de vakliteratuur zijn kritische kanttekeningen geplaatst bij sommige voorwaarden. Een aantal ervan wordt als té stringent ervaren, weer andere juist als onvoldoende vergaand. Dit kan de animo om te participeren in instellingen van medisch-specialistische zorg beperken.<sup>28</sup> De volgende eisen uit het Wetsvoorstel VIMZ worden genoemd als mogelijk belemmerend:

1. De eis dat het resultaat uit gewone bedrijfsvoering na belastingen gedurende de drie boekjaren die aan het uitkeringsjaar vooraf zijn gegaan positief is geweest;
2. een verplichte beschikking van de minister, inhoudende dat hij zijn bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de te verlenen zorg naar behoren heeft

27 Uit de literatuur blijkt overigens dat niet iedere vorm van het aan derden doen toekomen van winst of vermogen valt onder het verbod van artikel 5 lid 2 WTZi. Zo blijkt dat de betaling van een resultaatsafhankelijke beloning aan bestuurders of werknemers en de betaling van een resultaatsafhankelijke tegenprestatie aan andere economisch gerechtigden (zoals medisch specialisten) niet als winstuitkering in de zin van de WTZi kwalificeren. Dat betekent dus dat dergelijke uitkeringen wel zijn toegestaan.

28 Vergelijk E. Plomp, E. Schut, M. Varkevisser, 'Winstuitkering bij ziekenhuiszorg', ESB Gezondheidszorg, 30 augustus 2013.

ingericht en dat hij een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem heeft, waarbij geldt dat de zorgaanbieder deze beschikking niet eerder kan aanvragen dan in de tiende maand van het derde jaar volgende op de dag waarop hij voor de eerste keer ten gevolge van een investering eigen vermogen verwerft;

3. Verplichte solvabiliteitsmarge - en, indien hij deel uitmaakt van een zorgaanbiedersgroep, de solvabiliteitsmarge van het hoofd van die groep - na de winstuitkering van minimaal 20%; en
4. Goedkeuring van de NZa voor de eerste winstuitkering.<sup>29</sup>

#### 4.2.2 WNT

Uit de interviews met ziekenhuizen is naar voren gekomen dat de medisch specialisten de toepassing van de WNT als onzeker ervaren. Uit deze interviews komt ook naar voren dat het huidige samenwerkingsmodel door de medisch specialisten wordt ervaren als het minst "gevoelig" voor de WNT. Dit heeft er om die reden bij de medisch specialisten toe geleid dat in ieder geval loondienst minder populair is. Maar dat ook het participatiemodel door deze ervaren onzekerheid weinig resultaat geboekt heeft.

De WNT is van toepassing op topfunctionarissen bij alle instellingen die onder de WNT vallen. De WNT geldt voor de publieke en semipublieke sector. Hieronder vallen ook de ziekenhuizen, zijnde een WTZi-instelling. Als topfunctionarissen worden in ieder geval leden van de raad van bestuur en leden van de raad van toezicht gekwalificeerd. Daarnaast kunnen anderen kwalificeren als topfunctionaris. Medisch specialisten die (ook) bestuurder zijn vallen derhalve onder de huidige wet- en regelgeving onder de WNT.

In 2013 is met de Minister een akkoord gesloten voor de periode 2014 tot en met 2017, waarin is afgesproken dat de WNT niet van toepassing zal zijn op de medisch specialisten. Dit wordt ook na wijziging van de WNT, waarschijnlijk per 1 januari 2018 gehandhaafd. Er is een wetsvoorstel in behandeling bij de Tweede Kamer, de Evaluatiewet WNT.<sup>30</sup> Daarnaast is er nog een wetsvoorstel in voorbereiding, de Wet personele reikwijdte WNT, (ook bekend als de WNT 3).<sup>31</sup> Op basis van deze laatste wet zou de WNT op alle functionarissen binnen een (semi-)publieke instelling van toepassing moeten worden. De Wet personele reikwijdte WNT is echter nog in voorbereiding. Door de Minister wordt ten aanzien van de Wet personele reikwijdte WNT al wel bepleit dat medisch specialisten hiervan uitgezonderd moeten blijven, om te voorkomen dat de medisch specialisten uit Nederland vertrekken.

In de Evaluatiewet WNT die nu in behandeling is, is het voorstel opgenomen om een topfunctionaris die een jaar topfunctionaris is geweest en daarna een andere functie gaat vervullen binnen de instelling toch nog voor vier jaar onder de normerende werking van de WNT te laten vallen (wijziging van het begrip 'gewezen topfunctionaris'). Hierbij is direct voorgesteld om medisch specialisten die voltijd toetreden tot de raad van bestuur en na een paar jaar weer voltijd medisch specialist worden uit te zonderen van deze bepaling.<sup>32</sup> Voorgesteld is om medisch specialisten (een limitatief aantal genoemde specialisten) geheel uit te zonderen van de WNT. Dit is opgenomen in een met de Evaluatiewet WNT nieuw op te nemen artikel 1.5a:

29 Wetsvoorstel VIMZ.

30 Kamerstuknummer 34654.

31 Kamerstukken II 2016-17, 34654, nr. 3, p. 12.

32 Kamerstukken II 2016-17, 34654, nr. 3, p. 20.

*“Deze wet is niet van toepassing op het deel van de werkzaamheden als arts, tandarts of apotheker als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de werkzaamheden in een specialisme van die beroepen als bedoeld bij of krachtens artikel 14 van die wet alsmede de werkzaamheden als klinisch chemicus of als klinisch fysicus van degene die bij of krachtens artikel 34 van die wet gerechtigd is die titel te voeren.”*

Ten aanzien van dit artikel is voorgesteld om terugwerkende kracht te verlenen tot 1 januari 2017.<sup>33</sup> Op dit moment is echter al in artikel 8a Beleidsregels WNT 2017 opgenomen, dat wanneer een medisch specialist naast zijn functie als medisch specialist ook een (deeltijd) functie als bestuurder heeft, alleen de functie van bestuurder te normeren.

Op dit moment, en ook na invoering van de Evaluatiewet WNT (verwacht per 1 januari 2018) en de WNT 3, is de WNT niet van toepassing op medisch specialisten. De WNT is enkel van toepassing op topfunctionarissen.

In een commissiebrief van de Minister aan de Tweede kamer d.d. 24 maart 2014 wordt door de Minister opgemerkt dat de loondienst medisch specialisten inderdaad - ook op dat moment - niet onder de WNT vallen.<sup>34</sup> *“Als ze er wel onder zouden vallen vrees ik grote uitstroom naar vrije vestiging/maatschap. De maatschap/vrije vestiging valt uiteraard naar haar aard niet onder de WNT. Het inkomensverschil tussen loondienst en vrije vestiging zou daarmee zo groot worden dat een uitstroom uit loondienst te verwachten valt. Dat acht ik zeer onwenselijk.”*

Alhoewel de Minister in haar brief van 24 maart 2014 heeft aangegeven dat de vrijgevestigd medisch specialisten “uiteraard gezien hun aard niet onder de WNT vallen”, ervaren de vrijgevestigd medisch specialisten in het kader van het participatiemodel toch onzekerheid over de toepassing van de WNT. Dit komt onder andere doordat in het participatiemodel de vrijgevestigd medisch specialisten meer naar het ziekenhuis toe bewegen. De (indirect) opdrachtnemer-opdrachtgeversrelatie verandert immers naar een (indirect) aandeelhoudersrelatie. Doordat de vrijgevestigd medisch specialisten dan deel uitmaken van één en dezelfde juridische structuur geeft dit de medisch specialisten het gevoel dat zij in het participatiemodel dichter tegen loondienst aan bewegen en daardoor ervaren de vrijgevestigd medisch specialisten dat de “onzekerheid” voor loondienstspecialisten of zij na 2018 onder de WNT vallen, ook van toepassing is op hun situatie.

Uit de interviews komt tevens naar voren dat het huidige WNT-kader ten aanzien van topfunctionarissen - hetgeen ervoor zorgt dat een medisch specialist bestuurder onder de WNT valt - als een grote belemmering wordt gezien voor het participatiemodel, waarin een bestuurdersrol van medisch specialisten wel gewenst is.

33 Kamerstukken II 2016-17, 34654, nr. 7.

34 Brief van Minister Schippers aan de Tweede Kamer d.d. 24 maart 2014 betreffende Commissiebrief inzake SO Invoering Integrale bekostiging specialistische zorg.

## 4.2.3 Fiscale regelgeving

### 4.2.3.1 Vennootschapsbelasting

Doordat in het participatiemodel het ziekenhuis wordt geëxploiteerd in een juridische entiteit waarin kan worden deelgenomen (bijvoorbeeld BV, NV of coöperatie) loopt het ziekenhuis het risico integraal vennootschapsbelastingplichtig te worden. Daar waar (non-profit) ziekenhuizen als stichting thans - in tegenstelling tot de meeste private klinieken - doorgaans zijn vrijgesteld, wordt deze dreiging bij de eventuele overgang naar een participatiemodel als een nadeel ervaren. In de aanloop naar de invoering van de integrale bekostiging is voor betrokkenen onvoldoende duidelijk geweest of participatieziekenhuizen door adequate structurering de gevolgen van mogelijke vennootschapsbelastingplicht konden voorkomen, beperken en/of uitstellen.

#### Vennootschapsbelastingpositie van instellingen in de curatieve zorg

Ziekenhuizen in Nederland worden meestal in de rechtsvorm van een stichting gedreven. Om naar de vennootschapsbelastingpositie van ziekenhuizen te kijken, dient allereerst gezien te worden hoe de vennootschapsbelasting verloopt bij stichtingen. Stichtingen worden in Nederland onderworpen aan de vennootschapsbelasting indien en voor zover zij een 'onderneming' drijven. Algemeen wordt aangenomen dat een zorgonderneming al snel kwalificeert als een 'onderneming' in fiscale zin. Dit betekent dat veel ziekenhuisstichtingen naar fiscale maatstaven een onderneming drijven.

Eenmaal vennootschapsbelastingplichtig dient te worden gezien in hoeverre een vrijstelling van toepassing is. Voor zorginstellingen kent de wet de zogenaamde zorgvrijstelling. De zorgvrijstelling is van toepassing indien (samengevat):

- ▶ De instelling geheel of nagenoeg geheel zorg verricht;
- ▶ Indien de winst van deze zorginstelling uitsluitend ten bate komt aan andere zorgvrijgestelde instellingen of het algemeen belang.

Voor private ziekenhuizen, ook wel private klinieken of zelfstandige behandelcentra genoemd, geldt dat deze meestal in de vorm van een BV worden gedreven. Daar waar de aandelen van deze BV's in handen zijn van private partijen waaraan de winst ten goede kan komen, zullen deze BV's doorgaans geen beroep kunnen doen op de zorgvrijstelling omdat de winst toekomt aan private eigenaars van de BV.

Aldus bestaat er in Nederland een situatie dat binnen de curatieve zorg er belaste zorginstellingen en niet-belaste zorginstellingen zijn. Dat wil zeggen dat ziekenhuisstichtingen doorgaans zijn vrijgesteld, en klinieken in private eigendom zijn onderworpen aan heffingen vennootschapsbelasting. Weliswaar is daarmee een ongelijk speelveld gecreëerd, maar de rechtvaardiging daarvan is gelegen in het feit dat publiek gefinancierd zorggeld aan de private sfeer ten goede komt en daarmee definitief aan de publieke sfeer wordt onttrokken. Gelet op het grote aantal klinieken in private eigendom heeft het ongelijke speelveld kennelijk niet als een obstakel gegolden voor de ontwikkeling ervan. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat oprichters van zelfstandige klinieken vanaf het begin af aan met de belastingplicht rekening hebben gehouden.

Voor ziekenhuizen is de vertreksituatie een andere, zij zijn doorgaans vrijgesteld van de heffing van vennootschapsbelasting. Mocht een ziekenhuis besluiten zich om te vormen tot een participatiemodel, dan verlaat het ziekenhuis de vrijgestelde sfeer en wordt belast. Vooral winstgevende ziekenhuizen zien dit als een groot nadeel van het participatiemodel. Mocht de vennootschapsbelastingplicht voor ziekenhuizen met een participatiemodel niet kunnen worden voorkomen, dan is voorstelbaar dat de kosten van vennootschapsbelasting zullen worden afgewenteld op de kosten van zorgdienstverlening.

#### 4.2.3.2 BTW

Voor ziekenhuizen bestaat in beginsel een drietal btw-vrijstellingen, te weten:

1. Instellingenvrijstelling: voor prestaties die deze instellingen verrichten aan de daarin opgenomen personen (intramurale zorg);

Als het ziekenhuis ook andere prestaties verricht, dan is op die prestaties vaak een andere vrijstellingsbepaling van toepassing. De belangrijkste zijn:

2. Medische vrijstelling; en
3. Sociaal-culturele vrijstelling.

Voor de instellingenvrijstelling en de sociaal-culturele vrijstelling geldt als voorwaarde dat niet naar winst gestreefd mag worden. Dit verbod op winststreven vormt een belangrijk obstakel, indien bij een participatiemodel het ziekenhuis bijvoorbeeld in een BV wordt ondergebracht. Immers, een BV streeft in beginsel wel naar winst.

Dit nadeel is ook door de fiscale autoriteiten onderkend. In 2005 werd al aangekondigd dat het verbod zou komen te vervallen zodra winstuitkering in de zorg mogelijk zou worden gemaakt. Omdat het wetsvoorstel dat winstuitkering mogelijk maakt is aangehouden in de Eerste Kamer, is in bijlage 1 bij de brief van de minister van VWS van 4 juli 2016 het volgende opgenomen: "De btw-vrijstelling voor het verplegen en verzorgen van mensen in een ziekenhuis geldt voor alle ziekenhuizen, ook ziekenhuizen met een participatiemodel. De staatssecretaris van Financiën legt dit nog vast in een beleidsbesluit." Daarmee is - hoewel de formele vastlegging nog niet is afgerond - een dreigend btw-nadeel weggenomen.

#### 4.2.3.3 Overdrachtsbelasting

Bij de totstandkoming van een participatiemodel zal het ziekenhuisbedrijf vaak inclusief het daarbij behorende vastgoed via een gezamenlijke entiteit (indirect) in mede-eigendom komen van de medisch specialisten. In veel gevallen zal het ziekenhuisbedrijf inclusief het vastgoed bij aanvang van de herstructurering in bezit zijn van een stichting. De totstandkoming van de participatiestructuur wordt gefrustreerd omdat in veel gevallen overdrachtsbelasting verschuldigd is uit hoofde van de overgang van het vastgoed.

Dit wordt mede veroorzaakt doordat de wettelijke vrijstellingen in de overdrachtsbelasting niet altijd van toepassing zijn op stichtingen, daar waar deze wel op andere rechtsvormen van toepassing zijn (BV, coöperaties, et cetera).

Het participatiemodel waarbij het ziekenhuis met het vastgoed wordt ondergebracht in een gezamenlijke rechtspersoon kan dan doorgaans enkel vrij van overdrachtsbelasting tot stand komen, door de figuur van de rechtsvormomzetting te hanteren. Aan deze rechtsfiguur kleeft echter een aantal nadelen, zoals verminderde flexibiliteit doordat dan zogenaamd 'beklemd vermogen' ontstaat, waarvoor bij aanwending ervan rechterlijke tussenkomst noodzakelijk is.

#### 4.2.3.4 Risico op (fictieve) dienstbetrekking

Omdat in de brief van 17 december 2013 het participatiemodel wordt beschreven als een alternatief besturingsmodel op grond waarvan vrijgevestigd medisch specialisten hun fiscaal zelfstandige status<sup>35</sup> kunnen blijven behouden, is het van essentieel belang dat dit statusbehoud ook daadwerkelijk kan worden verwezenlijkt.<sup>36</sup> In de hiervoor genoemde brief staat beschreven onder welke voorwaarden binnen (onder meer) het participatiemodel een vrijgevestigd medisch specialist als fiscaal zelfstandige wordt aangemerkt, waardoor deze niet in dienst is bij het ziekenhuis. Daarbij is onder meer van belang dat de medisch specialist vrij vervangbaar en voldoende zelfstandig ten opzichte van het ziekenhuis moet zijn.

Bij het herinrichten van de verhouding tussen vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuisbestuur in het kader van de invoering van de integrale bekostiging is gebleken dat het niet altijd even eenvoudig was om de fiscaal zelfstandige status te behouden. Daar waar binnen het participatiemodel beide partijen qua personele inzet, zorgverlening en bedrijfsvoering nog intensiever met elkaar samenwerken dan in het samenwerkingsmodel, wordt het risico gelopen dat juist vanwege het gelijkgerichte karakter de (fiscale) zelfstandigheid van de vrijgevestigd specialist in het gedrang komt. Juist ook in dat geval is het van belang dat vrijgevestigd medisch specialisten (en ziekenhuisbesturen) exact weten aan welk fiscaal eisenkader hun samenwerking met bijbehorende afspraken dient te voldoen.

De Belastingdienst heeft vanaf 2013 dit eisenkader steeds meer toegelicht. Voor zover ons bekend wordt (thans) door de Belastingdienst aan deze uitleg niet getornd.

#### 4.2.4 ACM en NZa concentratiemelding

Bij ziekenhuizen die gestart zijn met de uitwerking van het participatiemodel is naar voren gekomen dat de onduidelijkheid over het mogelijk voorafgaand moeten melden van de nieuwe structuur bij de NZa en/of de ACM in het kader van een verplichte concentratiemelding belemmerend kan werken. Een

---

35 Het betreft hier de zelfstandige status vanuit fiscale én sociaal-verzekeringstechnische invalshoek.

36 Het gaat hier immers om het vrijgevestigdenparticipatiemodel.

verplichte voorafgaande melding bij NZa en ACM kan ertoe leiden dat de tijdslijnen waar medisch specialisten en ziekenhuizen mee te maken krijgen aanzienlijk worden opgerekt.

In de ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen van 6 juni 2013 worden ziekenhuizen en maatschappen gezien als een economische eenheid. Als de ACM-lijn van 2013 wordt gevolgd zou het voornemen tot implementatie van het participatiemodel (vanuit een samenwerkingsmodel) kunnen worden gezien als een interne reorganisatie/verhanging binnen hetzelfde ziekenhuis. Er zou in dat geval geen sprake zijn van een concentratie en dus zou voorafgaande melding bij de NZa en/of de ACM niet vereist zijn. De ACM heeft echter op 18 september 2015 deze ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen aangepast en aangegeven dat de ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen niet meer op alle situaties van participatie door medisch specialisten van toepassing is. Door de invoering van de integrale bekostiging en de daardoor ontstane veranderingen van de ziekenhuisstructuren kan de ACM op dit moment niet op voorhand aangeven in welke situaties de ACM-lijn nog van toepassing is. De relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis moet daarom per geval worden beoordeeld, aldus de ACM. De ACM heeft aangegeven dat de ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen minder goed toepasbaar is naarmate de medisch specialisten en/of hun Collectief meer autonomie krijgen. Of de ACM-lijn maatschappen en ziekenhuizen nog van toepassing is, moet worden bepaald op basis van de inhoud van de contracten en de economische relaties die de medische specialisten c.q. het Collectief en een ziekenhuis met elkaar hebben.

Het enige dat de ACM heeft aangegeven is dat indien een Collectief beslissende invloed krijgt op de strategische beslissingen en het commerciële/economische gedrag van het ziekenhuis, de participatie van een Collectief in een ziekenhuis mogelijk als concentratie moet worden gemeld bij de NZa en/of de ACM. Of dit daadwerkelijk het geval is, hangt onder meer af van de situatie die bestond vóór de wijziging. Thans is derhalve onduidelijk of ziekenhuizen en medisch specialisten een beoogd participatiemodel dienen te melden bij de ACM en/of de NZa.

Doordat onvoldoende kenbaar is voor ziekenhuizen en medisch specialisten welke criteria er gelden voor het al dan niet verplicht moeten melden van de beoogde participatie bij de NZa en/of de ACM, wordt dit door medisch specialisten en ziekenhuizen als een belemmering ervaren. Een onverwachte verplichte melding bij de NZa en/of de ACM kan tot onverwachte tijdsdruk c.q. uitloop leiden.

### **4.3 Niet-wettelijke belemmeringen**

Naast de wettelijke belemmeringen, speelt/speelde er een veelvoud aan niet-wettelijke belemmeringen, die de ziekenhuizen ervan heeft weerhouden het participatiemodel te implementeren. We onderscheiden hierbij de volgende (categorieën) belemmeringen:

1. Onduidelijk beeld;
2. Implementatiemoeilijkheden;
3. Tijdgebrek;
4. Onzeker financieel perspectief;
5. Beperkte ondernemerszin medisch specialisten; en
6. Publieke opinie.

#### **4.3.1 Onduidelijk beeld van participatiemodel (criteria + consequenties)**

Uit interviews blijkt dat er in de praktijk onduidelijkheid bestaat over wat een participatiemodel is. Dat heeft met name te maken met het feit dat het hier om een relatief nieuw organisatiemodel voor ziekenhuizen gaat.

Voor veel ziekenhuizen en medisch specialisten geldt dat zij bij de invoering van de integrale bekostiging zoveel mogelijk bij het oude hebben willen laten. Doordat ook (een deel van) de autoriteiten, belangenbehartigers en overige stakeholders veel bij hetzelfde hebben willen laten, was de drang om daadwerkelijk voor een ander model te kiezen gering.

Doordat het samenwerkingsmodel het meeste lijkt op het oude maatschappenmodel, was de keuze voor het participatiemodel minder voor de hand liggend. Anders dan de andere modellen vormt het participatiemodel een nieuw organisatiemodel. Immers, niet alleen het loondienstmodel vormt een bestaand model, maar ook het samenwerkingsmodel is eigenlijk op onderdelen een voortzetting van de samenwerking tussen ziekenhuizen en de maatschappen (ook wel genoemd het maatschappenmodel) zoals we die al kenden. Het participatiemodel is het enige model dat direct ingrijpt op de huidige juridische vormgeving van het ziekenhuis. Immers, daar waar ziekenhuizen - op een paar uitzonderingen na - nog als stichting zijn vormgegeven, dwingt het participatiemodel in het bijzonder tot nadenken over de vraag wie eigenaar wordt van het ziekenhuis. Ook komt de vraag nadrukkelijk op waarin moet worden geparticipeerd: welk economisch belang/waar in zeggenschap?

Doordat zowel vanuit de medisch specialisten als de raden van bestuur onduidelijkheid bestond (en bestaat) over wat het participatiemodel exact inhoudt, wat de kenmerken zijn van het participatiemodel en wat de gevolgen zijn voor alle aspecten van (de exploitatie van) het ziekenhuis werd het participatiemodel als te risicovol ervaren. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat dit vooral speelt bij de ziekenhuizen en Collectieven die zich niet met de uitwerking van het participatiemodel hebben beziggehouden. Bij degene die een participatiemodel hebben uitgewerkt wordt dit signaal minder gehoord. Deze laatste groep geeft met name aan dat er nog een aantal onzekerheden is. Eveneens vragen deze ziekenhuizen zich af welke toegevoegde waarde het heeft om alsnog de overstap te maken naar een participatiemodel nu men inmiddels naar eigen zeggen de ontbrekende gelijkgerichtheid door extra afspraken/maatregelen in het samenwerkingsmodel heeft ingebouwd.

### 4.3.2 Implementatiemoeilijkheden

Een belemmering die veel ziekenhuizen en medisch specialisten ertoe heeft gebracht toch (vooralsnog) te kiezen voor het samenwerkingsmodel is het gevoel dat het samenwerkingsmodel een minder complex en minder onzeker alternatief was voor het besturingsmodel van het ziekenhuis. Ten aanzien van zaken als waardering en vastgoed vergt het participatiemodel meer uitwerking dan de overige besturingsmodellen (waaronder het samenwerkingsmodel). Dit heeft veel ziekenhuizen bij voorbaat al doen besluiten er niet aan te beginnen en/of bleken gaandeweg showstoppers.

#### 4.3.2.1 Waardering

Bij het invoeren van het participatiemodel en dus bij het nemen van een aandeel in een BV dienen ziekenhuisstichting en de medisch specialisten de omvang van hun belang erin vast te stellen.

Uitgangspunt bij het vaststellen van de aandelenverhouding in de ziekenhuisentiteit is de (veronderstelde) waarde van het ziekenhuis. Daarbij komt allereerst de vraag op waaruit het vermogen van de ziekenhuisentiteit zal bestaan, met andere woorden, welke vermogensbestanddelen worden hierin ondergebracht en welke vermogensbestanddelen blijven achter bij de huidige ziekenhuisstichting of medisch specialisten. Vervolgens dient aan hetgeen in de gezamenlijkheid wordt ondergebracht een waarde te worden toegekend.

Het waarderen van een ziekenhuisonderneming kan volgens verschillende methodieken plaatsvinden. Voor de zorg geldt dat daarbij nadrukkelijk rekening moet worden gehouden met een aantal specifieke aspecten die de waardering complex maken. Daarbij kan worden gedacht aan een sterk geregleerde marktomgeving die daarnaast een unieke dynamiek heeft. Omdat de regelgeving bovendien regelmatig



structureel wordt aangepast, kan deze van grote invloed zijn op de waardering, hetgeen de waardering nog complexer maakt.

Wanneer de waarde is vastgesteld komt vervolgens de vraag op hoe deze wordt vertaald naar de omvang van het belang dat de medisch specialisten kunnen verkrijgen in ruil voor een koopprijs. Uitgaande van een maximaal te investeren bedrag door de medisch specialisten (de eigen goodwill daaronder begrepen) kunnen medisch specialisten wanneer aan het ziekenhuis een hoge waarde wordt toegekend een kleiner belang verwerven dan wanneer het ziekenhuis minder waard is. Uitgangspunt bij het vaststellen van de aandelenverhouding in de ziekenhuisentiteit is immers de (veronderstelde) waarde van het ziekenhuis in verhouding tot de waarde van de inbreng van het Collectief. Voor ziekenhuizen die een lagere waarde hebben, geldt in beginsel het tegenovergestelde, dat wil zeggen de medisch specialisten kunnen hierin een groter aandelenbelang verwerven. Uit de interviews en elders in de praktijk is naar voren gekomen dat de uitkomsten van de waarderingen van het ziekenhuis tot discussie over de omvang van het aandelenbelang in relatie tot de gewenste zeggenschapsverhouding in het ziekenhuis hebben geleid.

#### 4.3.2.2 Vastgoed

Uit interviews is naar voren gekomen dat een belangrijke vraag bij de uitwerking van het participatiemodel is of het vastgoed al dan niet wordt ingebracht in de ziekenhuisentiteit. In principe heeft het Wfz er niets op tegen als vastgoed in een andere entiteit zit dan de (zorg)activiteiten, bijvoorbeeld als gevolg van een overgang van alles behalve het vastgoed naar een ziekenhuisentiteit. Deze opvatting wordt vanuit bancaire zijde gedeeld. Wel wordt daarbij vanuit bancaire zijde en het Wfz altijd een hoofdelijke verbondenheid verlangd indien borging is afgegeven op het vastgoed. In dat geval zullen de stichting waarin het vastgoed is achtergebleven en de ziekenhuisentiteit hoofdelijk aansprakelijk dienen te worden. Vanuit een aantal ziekenhuizen en medisch specialisten werden deze eisen als een belemmering ervaren.

#### 4.3.3 Tijdgebrek

Aangezien het besturingsmodel in de ziekenhuizen op 1 januari 2015 geïmplementeerd moest zijn en er toen nog een (groot) aantal onduidelijkheden was, leek het minder complexe samenwerkingsmodel voor veel partijen eerder haalbaar. Daarbij speelde ook dat het mandaat van de medisch specialisten die met de raad van bestuur van het ziekenhuis onderhandelden betekende dat zij hun achterban ook op tijd achter zich dienden te krijgen. De tijd hiervoor bleek in veel gevallen bij voorbaat al te kort.

#### 4.3.4 Onzeker (financieel) perspectief

Het participatiemodel gaat ervan uit dat er - middels uitkering van dividend - een financieel rendement gehaald kan worden uit het belang in de ziekenhuisentiteit. Óf dit inderdaad het geval is en hoeveel, was voor de medisch specialisten onzeker. Dit hangt immers van meerdere factoren af, zoals de waarde van het ziekenhuis, de grootte van de investering, de stand van zorg wet- en regelgeving (waaronder de eisen zoals geformuleerd in het Wetsvoorstel VIMZ), het omzetspectief op de langere termijn etc. Daarenboven speelt dat de participerende medisch specialisten als aandeelhouder in beginsel slechts gerechtigd zijn tot het resultaat van het ziekenhuis, wat wil zeggen de opbrengst na aftrek van alle kosten. Omdat de participerende medisch specialisten aldus gerechtigd zijn tot het resultaat 'onder aan de streep' hebben zij weliswaar belang bij alle opbrengsten en alle kosten van het ziekenhuis, maar dit maakt hun perspectief in verhouding tot de huidige situatie minder zeker.

Medisch specialisten die een economisch belang in de ziekenhuisentiteit nastreven zijn meestal gericht op hun eigen specialisme. De vraag vanuit de medisch specialist is dan ook hoe vanuit één specialisme

het resultaat van het hele ziekenhuis kan worden beïnvloed. Participatie gaat immers in beginsel over het gehele ziekenhuis. Medisch specialisten stellen zich de vraag in hoeverre zij invloed hebben op het resultaat van het ziekenhuis als geheel. Deze onzekerheid en behoefte aan grip op de eigen praktijkuitoefening en het eigen vakgebied verklaren de belangstelling voor participatie op deelterreinen (focusklinieken/zorg-bv's). Deze belemmering speelt overigens ook in het geval van het samenwerkingsmodel waarbij de medisch specialisten in één Collectief verenigd zijn.

#### 4.3.4.1 Plafondafspraken

In de ziekenhuiscare is geen sprake van een vrije markt, maar van een gereguleerde vrije markt. Vanwege de plafondafspraken die ziekenhuizen maken met zorgverzekeraars, zijn ziekenhuizen niet in staat om van het ene op het andere jaar substantieel hogere opbrengsten te boeken. Overproductie wordt doorgaans niet bekostigd, terwijl onderproductie leidt tot een korting op de opbrengsten. Dit leidt tot de verwachting dat de winsten van ziekenhuizen (voor zover winstuitkering wettelijk mogelijk is) relatief beperkt zijn. Zie hierover meer in de volgende hoofdstukken.

#### 4.3.4.2 Verandering zorglandschap

Met de introductie van de integrale bekostiging is een stap gezet binnen de ziekenhuiscare. De landelijke en globale trend is echter dat er meer zorg uit de ziekenhuizen zal verdwijnen.<sup>37</sup> Dit betekent dat zorg verplaatst wordt uit de ziekenhuizen naar andere schakels in de zorgketen (1<sup>e</sup> lijn, preventie, welzijn, etc.). Het is dan ook de verwachting dat er meer samenwerking tussen deze schakels zal ontstaan. Medisch specialisten stellen zich (terecht) de vraag of het ziekenhuis waar zij nu aan verbonden zijn, nog bestaansrecht heeft in de huidige vorm.

Concluderend bestaat onder de medisch specialisten het gevoel bij het participatiemodel dat medisch specialisten een relatief hoog risico lopen voor een laag rendement. De indruk bestaat dat een groot deel van de medisch specialisten behoorlijk risico-avers is, hetgeen de vraag oproept of zij bereid zijn om onder dit gesternte de aan participatie verbonden risico's te nemen. Deze combinatie maakt dat medisch specialisten geneigd zijn te investeren in entiteiten waarover zij meer controle hebben en/of die naar verwachting meer rendabel zijn en minder gevoelig voor externe factoren.

#### 4.3.5 Beperkte ondernemerszin medisch specialisten

Uit interviews en uit onze eerdere enquêtes die wij ten tijde van de invoering van de integrale bekostiging hebben gehouden onder medisch specialisten, is gebleken dat medisch specialisten risico-avers kunnen zijn. Ook voor wat betreft hun ondernemerszin is sprake van een wisselend beeld. Voor sommige ziekenhuizen geldt dat de bestuursleden van het Collectief behoren tot de relatief ondernemende groep medisch specialisten, terwijl het grootste gedeelte van de achterban (veel) minder bereid is tot risicodragend ondernemerschap. In andere ziekenhuizen verschilt de ondernemerszin binnen of tussen afdelingen/vakgroepen/maatschappen. Het gevolg hiervan is in ziekenhuizen geweest dat medisch specialisten geen of slechts een beperkt eigen vermogen in het ziekenhuis wensen te investeren, hetgeen een belemmering kan vormen voor het participatiemodel.

---

<sup>37</sup> Kamerbrief over substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, 31 augustus 2015.

#### **4.3.6 Publieke opinie**

Ziekenhuizen die bezig zijn geweest met uitwerking van een participatiemodel, traden hierover in meer of mindere mate naar buiten. De ziekenhuizen waar het participatiemodel werd uitgewerkt, zagen zich veelal geconfronteerd met negatieve reacties. De publieke opinie bleek te vrezen voor medisch specialisten als aandeelhouder van het ziekenhuis, met name vanwege de vrees voor een toenemende macht bij de medisch specialisten en het prevaleren van winstbejag boven goede en toegankelijke zorg.

Dit bleek voor de ziekenhuizen één van de vele hobbels op de weg naar het participatiemodel. In het volgende hoofdstuk geven wij een aantal suggesties voor maatregelen die deze hobbels kunnen wegnemen.

## 5 Maatregelen ter bevordering van het participatiemodel

Bij het bedenken van maatregelen die het participatiemodel kunnen bevorderen is ervoor gekozen eerst te bezien welke functie het fenomeen participatie binnen het Nederlandse stelsel van medisch-specialistische zorg - idealiter - kan vervullen. Dit is een bewuste keuze. Immers, aan het besluit tot participatie door medisch specialisten, gaat de vraag vooraf waarom men tot participatie in de eigendomsstructuur van het ziekenhuis wenst over te gaan.

Wij zijn van mening dat ziekenhuizen in het kader van de totstandkoming van een participatiemodel en de invulling van het eigenaarschap voorafgaand een aantal vragen dienen te stellen, zoals wat voor soort zorginstelling men wil zijn (strategie), wie daarbij een belang hebben en wie daarvan om welke reden (mede)eigenaar moeten kunnen worden. Aldus komt de vraag op wat men met participatie wenst te bereiken.

Ziekenhuizen die succesvol zijn geweest in de ontwikkeling richting een participatiemodel hebben zich doorgaans deze vragen gesteld. Voor veel andere ziekenhuizen geldt dat zij bijvoorbeeld door tijdsdruk en/of door dominantie van de fiscaliteit (het behoud van de fiscaal zelfstandige status van de medisch specialisten) hieraan niet zijn toegekomen.

In paragraaf 5.1 werken wij allereerst de functies die met participatie in het ziekenhuis worden beoogd nader uit. Hiermee wordt een kader geschetst waarin het participatiemodel geplaatst kan worden. Vervolgens werken we verschillende maatregelen uit om het participatiemodel te bevorderen. Daarbij maken wij onderscheid tussen essentiële bevorderingsmaatregelen en randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen. De essentiële maatregelen zien toe op het wegnemen van wettelijke of beleidsmatige obstakels (WTZi en fiscaal) dan wel op belemmeringen die samenhangen met een wettelijke regeling (WNT) en hebben voor wat betreft de bevorderingsmaatregelen die zien op het wegnemen van wettelijke of beleidsmatige obstakels veelal het karakter van systeemaanpassingen. Deze bevorderingsmaatregelen zijn essentieel voor het bevorderen van het participatiemodel onder ziekenhuizen en medisch specialisten en niet per se essentieel voor de totstandkoming van het participatiemodel op zichzelf. De randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen kunnen de keuze voor het participatiemodel nog meer stimuleren en/of faciliteren op het moment dat de essentiële bevorderingsmaatregelen genomen zijn.

Een enkele maatregel ziet op stimulering van het fenomeen participatie door medisch specialisten als zodanig (zie paragraaf 3.3), en niet op stimulering van het participatiemodel. Het gaat dan om maatregelen die zien op het bevorderen van het nemen van een financieel belang van medisch specialisten in het ziekenhuis. Dit ook in samenhang met de functies van participatie, zoals hierna in paragraaf 5.1 wordt beschreven. Als laatste gaan wij in paragraaf 5.4 (ter beantwoording van de door het Ministerie geformuleerde deelvraag 4c) nader in op mogelijke maatregelen en de daarbij behorende risico's die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen.

### 5.1 Functie van participatie binnen medisch-specialistische zorg

#### 5.1.1 Zelfbeschikkingsrecht en invloed in de eigen medische praktijk

Van belang voor de bevordering en haalbaarheid van het participatiemodel is de vraag of participatie ook aansluit bij de behoeften van individuele medisch specialisten.

Gebleken is dat medisch specialisten de meeste waarde hechten aan het zelfbeschikkingsrecht en het hebben van invloed in de eigen medische praktijk en zeggenschap. Net als het samenwerkingsmodel kan

het participatiemodel goed aansluiten bij deze behoeften van medisch specialisten. In de meest verregaande vorm zijn zij enig aandeelhouder van het ziekenhuis (*doctor's hospital*). Tegelijkertijd verklaart het ook de terughoudendheid bij sommige medisch specialisten om in het ziekenhuis *als groot geheel* te participeren en hun voorkeur voor het investeren in initiatieven binnen het eigen (meer overzichtelijke) medische vakgebied.

### 5.1.2 Financiële gelijkgerichtheid

De Nederlandse overheid heeft bij de bekostiging van het zorgstelsel gekozen voor een systeem dat zich kenmerkt door gereguleerde marktwerking. Daarbinnen dient de marktwerking bij te dragen aan doelmatigheid en kwaliteit en dient de regelgeving het publieke (zorg)belang te waarborgen.

In dit stelsel creëert de overheid een omgeving waarin zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars binnen de gestelde kaders en normering een grote mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid genieten. Die zelfstandigheid en verantwoordelijkheid wordt sterk beïnvloed door een terugtrekkende overheid. Daarbij wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij in staat zijn de risico's die samenhangen met de exploitatie van een zorginstelling zelf op te vangen. Dit resulteert in een meer en meer bedrijfsmatige aanpak, waarbij het (financieel) profiel van de zorgaanbieder in toenemende mate gelijkenissen vertoont met dat van 'gewone' bedrijven.

Onder de aanbieders van zorg kenmerken de ziekenhuizen zich door de centrale rol die de beroepsbeoefenaren van de medisch-specialistische zorg bij de dienstverlening ervan vervullen. Voor een optimale bedrijfsvoering is het noodzakelijk dat hun betrokkenheid adequaat is verankerd. Dat geldt niet alleen voor de zorginhoud, maar vanwege hun invloed op de exploitatie, ook in financiële zin. Verwacht mag worden dat wanneer medisch specialisten financieel verbonden worden aan het exploitatieresultaat van het ziekenhuis hun betrokkenheid en verantwoordelijkheid dienaangaande zal toenemen. Langs deze weg zullen de (financiële) belangen van medisch specialisten en het ziekenhuis zich meer gaan paralleliseren.

Een structuur waarbij aan medisch specialisten enkel (mede)zeggenschap toekomt zónder financiële verantwoordelijkheid lijkt onevenwichtig. Gelet op hun essentiële rol bij de exploitatie van het ziekenhuis<sup>38</sup> ligt een financieel-economische verbondenheid in die zin voor de hand. Idealiter zelfs los van hun status: vrijgevestigd of in loondienst.<sup>39</sup> Daarbij is voorts relevant dat medisch specialisten in financiële zin niet enkel belang hebben bij productie en omzet, maar - voor optimale financiële gelijkgerichtheid - ook bij de kostenstructuur en de vermogensontwikkeling van het ziekenhuis.

Verwacht mag worden dat deze gelijkgerichtheid naar zijn aard via een participatiemodel op basis van (mede-)eigendom beter kan worden verankerd dan via een samenwerkingsmodel met een business-to-business relatie tussen leverancier en opdrachtgever. Dit sluit bovendien ook logischer aan bij de achterliggende gedachte van de integrale bekostiging waarbij de (vrijgevestigd) medisch specialisten niet langer een juridisch separate declaratierelatie met de patiënten en/of zorgverzekeraars hebben, maar de vergoeding voor hun inzet deel uitmaakt van de integrale kostprijs van het ziekenhuis.

---

38 De medisch specialisten maken immers het medisch beleid en maken de medische keuzes, hetgeen in hoge mate de kosten van het ziekenhuis bepalen.

39 Zie paragraaf 3.3.1.

### 5.1.3 Toename kapitaalbehoefte

Daarnaast zal onder druk van de beperkte financiële middelen en een terugtrekkende overheid bovendien binnen het huidige stelsel van de Nederlandse zorg in toenemende mate een beroep op de kapitaalmarkt worden gedaan.<sup>40</sup> Vooral nog is dit beperkt gebleven tot financiering met vreemd vermogen. Het zijn vooral de banken (en zorgverzekeraars) die hierin voorzien.<sup>41</sup>

Anders dan in het 'normale' bedrijfsleven is een aanvulling door financiering met eigen vermogen (nog) niet mogelijk.<sup>42</sup> Binnen een stelsel van gereguleerde marktwerking, waarin zorginstellingen geacht worden financieel zelfstandig en bedrijfsmatig te functioneren zou de mogelijkheid tot financiering via risicodragend eigen vermogen echter wel een logische aanvulling zijn.<sup>43</sup>

Bovendien kan dit bijdragen aan een verbetering van de solvabiliteit van de desbetreffende instellingen. Aldus kan door participatie van medisch specialisten en het ter beschikking stellen van eigen vermogen aan ziekenhuizen de mogelijkheid tot het - desgewenst - aantrekken van extra vreemd vermogen worden bevorderd.

Het is aan de overheid om regels te stellen die de beschikbaarstelling van eigen vermogen (met vergoeding door winstuitkering) binnen de gezondheidszorg in goede banen te leiden. Nu al is een systeem van *checks and balances* aanwezig dat zowel op macroniveau via het ministerie van VWS en toezichthouders (intern de RvT/RvC en medezeggenschap en extern de NZa, IGZ, Wfz en ACM) als op microniveau via zorgcontractering door verzekeraars als waarborg kan gelden tegen winstmaximalisatie ten koste van goede zorgverlening. Daarnaast stelt ook het Wetsvoorstel VIMZ nadrukkelijk een aantal voorwaarden aan het doen van winstuitkering.

Aldus wordt met dit stelsel van voorwaarden getracht een noodzakelijk evenwicht te bewerkstelligen tussen de vergrote kapitaalbehoefte enerzijds en het publieke zorgbelang anderzijds. Verwacht mag worden dat dit stelsel niet alleen voor participerende medisch specialisten, maar ook voor andere private kapitaalverstrekkers de mogelijkheden tot ongebreidelde winstuitkering ten koste van het publieke zorgbelang verregaand beperkt.

### 5.1.4 Veranderingen in de zorgomgeving: andere samenwerkingen, andere belanghebbenden

De plaats die de medisch-specialistische zorgverlening binnen het Nederlandse zorgstelsel inneemt en de inrichting ervan staat onder voortdurende invloed van allerlei endogene en exogene krachten. Opvallend daarbij is dat ziekenhuizen - in ieder geval tot voor kort - een grote mate van eenvormigheid kennen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het (zorg)dienstenpakket dat wordt aangeboden, de wijze waarop dit - vaak sterk geprotocolleerd - wordt verleend en de wijze waarop ze organisatorisch en juridisch (doorgaans als stichtingen) georganiseerd zijn. Bovendien heeft mede onder invloed van de rol die verzekeraars binnen het Nederlandse ziekenhuisstelsel spelen een belangrijke schaalvergroting (via fusies) plaatsgehad.

---

40 Jeroen Wester, '10 jaar nieuw zorgstelsel: dit leverde het op', NRC, 16 januari 2016, Barbara Baarsma, Marco Kerste, Lucy Kok, "Winstuitkering ziekenhuizen welkom, met een paar aanpassingen", Me Judice, 20 april 2012, Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandslaan of Droomland, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011.

41 Ter nuancering van de discussie over winstuitkering in de zorg: met de rentebetaling aan de bank wordt, net als bij een dividenduitkering aan participanten in de private sfeer, (publiek) zorggeld aan de zorg onttrokken.

42 Behoudens financiering door eigen vermogen ontstaan uit de inhouding van eigen winst.

43 Barbara Baarsma, Marco Kerste, Lucy Kok, "Winstuitkering ziekenhuizen welkom, met een paar aanpassingen", Me Judice, 20 april 2012.

Om de groei van de zorguitgaven als gevolg van toenemende vergrijzing en de voortschrijdende stand van de medische wetenschap en techniek beheersbaar te houden, is het van toenemend belang de zorg doelmatig te organiseren. Onder invloed van onder meer concentratie van hoogcomplexere zorg en decentralisatie van laagcomplexere zorg, de overheveling naar de eerste lijn en extramuralisering, zal de medisch-specialistische zorg naar verwachting ingrijpend veranderen.

Verwacht mag worden dat dit zal leiden tot andere vormen van samenwerking met andere samenwerkingspartners en andere belanghebbenden.<sup>44</sup> Deze belanghebbenden zullen in voorkomende gevallen ook een zeggenschaps-/eigendomsbelang opeisen. Vanuit dit perspectief zal er een behoefte ontstaan om ziekenhuisstichtingen om te vormen tot andere rechtsvormen die hierin kunnen faciliteren.

Aldus zullen naast medisch specialisten ook andere belanghebbenden (andere zorgaanbieders, ketenpartners, zorgondernemers/-investeerders) naar verwachting steeds vaker wensen deel te nemen in de eigendomsstructuur van ziekenhuizen.

### 5.1.5 Maatschappelijke verankering zorginstelling

Een zorginstelling als stichting kent doorgaans twee organen: een raad van bestuur en een raad van toezicht. Daarmee is de besturende en toezichthoudende functie in de regel bij een beperkt aantal personen belegd en hebben de medisch specialisten geen formele rol in de besturing van het ziekenhuis. Belanghebbenden - waaronder de medisch specialisten - hebben slechts invloed op de besturing van het ziekenhuis op grond van contractuele afspraken met het ziekenhuisbestuur.

Dit is anders in het participatiemodel. Omdat een participatiemodel per definitie eigenaren kent, brengt dit model een externe relatie tot stand. Daarmee draagt het model als zodanig bij aan de maatschappelijke verankering van de ziekenhuisinstelling.

Participatie zal in de governance van de zorginstellingen een extra orgaan toevoegen, namelijk dat van de eigenaren/participanten. Bovendien kan de rol van bijvoorbeeld de raad van commissarissen ook veranderen binnen de nieuwe structuur. Door participatie kan aan diverse categorieën belanghebbenden, zoals (medisch)-personeel, andere zorgpartijen, investeerders, beleggers, leveranciers, (lagere) overheden, publiek, leveranciers, zorgondernemers etcetera. een deelneming in de eigendomsstructuur van het ziekenhuis worden geboden. Uiteraard is de samenstelling van participanten sterk situatieafhankelijk, alsook de wijze waarop en de mate waarin wordt geparticipeerd.

Niettemin kan hiermee de maatschappelijke verankering van de zorginstelling worden verbreed. Participatie biedt de kans om het democratisch gehalte en het maatschappelijk draagvlak van de - besturing van een- zorginstelling te versterken. Verwacht mag worden dat dit bovendien positief bijdraagt aan de legitimiteit van de leiding van de instelling.

Binnen de wettelijke kaders zal er bij de inrichting van de governance uiteraard op moeten worden toegezien dat de bestuurbaarheid van de zorginstelling gewaarborgd blijft. In het algemeen geldt dat ten behoeve van het participatiemodel de governance goed geregeld dient te worden. Door de governance van de ziekenhuisinstelling zo in te richten dat medisch specialisten naast een financieel belang in het ziekenhuis ook zeggenschap in het ziekenhuis hebben, kan hun inspraak c.q. commitment met het ziekenhuis worden vergroot.

---

44 Zie ook Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011.

Ter waarborging van de zeggenschapsverhoudingen in het participatiemodel en ter voorkoming van misbruik van de zeggenschap dienen ten aanzien van de governance in het participatiemodel binnen het ziekenhuis aanvullende waarborgen/incentives ingebouwd te worden. Deze waarborgen/incentives hebben ten doel dat enerzijds de participanten, zoals de medisch specialisten, voldoende drive hebben hun zeggenschap te gebruiken voor de belangen van de patiënt en het ziekenhuis en dat anderzijds de zeggenschap niet wordt misbruikt.

Toenemende invloed van participanten (waaronder de medisch specialisten) kan ten koste gaan van de invloed van de ziekenhuisbestuurders en de zogenoemde doorzettingsmacht. Gezien de eindverantwoordelijkheid van ziekenhuisbestuurders voor de kwaliteit en veiligheid van zorg in het ziekenhuis dient dit goed geborgd te worden. Voorkomen moet worden dat zorgvuldige borging van de governance binnen de ziekenhuizen door regelgeving die ziet op de governance, ontmoedigd wordt.

## 5.2 Essentiële bevorderingsmaatregelen

### 5.2.1 Opheffing verbod winstuitkering

1	Wettelijke regeling die winstuitkering in de zorg mogelijk maakt
2	Winstuitkering via zorguitbesteding/onderaanneming
3	(Aanvullende) maatregelen/regelgeving die het publieke belang waarborgen

#### 5.2.1.1 Wettelijke regeling die winstuitkering in de zorg mogelijk maakt

Zoals in paragraaf 4.2.1 is geconstateerd, wordt momenteel het winstuitkeringsverbod als één van de belangrijkste belemmeringen voor de totstandkoming van het participatiemodel gezien. Dat wil zeggen dat zorginstellingen op basis van de WTZi geen winstoogmerk mogen hebben en op grond daarvan geen rendement kunnen uitkeren aan degene die in een zorginstelling met risicodragend eigen vermogen zouden wensen te participeren. Met het Wetsvoorstel VIMZ wordt de WTZi gewijzigd en wordt dit verbod op het winstoogmerk onder specifieke voorwaarden opgeheven. Om het mogelijk te maken dat medisch specialisten die participant zijn van het ziekenhuis ook - via winstuitkering - aanspraak kunnen maken op winst, dient het Wetsvoorstel VIMZ - of althans een soortgelijk wetsvoorstel - te worden ingevoerd. Alleen dan is het op grond van wet- en regelgeving mogelijk om winst uit te keren.

Indien het Wetsvoorstel VIMZ in zijn huidige vorm politiek niet haalbaar is, zouden nog de volgende aanpassingen in het Wetsvoorstel VIMZ kunnen worden onderzocht en overwogen om het Wetsvoorstel VIMZ wel politiek haalbaar te maken en zodoende het participatiemodel te bevorderen:

#### 1. kwalitatieve eisen aan participanten

Om grip te krijgen op de aard van de partijen die in een instelling van medisch-specialistische zorg investeren, kunnen kwalitatieve eisen worden gesteld. Daarmee zou de doelgroep kunnen worden beperkt. Denkbaar is dat deze bijvoorbeeld wordt beperkt tot (medisch) personeel van deze instellingen (medisch specialisten daaronder begrepen), bepaalde institutionele beleggers (zoals pensioenfondsen), lagere overheden, en/of bepaalde investeerders.

#### 2. kwantitatieve eisen aan participanten

Een beperking zou ook kunnen worden gevonden door te bepalen dat voor (een) bepaalde (groep van) participanten aan hun deelname in de instelling een maximum omvang is verbonden. Daarbij kan gedacht worden aan een situatie dat privaat kapitaal nooit voor meer dan 50% kan participeren.



### 3. eisen aan wijze van participatie

Tot slot is denkbaar dat ter zake van de wijze van participatie wordt gedifferentieerd in economische gerechtigdheid (financieel belang) en zeggenschap. Bijvoorbeeld om de zeggenschap van privaat kapitaal binnen de instelling ten gunste van het publieke belang te beperken. Dit kan bijvoorbeeld door middel van winstrecht- of stemrechtloze aandelen.

Een mix van bovengenoemde eisen zou gevonden kunnen worden in het toekennen van participaties met specifieke zeggenschapsrechten. Daarbij zou kunnen worden gedacht aan het toekennen van participaties die, wanneer het algemene (zorg)belang wordt bedreigd, de houder van deze participatie de bevoegdheid geeft zelfstandig verregaande besluiten te nemen (*golden share*-gedachte).

Zoals in paragraaf 4.2.1 is geconstateerd wordt een aantal bepalingen in het Wetsvoorstel VIMZ als belemmerend ervaren, waaronder:

- ▶ De eis dat het resultaat uit gewone bedrijfsvoering na belastingen gedurende de drie boekjaren die aan het uitkeringsjaar vooraf zijn gegaan positief is geweest;
- ▶ De minimale investeringsperiode van drie jaar, beperkt tot de drie jaar na de eerste investering;
- ▶ De verplichte solvabiliteitsmarge na de winstuitkering van minimaal 20%; en
- ▶ De goedkeuring van de NZa voor de eerste winstuitkering. Overwogen zou kunnen worden deze voorwaarden waaronder winstuitkering mogelijk zou worden inhoudelijk te heroverwegen.

Een risico van deze maatregel en de alternatieven is dat het uitkeren van winst strijdig gevonden kan worden met de maatschappelijke functie van het ziekenhuis. En dat de beleving ontstaat dat het mogen uitkeren van winst leidt tot selectie van financieel rendabele zorg/patiënten. De vrees kan bestaan dat het mogen uitkeren van winst leidt tot winstoptimalisatie door ziekenhuis en participanten, met slechtere zorg tot gevolg. Deze vrees komt voort uit het spanningsveld tussen een publiek en privaat belang. Het ziekenhuis dient immers een maatschappelijk publiek belang en de medisch specialist heeft in het participatiemodel als aandeelhouder een privé (privaat) belang. Dit kan bij het publiek de vraag doen opkomen of de patiënt nog wel centraal staat. Naar aanleiding van recente IGZ en NZa onderzoeken naar belangenverstremming bij zorginstellingen zijn ook vanuit de politiek zorgen geuit over vermeende zelfverrijking ten laste van 'publieke zorggelden'.<sup>45</sup> Zoals in paragraaf 5.1 gesignaleerd wordt dit risico echter op verschillende punten beperkt. Allereerst is de zorgmarkt in Nederland sterk gereguleerd. Zo moeten de cijfers van WTZi-instellingen worden gepubliceerd. Zowel de resultaatontwikkeling als de kwaliteit van zorg wordt in Nederland door toezichthouders en zorgverzekeraars voortdurend gemonitord. Tegelijk zijn het diezelfde zorgverzekeraars die met de aanbieders van zorg onderhandelen over de aard en hoeveelheid zorg en de prijsstelling daarvan. In aanvulling daarop zal de reglementering rondom winstuitkering worden uitgebreid indien het Wetsvoorstel VIMZ van toepassing wordt. De gereguleerde marktwerking in de Nederlandse zorg kent derhalve een systeem van *checks and balances* waarvan mag worden verwacht dat dit het risico op (ongebreidelde) winstuitkering ten laste van goede zorg nadrukkelijk beperkt. De regulering is zodanig zwaar dat zelfs wordt gevreesd dat participatie door beschikbaarstelling van risicodragend eigen vermogen hierdoor wordt ontmoedigd.

Het beperken in kwalitatieve of kwantitatieve zin van de participanten of het ontnemen van (doorslaggevende) zeggenschapsrechten die verbonden zijn aan het nemen van een participatie brengt het risico met zich mee dat hierdoor de animo om te participeren te zeer wordt beperkt. Dit vergt derhalve een zorgvuldige afweging van belangen.

---

45 IGZ en NZa rapportage Onderzoek naar goed bestuur binnen de Zorggroep Alliade te Heerenveen, juli 2016.

### 5.2.1.2 Winstuitkering via zorguitbesteding/onderaanneming

Binnen de huidige wettelijke regeling ten aanzien van het uitkeringsverbod wordt bij met name ZBC's de onderaannemingsstructuur al toegepast. Het gaat dan om een situatie waarbij niet de WTZi-instelling zelf, maar de entiteit waaraan de zorg is uitbesteed tot winstuitkering overgaat. Dit betreft een gekunstelde structuur waarvoor altijd extra entiteiten, extra overeenkomsten en extra geldstromen noodzakelijk zijn. Volgens de vereniging van zelfstandige klinieken (ZKN) is dit niet ongebruikelijk en volledig geaccepteerd door toezichthouders. En ook de Minister zegt "geen aanwijzingen te hebben dat er sprake is van onterecht uitgekeerde winst".<sup>46</sup> Voor de (zorg)praktijk is deze structuur echter in sommige opzichten onnodig bezwarend en zijn de voorwaarden onvoldoende kenbaar. Het heeft dan ook de voorkeur de huidige wettelijke regeling aan te passen en daarmee te actualiseren. Hiervoor kan het Wetsvoorstel VIMZ uitkomst bieden zoals beschreven in de vorige paragraaf.

Mocht aanpassing van het huidige wettelijke regime echter niet mogelijk blijken, dan is een modernisering, vereenvoudiging en verduidelijking van het winstuitkeringsregime in de WTZi noodzakelijk. Aanpassing van de huidige wettelijke regeling is dan vereist met een verduidelijking ten aanzien van:

- ▶ De gevallen waarbij sprake is van een winstuitkeringsverbod. Vallen resultaatsafhankelijke afspraken (bijvoorbeeld binnen het samenwerkings- en loondienstmodel) hier ook onder?
- ▶ De voorwaarden wanneer uitbesteding/onderaanneming is toegestaan;
- ▶ De borging en de bescherming van het publieke zorgbelang.

### 5.2.1.3 (Aanvullende) maatregelen/regelgeving die het publieke belang waarborgen

Om te voorkomen dat de publieke opinie in het geval van aandeelhouderschap van de medisch specialisten zal zijn dat het maatschappelijk belang verloren gaat, kan in wet- en/of regelgeving (bijvoorbeeld de WTZi) worden verankerd dat bijvoorbeeld de oorspronkelijke ziekenhuisstichting te allen tijde (meerderheids)aandeelhouder blijft van de ziekenhuisentiteit. Op deze manier zal het maatschappelijk belang altijd worden geborgd door de oorspronkelijke ziekenhuisstichting. In de ziekenhuisentiteit kan weliswaar de raad van toezicht/commissarissen toezicht houden op de naleving van het maatschappelijk belang, zij is niet zelf een beleidsbepaler.

Ook kan het algemene (zorg)belang in de statuten van de ziekenhuisentiteit worden verankerd. Aangezien deze statuten door de algemene vergadering kunnen worden gewijzigd, wordt dit dubbel geborgd als de oorspronkelijke ziekenhuisstichting meerderheidsaandeelhouder is. In dat geval kunnen de statuten niet zonder instemming van de oorspronkelijke ziekenhuisstichting worden aangepast.

Deze aanvullende regelgeving ten aanzien van het borgen van het publieke (zorg)belang kan tot gevolg hebben dat het voor potentiële derden minder aantrekkelijk is om te participeren in het ziekenhuis. Indien immers bij wet wordt vastgelegd dat de oorspronkelijke ziekenhuisstichting te allen tijde meerderheidsaandeelhouder zal moeten zijn kan dit minder aantrekkelijk zijn voor potentiële aandeelhouders die ook beogen in de toekomst de meerderheid te verkrijgen.

---

46 Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden d.d. 9 november 2016; Tweede Kamer, vergaderjaar 2016-2017, Aanhangsel.

## 5.2.2 WNT

1	Medisch specialist als bestuurder
2	Medisch specialist als medisch-specialistisch dienstverlener

### 5.2.2.1 Medisch specialist als bestuurder

Indien vanuit ziekenhuis en medisch specialisten de wens bestaat dat medisch specialisten in het participatiemodel - naast hun werkzaamheden als medisch specialist - ook bestuurswerkzaamheden doen in de ziekenhuisentiteit zal het WNT-regime aantrekkelijker gemaakt kunnen worden voor bestuurders die tevens medisch specialist zijn. Dit aantrekkelijker maken kan eruit bestaan het WNT-regime ruimer toe te passen voor de medisch specialist als bestuurder. Dit vergt een wijziging van wet- en/of regelgeving. Dit kan echter tot scheve verhoudingen ten opzichte van ziekenhuisbestuurders-niet medisch specialist leiden. Daarbij is het maar de vraag of dit politiek gezien haalbaar is, gezien de totstandkomingsgeschiedenis van de WNT. Een alternatief zou zijn de WNT voor alle ziekenhuisbestuurders te verruimen, maar ook hier geldt dat het nog maar de vraag is of dit politiek haalbaar is, gezien de totstandkoming van de WNT.

### 5.2.2.2 Medisch specialist als medisch-specialistisch dienstverlener

Zoals geconstateerd in hoofdstuk 4 ervaren de vrijgevestigd medisch specialisten - ondanks ogenschijnlijk duidelijke berichtgevingen over de toepassing van de WNT - onzekerheid over de toepassing van de WNT voor de vrijgevestigd medisch specialisten. Verduidelijking ten aanzien van het onderscheid van toepassing van de WNT tussen loondienstspecialisten en vrijgevestigde medisch specialisten moet er aan bijdragen dat de onder de vrijgevestigde medisch specialisten heersende vrees voor de WNT wordt weggenomen en zo geen belemmering meer vormt voor de implementatie van participatiemodel. De toepassing van de WNT zou voor de vrijgevestigd medisch specialisten op een tweetal onderwerpen verduidelijkt moeten worden:

1. Verduidelijking over het onderscheid in status van de toepassing van de WNT tussen loondienstspecialisten en vrijgevestigd medisch specialisten: namelijk:
  - ▶ Ten aanzien van vrijgevestigd medisch specialisten heeft minister Schippers d.d. 24 maart 2014 gezegd dat zij uiteraard naar hun aard niet onder de WNT vallen; en
  - ▶ Ten aanzien van loondienst medisch specialisten geldt dat in het zorgakkoord (tot en met 2017) is opgenomen dat loondienst medisch specialisten niet onder de WNT vallen. Voor wat betreft de periode daarna zal - ook op de lange termijn - zekerheid geboden moeten worden, om de onzekerheid onder medisch specialisten weg te nemen.
2. Verduidelijking dat de onzekerheid van na het zorgakkoord (derhalve ná 1 januari 2018) en de onzekerheid ten aanzien van de Evaluatiewet WNT en de Wet personele reikwijdte WNT (uitdrukkelijk) niet op de vrijgevestigd medisch specialisten ziet.

Bovengenoemde verduidelijkingen vergen geen aanpassing van wet- en of regelgeving maar kunnen door de Minister in een brief worden toegelicht. Alleen met deze verduidelijkingen ervaren de medisch specialisten de zekerheid dat de WNT geen nadelige gevolgen kan hebben voor hun inkomen in vergelijking met hun huidige positie als vrijgevestigd medisch specialist via een samenwerkingsmodel.

Tot de bezoldiging in de zin van de WNT behoort wel een eventuele winstafhankelijke beloning die wordt uitgekeerd op basis van het dienstverband. In antwoord op Kamervragen heeft staatssecretaris Van Rijn in 2015 echter aangegeven dat eventuele dividenduitkeringen die een topfunctionaris (lees: medisch specialist bestuurder) ontvangt naast inkomsten uit zijn dienstverband vooralsnog niet vallen onder de bezoldiging in de zin van de WNT.<sup>47</sup> Reden hiervoor is dat een dividenduitkering te beschouwen is als een vergoeding voor geïnvesteerd vermogen en geen beloning vormt uit hoofde van het dienstverband. In het geval de WNT wel van toepassing is op de medisch specialisten in hun hoedanigheid van medisch specialist dan kan naast een gemaximeerd inkomen uit een dienstverband vooralsnog wel dividend worden uitgekeerd voor zover de medisch specialist ook aandeelhouder is en winstuitkering toegestaan is.

### 5.2.3 Fiscaal

1	Winstuitkering ziekenhuizen en vennootschapsbelasting
2	Btw-vrijstelling
3	Overdrachtsbelasting
4	Fiscale stimulering beleggen of investeren in ziekenhuizen

#### 5.2.3.1 Winstuitkering ziekenhuizen en de vennootschapsbelasting

Op basis van de huidige wettelijke regeling zullen ziekenhuizen die het participatiemodel implementeren onderworpen worden aan de vennootschapsbelasting. Dit omdat - kort gezegd - geen aanspraak kan worden gemaakt op de zorgvrijstelling indien via de participaties winsten aan de houders ervan in de private sfeer kunnen toekomen. Zoals opgemerkt in paragraaf 4.2.3.1 leidt dit tot een ongelijke fiscale behandeling tussen zorginstellingen die wel en niet in private eigendom zijn. Dit wordt in de praktijk door aspirant participanten als een belemmering ervaren.

Voor het wegnemen van de belemmering van de opkomende vennootschapsbelastingplicht bij de totstandkoming van een participatiemodel is een aantal opties denkbaar.

Allereerst kan worden gedacht aan het alsnog van toepassing laten zijn van de zorgvrijstelling op instellingen die hun winst aan private partijen kunnen uitkeren. Weliswaar wordt daarmee een gelijk speelveld gecreëerd tussen private en niet-private ziekenhuizen, maar het is de vraag of er voor een zodanige aanpassing van de wetgeving voldoende maatschappelijk en politiek draagvlak bestaat. Bovendien stuit een sectorale vrijstelling mogelijk op weerstand vanuit de EU wegens verboden staatssteun.

Voorts is denkbaar dat alle zorginstellingen niet langer meer zorgvrijgesteld zullen zijn. Ook hiermee wordt weliswaar een gelijk speelveld gecreëerd, maar is het de vraag of voor het besluit om de zorg in Nederland met vennootschapsbelasting te belasten, voldoende maatschappelijk en politiek draagvlak

47 Brief van Staatssecretaris van Rijn aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 30 september 2015 inzake beantwoording Kamervragen over winstuitkeringen aan bestuurder/eigenaar van een thuiszorginstelling.

aanwezig is. Bovendien mag dan worden verwacht dat de kosten van de vennootschapsbelasting zullen worden afgewenteld op patiënten/verzekeraars.

Daarnaast zou een optie kunnen zijn dat de heffing van vennootschapsbelasting niet aan de orde is indien en zolang exploitatieoverschotten (lees: winst) aan de zorg of zorginstelling ten goede komen. De gedachte is dat indien en zolang zorggeld wordt geherinvesteerd in de zorg er geen reden is om de zorgvrijstelling niet van toepassing te laten zijn.<sup>48</sup>

Pas als de zorginstelling haar winst uitkeert aan een partij waarmee het geld definitief aan de zorg of het maatschappelijk belang wordt onttrokken, is er een legitieme reden om tot belastingheffing over te gaan.

Daarmee wordt feitelijk uitstel van vennootschapsbelastingheffing bewerkstelligd. Immers, zolang het geld binnen de zorg blijft en aldaar wordt herbested, vindt er geen heffing plaats en vormt de vennootschapsbelasting geen versturende factor bij de exploitatie van de zorgonderneming<sup>49</sup>. Daarmee sluit een regeling in de vennootschapsbelastingfeer ook beter aan bij het verbod op het winstoogmerk in de WTZi. Immers, ook deze regeling beoogt vooral de uitkering van winst door de zorginstelling te verbieden en niet zozeer het behalen van winst als zodanig.

In technische zin kan deze faciliteit op verschillende manieren worden vormgegeven. Enerzijds door het winstbestemmingscriterium in artikel 4 Uitvoeringsbesluit Vennootschapsbelasting zodanig te wijzigen dat de vrijstelling van toepassing is indien en zolang geen winstuitkering aan een partij in de private sfeer plaatsvindt. Anderzijds is denkbaar dat het fiscale regime wordt uitgebreid met een aparte regeling/faciliteit die belastingplichtige zorginstellingen toestaat om een fiscale reserve te vormen voor winsten die worden aangewend voor (her)investeringen/(her)bestedingen in de zorg. De reserve kan vervolgens ten laste worden gebracht van de investeringen/bestedingen. Door lagere afschrijvingen en/of het niet in aanmerking nemen van latere kosten, wordt de fiscale winstneming uitgesteld. Deze tweede variant kent als voordeel dat de Belastingdienst haar fiscale claim op winst van de zorginstelling te allen tijde behoudt.

### 5.2.3.2 Btw-vrijstelling

Het verschuldigd worden van btw over (grote delen van) de diensten van instellingen van medisch-specialistische zorg wordt als een obstakel gezien bij de overgang naar een participatiemodel.

Deze belemmering, die het verbod op een winststreven in de instellingenvrijstelling in de btw met zich meebrengt, kan worden weggenomen door deze voorwaarde te laten vervallen. De verwachting is dat dit zou gebeuren als de Wet VIMZ ook door de Eerste Kamer wordt aangenomen. Inmiddels is toegezegd dat de btw-vrijstelling voor het verplegen en verzorgen van mensen in een ziekenhuis geldt voor alle ziekenhuizen, ook voor ziekenhuizen met een participatiemodel. De staatssecretaris van Financiën legt dit nog vast in een beleidsbesluit.<sup>50</sup>

48 Hiermee wordt ook meer aangesloten bij de feitelijke werking van de WTZi die in de praktijk dé facto niet zozeer het winstoogmerk als wel de uitkering van winst verbiedt.

49 Deze faciliteit of aanpassing van de regelgeving zou niet alleen voor de medisch-specialistische zorg, maar voor de zorg als geheel kunnen gelden. Zelfs is denkbaar dat deze regeling ook naar andere sectoren van het publieke speelveld wordt uitgebreid, zoals bijvoorbeeld het onderwijs.

50 Kamerbrief dd. 4 juli 2016 inzake Governance in de zorgsector, Bijlage 1

### 5.2.3.3 Overdrachtsbelasting

Bij de totstandkoming van een ziekenhuis in mede-eigendom kan overdrachtsbelasting verschuldigd zijn wanneer ook het (zorg)vastgoed daarvan deel uitmaakt en geen sprake is van rechtsvormomzetting. De heffing bij overgang van vastgoed kan worden voorkomen door toepassing van een vrijstelling. De flexibiliteit in het kader van vastgoedherstructureringen bij zorgstichtingen (waaronder de meeste ziekenhuizen) zou kunnen worden bevorderd door de splitsingsvrijstelling ook voor stichtingen open te stellen.

Daarmee komen ook meer alternatieven beschikbaar voor de rechtsfiguur van de - weinig flexibele - rechtsvormomzetting als middel om de heffing van overdrachtsbelasting te voorkomen bij totstandkoming van een participatiemodelstructuur waarbij ziekenhuis en vastgoed in een gezamenlijke entiteit worden ondergebracht.

### 5.2.3.4 Fiscale stimulering beleggen/investeren in ziekenhuizen

Indien in lijn met het Wetsvoorstel VIMZ wordt verwacht dat ter bekostiging van ons zorgstelsel de behoefte aan private investeringen in de toekomst zal stijgen, kan worden overwogen de toestroom van privaat vermogen fiscaal te stimuleren. Dit geldt niet alleen voor (lange termijn)investeerders, maar ook voor (grote en kleine) beleggers en/of zorgondernemers. In het kader van hun betrokkenheid bij de 'eigen' zorginstelling en ter stimulering van de gelijkgerichtheid binnen de organisatie zou dit ook voor (medisch) personeel van die instelling kunnen gelden.

Denkbaar is dat in de inkomsten- en vennootschapsbelasting aldus faciliteiten worden gecreëerd die het heffingsmoment uitstellen en/of het inkomen of de winst(uitkering) lager belasten en aldus de toestroom van privaat kapitaal naar de (medisch-specialistische) zorg bevordert. Daarbij kan voor dit soort maatschappelijke beleggingen bijvoorbeeld worden gedacht aan een regeling vergelijkbaar met de fiscale faciliteit zoals die thans voor zogenaamde 'groene beleggingen' bestaat.<sup>51</sup>

## 5.3 Randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen

### 5.3.1 Communicatie en facilitering

Communicatie over en facilitering bij de implementatie zijn belangrijke randvoorwaarden voor alle veranderingen, zo ook bij het stimuleren van het participatiemodel. Wij onderscheiden de volgende concrete maatregelen op het vlak van communicatie en facilitering:

1	Definitie van participatiemodel verhelderen en voorbeeld (in)richtingen geven
2	Verbetering afstemming interdepartementaal beleid én duidelijk aanspreekpunt aanwijzen
3	Voldoende tijd voor de transitie naar het participatiemodel
4	Tussenvarianten en deelparticipatie stimuleren/toestaan

#### 5.3.1.1 Definitie van participatiemodel verhelderen en voorbeeld (in)richtingen geven

Door de definitie van het participatiemodel te verhelderen weten medisch specialisten en ziekenhuis beter wat het participatiemodel daadwerkelijk inhoudt en wat daarin van wie verwacht wordt. Cruciaal hierbij is om te benadrukken welke doelen het participatiemodel dient. Zie paragraaf 5.1 voor een aanzet hiertoe.

<sup>51</sup> Dat geldt wellicht evenzeer voor andere delen van het (semi) publieke domein/maatschappelijk belang waarin door private partijen wordt geïnvesteerd. Aldus zou een faciliteit in het leven kunnen worden geroepen die dit soort maatschappelijke beleggingen fiscaal stimuleert.

Wanneer vanuit de overheid duidelijke voorbeeldparticipatiemodellen worden gegeven en uitgewerkt zal de onduidelijkheid ten aanzien van het participatiemodel afnemen en zal ook - wanneer er één schaaap (met succes) over de dam is - het goede voorbeeld gevolgd worden.

De overheid kan hierin een belangrijke rol spelen door mee te werken aan de totstandkoming van de eerste participatiemodellen en door - in ieder geval als experiment - voor deze ziekenhuizen (tijdelijk) de eventuele wettelijke belemmeringen weg te nemen.

Door middel van beschikbaarstelling van plannen van aanpak/tooling inzake de implementatie van het participatiemodel - zonder dat teveel gefocust wordt op één soort participatiemodel - kan het beeld van het participatiemodel verhelderd worden. Wij adviseren hierbij uitdrukkelijk een gezamenlijke aanpak tussen VWS en belangenbehartigingsorganisaties zoals FMS en NVZ. Deze belangenbehartigingsorganisaties kunnen net zoals zij dat al eerder deden in het kader van de (invoering van de) integrale bekostiging, een belangrijke bijdrage leveren bij het verlichten van de implementatielasten en -kosten. Bijvoorbeeld door ten behoeve van de praktijk nadere handreikingen te bieden door (model)documentatie te ontwikkelen en deze ter beschikking te stellen, alsmede anderszins kennis/ervaring hierover te delen. Het verhelderen van de definitie van het participatiemodel kan ook meewerken aan het vergroten van de ondernemerszin van medisch specialisten.

Volledigheidshalve merken wij op dat uiteraard voorkomen moet worden dat een te strakke definiëring/tooling de creativiteit voor de inrichting van het participatiemodel en de afstemming met de specifieke *couleur locale* in het ziekenhuis of de regio belemmert. Specifieke kenmerken van de zorgverlening in een bepaalde regio- of ziekenhuissetting kunnen immers een aparte invulling van het participatiemodel vergen.

#### 5.3.1.2 Verbetering afstemming overheidsbeleid én centralisatie van aanspreekpunten

Door het overheidsbeleid binnen en tussen de betrokken ministeries en toezichthouders (nog) beter onderling op elkaar af te stemmen, wordt het beleid voor alle betrokkenen duidelijker. Dat is zeker bij het in korte tijd implementeren van grote veranderingstrajecten (zoals de invoering van de integrale bekostiging) essentieel. Door waar mogelijk één aanspreekpunt vanuit de ministeries aan te wijzen, wordt tegengestelde sturing/beleid en communicatie hierover voorkomen. Het zoveel mogelijk centraliseren van aanspreekpunten voor medisch specialisten en ziekenhuizen die bezig zijn met de implementatie van het participatiemodel zou ertoe moeten leiden dat vragen en onduidelijkheden gelijkgezind beantwoord worden. Het opzetten van een Kenniscentrum Ziekenhuizen bij de Belastingdienst kan een positieve bijdrage leveren aan het coördineren van de fiscale uitvoeringspraktijk ten behoeve van dit deel van de zorgsector.

#### 5.3.1.3 Voldoende tijd voor transitie naar het participatiemodel

De vorige poging tot introductie van het participatiemodel was de invoering van de integrale bekostiging. Deze invoering had een harde invoeringsdatum als moment waarop het nieuwe besturingsmodel van het ziekenhuis moest staan, terwijl er (nog) (te) veel onduidelijk was vanuit beleidsmatig perspectief. Dit heeft de nodige tijdsdruk opgeleverd bij de ziekenhuizen en medisch specialisten. Door de invoering van het participatiemodel niet verplicht in één keer te laten plaatsvinden, kunnen ziekenhuizen en medisch specialisten in hun eigen tempo het participatiemodel uitwerken en introduceren. Voor een vanuit de overheid gewenste tijdige transitie naar het participatiemodel kan worden overwogen specifieke regelingen die het participatiemodel bevorderen (te denken valt aan de uitgebreide subsidieregeling) voor een beperkte periode te laten gelden.

#### 5.3.1.4 Tussenvarianten en deelparticipatie stimuleren of toestaan

Zoals geconstateerd in paragraaf 3.3, bestaan er in de praktijk thans vele vormen en gradaties van het participatiemodel. Veelal zijn dit tussenvarianten tussen het participatiemodel en de andere modellen: samenwerkingsmodellen met participatie-elementen of juist loondienstmodellen met participatie-elementen. Om de drempel tot verandering te verlagen en de transitie te bespoedigen, adviseren wij de genoemde tussenvarianten te stimuleren (of in ieder geval helderheid te verschaffen welke varianten zijn toegestaan).

Het toestaan van deelparticipaties kan hier een onderdeel van zijn. Door deelparticipaties toe te staan kan voor de medisch specialist meer commitment ontstaan tegenover het ziekenhuis. Participatie - en dus risico lopen - in alleen 'hun' deel van het ziekenhuis geeft hen het gevoel invloed uit te kunnen oefenen op dat deel van het resultaat.

Door alle tussenvarianten toe te staan, bestaat er het risico dat ziekenhuizen en specialisten kiezen voor de weg met de minste belemmeringen (veelal de variant die het dichtst bij het heden staat). Wellicht is dit de variant die het meest haalbaar is voor alle betrokken partijen, maar een dergelijke compromisvariant is uiteindelijk vaak niet de beste oplossing.

Specifiek voor deelparticipaties speelt het risico dat in één ziekenhuis meerdere 'eilanden' worden gecreëerd waarbij de betrokkenheid/solidariteit met het ziekenhuis als geheel in het gedrang kan komen. De governance van deze ontstane eilanden vergt een veel complexere governance van het ziekenhuis als geheel dan wanneer alles in één participatie-entiteit is ondergebracht.

Onder de ziekenhuizen beluisteren wij zowel positieve als negatieve ervaringen met deze deelparticipaties. Enerzijds ondersteunt deze vorm het ziekenhuis in de toekomst als netwerkorganisatie waarbij medisch specialisten door middel van deelparticipaties participeren in het ziekenhuis. Anderzijds onderkennen andere ziekenhuizen een risico ten aanzien van de borging van het grote algemene belang van het ziekenhuis. Deelparticipaties per medisch specialisme zijn vaak onder aanvoering van één of meer medisch specialisten tot stand gekomen. Wanneer deze kartrekkers de participatie verlaten, valt ook de drijfveer achter de betreffende participatie weg. Het is derhalve van belang zorg te dragen voor voldoende breed draagvlak.

#### 5.3.2 Contractering en bekostiging

In een gereguleerde markt als de Nederlandse (ziekenhuis)zorg, zijn contractering en bekostiging belangrijke randvoorwaarden voor de continuïteit van de zorgaanbieders. Wij onderscheiden de volgende maatregelen op dit vlak, ter bevordering van het participatiemodel:

1	Stimuleren van meerjarige afspraken door zorgverzekeraars
2	Ontschotten van bekostigingssystemen ter bevordering van ketensamenwerking
3	Stimuleren van verlichting bancaire financieringsvoorwaarden

##### 5.3.2.1 Stimuleren van meerjarige afspraken door zorgverzekeraars

Een meerjarig contract tussen een zorgverzekeraar en het ziekenhuis heeft een aantal voordelen. Bijvoorbeeld dat beide partijen zich meer kunnen richten op de strategie en het profiel van het ziekenhuis zelf. Partijen kunnen dan voor een langere termijn investeren in bijvoorbeeld ICT en e-health.



Volgens de NVZ wordt door deze investeringen de zorg uiteindelijk goedkoper en beter voor de patiënt.<sup>52</sup>

Het niet hoeven voeren van de jaarlijkse tijdrovende en bureaucratische contractonderhandelingen leidt tot meer tijd om samen te werken aan projecten die de zorgkwaliteit moeten verbeteren en tot meer durf bij zorgaanbieders om te investeren. Het risico dat investeringen (nog) niet worden terugverdiend wordt aanvaardbaar geacht bij een meerjarig contract. In het geval het participatieziekenhuis een meerjarencontract kan sluiten met de zorgverzekeraar wordt voor de medisch specialisten het (hoge) risico van investeren in de ziekenhuisentiteit aantrekkelijker aangezien zij dan meer zekerheid krijgen over het rendement waarvoor het contract met de zorgverzekeraar wordt gesloten.<sup>53</sup>

Meerjarige contracten met zorgverzekeraars zijn in beginsel geen doel op zich, maar kunnen een goed middel vormen om gezamenlijke (kwaliteits)doelstellingen te bereiken, het risico te verlagen en het rendement te verhogen voor de medisch specialisten. De meerwaarde van meerjarige contracten kan bestaan uit beperking van administratieve lasten, tijdige contractering, meer tijd voor o.a. gezamenlijke visieontwikkeling, samenwerking, efficiëntie, en betere investeringsmogelijkheden. Zorgaanbieders zijn eerder geneigd om na te denken over investeringen, omdat het risico of die kunnen worden terugverdiend aanvaardbaar wordt bij een meerjarig contract. Als tegenprestatie voor de omzetzekerheid kan de zorgverzekeraar betere financiële voorwaarden bedingen.

#### 5.3.2.2 Ontschotten van bekostigingssystemen ter bevordering van samenwerking in keten

Zoals reeds in paragraaf 3.2 geconstateerd, verandert het ziekenhuislandschap continu. Er ontstaat meer samenwerking in de keten, waarbij de muren tussen verschillende zorgaanbieders verdwijnen. De exacte wijze waarop en het tempo waarin deze veranderende samenwerkingsstructuren zullen ontstaan, is niet te voorspellen. Wel staan de huidige schotten tussen bekostigingssystemen veelal nog in de weg bij verdergaande samenwerking (en dus participatie) in de keten.

Om innovatie mogelijk te maken zoeken zorgaanbieders en zorgondernemers in samenwerking met zorgverzekeraars reeds naar vernieuwende financieringsmodellen. Varianten die worden toegepast zijn het vormen van regiobudgetten voor specifieke doelgroepen, populatiebekostiging en *shared savings*. Ook *pay-for-performance* contracten en *Health Impact Bonds* zijn in opkomst. Dergelijke alternatieve financieringsmodellen kunnen ook bijdragen aan de bevordering van het participatiemodel.

#### 5.3.2.3 Stimuleren van verlichting bancaire financieringsvoorwaarden

Zoals gesteld in paragraaf 5.1, zullen zorgaanbieders in toenemende mate een beroep op de kapitaalmarkt (banken) doen. Indien zorgaanbieders voor financiering in aanmerking wensen te komen, zijn zij gehouden aan bancaire voorwaarden. In het geval van een participatiemodel is er sprake van risicodragende participanten die eigen vermogen inbrengen (gevolg: hogere solvabiliteit). Tevens mag worden verwacht dat het participatiemodel naar zijn aard een hoger gezamenlijk commitment van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten kent dan de andere besturingsmodellen. Meer gelijkgericht commitment aan de zijde van de instelling voor medisch-specialistische zorg, vermindert de risico's/onzekerheden voor de bank. Hierdoor kan deze besluiten sneller tot financiering over te gaan dan in de huidige situatie c.q. de bancaire voorwaarden te verlichten. Hierover zal op sectorniveau met

---

<sup>52</sup> Voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) tijdens de invitationale conference 'Krachtig innoveren' op 4 februari 2015 in Utrecht.

<sup>53</sup> De voordelen van meerjarige contracten met de zorgverzekeraars gelden overigens ook in het samenwerkingsmodel. Met dien verstande dat in dat geval de medisch specialisten er - afhankelijk van hun afspraken met het ziekenhuis - minder van merken.

de banken afstemming gezocht moeten worden. Zeker als banken zich hierover expliciet en ten positieve uitspreken, kan dit bij zorgaanbieders leiden tot meer animo voor het participatiemodel. Dit geldt ook voor het Wfz, die in dit verband een belangrijke belanghebbende is. Om die reden is het van belang dat ook het Wfz bij die sectorale afstemming aansluit.

### 5.3.3 Stimulering van financiering ziekenhuizen door medisch specialisten

1	Stimulering verstrekking van (resultaatsafhankelijke) leningen
2	Stimuleren inzet transitie subsidie ten behoeve van financiering ziekenhuis

In deze paragraaf worden maatregelen voorgesteld die niet zien op het bevorderen van de totstandkoming van het participatiemodel, maar beogen de financiële participatie door medisch specialisten in het ziekenhuis anderszins te stimuleren.

#### 5.3.3.1 Stimulering verstrekking van (resultaatsafhankelijke) leningen

Indien, hetzij de opheffing van het winstuitkeringsverbod op grond van een aangepaste WTZi-regeling conform het Wetsvoorstel VIMZ niet tot stand komt, hetzij de mogelijkheden tot winstuitkering op basis van zorguitbesteding onder het huidige WTZi-regime niet worden verduidelijkt, dan zal participatie in de eigendomsstructuur van een instelling van medisch-specialistische zorg in beginsel weinig aantrekkelijk zijn voor medisch specialisten en komt de invoering van het participatiemodel zoals beschreven in de brief van 17 december 2013 niet tot stand.

Als daardoor beschikbaarstelling van risicodragend eigen vermogen niet mogelijk is, dan kan een instelling van medisch-specialistische zorg enkel via vreemd vermogen extern gefinancierd worden. Om extern vreemd vermogen aan te trekken, kunnen naast bijvoorbeeld banken en verzekeraars ook medisch specialisten (vrijgevestigd of in loondienst) uitgenodigd worden om instellingen van medisch-specialistische zorg te financieren. Zo wordt de medisch specialist niet alleen op basis van zijn professie, maar ook als schuldeiser aan die instelling verbonden.<sup>54</sup> Hiervoor is van belang dat de medisch specialist voldoende zekerheid heeft dat de als lening verstrekte gelden zullen worden terugontvangen bij een voldoende rendement. Dat kan een vast of variabel rendement zijn. Als een variabel rendement een geheel of ten dele resultaatsafhankelijk karakter draagt, krijgt de medisch specialist een financieel belang bij de resultaatsontwikkeling van de zorginstelling waaraan deze verbonden is. Deze (alternatieve) financiële verbondenheid komt tot op zekere hoogte de (financiële) gelijkgerichtheid ten goede.

Aldus kan ook zonder de mogelijkheid tot winstuitkering financiële gelijkgerichtheid tussen ziekenhuis en medisch specialisten worden gestimuleerd, waarbij aan medisch specialisten de gelegenheid wordt geboden te beleggen in de eigen zorginstelling en die instelling gebaat is bij het verkrijgen van extra (niet-bancair verstrekte) financiële middelen.

Aan het resultaatafhankelijk maken van de rentevergoeding op door medisch specialisten of andere geïnteresseerden verstrekte leningen, kunnen diverse fiscale gevolgen verbonden zijn. Denkbaar is dat de lening of de rentevergoeding fiscaal niet als zodanig kwalificeren. Dit kan voor de zorginstelling onder

<sup>54</sup> Indien winstuitkering slechts tijdelijk niet zal zijn toegestaan kunnen zorginstellingen en aspirant participanten overwegen een eventuele eerdere financiering van de zorginstelling een zogenaamd 'converteerbaar' karakter te geven. Daardoor kan de lening later - bij conversie - alsnog in eigen vermogen worden omgezet en komt eigendoms participatie in de zorginstelling (alsnog) tot stand.

meer tot gevolg hebben dat de rentevergoeding fiscaal als een uitkering van winst wordt aangemerkt. Mocht deze rentevergoeding aan medisch specialisten (of andere private partijen) toekomen dan kan dit leiden tot een - onbedoeld - verlies van de zorgvrijstelling met als gevolg dat de zorginstelling wordt onderworpen aan de heffing van vennootschapsbelasting.

### 5.3.3.2 Transitie subsidie inzetten t.b.v. financiering ziekenhuis

Voor vrijgevestigd medisch specialisten die naar loondienst overgaan is door het Ministerie een transitie subsidie regeling in het leven geroepen. De aantrekkelijkheid van deze regeling kan zowel voor de medisch specialisten als voor het ziekenhuis worden vergroot om bepaalde vormen van participatie te bevorderen.

Gedacht kan worden om de aanwending van deze subsidie regeling (deels) te verbinden aan 'financiering' van de instelling van medisch-specialistische zorg waarin men werkzaam is en dit nader te faciliteren, door:

- ▶ Het subsidiebedrag te verhogen onder de voorwaarde dat dit bedrag tot een later moment (bijvoorbeeld pensionering, beëindiging dienstverband) in die instelling achterblijft;
- ▶ De rentevergoeding over het verhoogde subsidiebedrag dat wordt geïnvesteerd in de instelling afhankelijk te maken van het resultaat van die instelling;
- ▶ Te bevorderen dat de rentevergoeding niet tussentijds wordt uitgekeerd, maar wordt bijgeschreven op de hoofdsom;
- ▶ De belastingheffing over de extra subsidie en bijgeschreven rente uit te stellen totdat deze (aanspraak) feitelijk aan de medisch specialist wordt uitgekeerd (gebaseerd op de huidige fiscale behandeling van deze subsidie); en
- ▶ Mocht de WNT alsnog medisch specialisten in loondienst van toepassing worden verklaard, dan zou wellicht de rentevergoeding die te zijner tijd wordt uitgekeerd, als zijnde een vergoeding voor beschikbaarstelling van vermogen of als nagekomen bedrijfsbate (in plaats van een vergoeding van arbeid), buiten de WNT gehouden kunnen worden.

Met de alternatieve vormgeving van de transitie subsidie regeling worden - binnen het loondienstmodel - meerdere doelen beoogd:

- ▶ Het vergroten van de aantrekkelijkheid voor medisch specialisten van de transitie subsidie regeling door verhoging van het subsidiebedrag en uitstel van belastingheffing;
- ▶ De met de transitie subsidie vrijgekomen middelen als 'werkkapitaal' beschikbaar te stellen aan de instelling van medisch-specialistische zorg waarin de specialist werkzaam is;
- ▶ Bevordering van de (financiële) verantwoordelijkheid en gelijkgerichtheid door koppeling van de renteopbrengst aan het resultaat van die instelling in de loondienstomgeving.

Een tussentijdse ophoging van het subsidiebedrag voor nieuwe gevallen doet uiteraard de vraag rijzen wat er met de bestaande gevallen gebeurt. Lopen de vroeg-optanten de extra faciliteiten mis? Worden de aan de instelling beschikbaar gestelde subsidiebedragen inclusief het bijgeschreven rendement op enigerlei wijze aan de desbetreffende medisch specialisten gegarandeerd? Valt deze regeling binnen de reikwijdte van de WTZi? Is de regeling ook aantrekkelijk genoeg zonder fiscaal voordeel? Afstemming met het ministerie van Financiën is vereist (ook ter voorkoming dat een winstafhankelijke vergoeding door fiscale herkwalificatie leidt tot verlies van de zorgvrijstelling aan de zijde van de instelling).

### 5.3.4 ACM en NZa concentratiemelding

1

Verduidelijking tav concentratiemelding

Zoals geconstateerd in hoofdstuk 4 ervaren de ziekenhuizen en medisch specialisten onduidelijkheid over het al dan niet verplicht moeten melden van een beoogde participatie bij de NZa en/of de ACM. Verduidelijking van de criteria op grond waarvan een participatie voorafgaand gemeld dient te worden bij de NZa en/of de ACM kan er aan bijdragen dat de onder de vrijgevestigde medisch specialisten en ziekenhuizen heersende onduidelijkheid over de mogelijke concentratiemelding bij de NZa en/of de ACM wordt weggenomen en het geen belemmering meer vormt voor de implementatie van het participatiemodel. De NZa en de ACM zullen ten behoeve van deze verduidelijking de criteria voor het al dan niet voorafgaand moeten melden van de beoogde participatie, duidelijk kenbaar moeten maken.

## 5.4 Maatregelen om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen

Ter beantwoording van deelvraag 4c zijn er ook maatregelen te bedenken die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen.

Te denken valt aan (governance)maatregelen die - bijvoorbeeld op kwaliteits- en veiligheidsterrein - de doorzettingsmacht van het ziekenhuisbestuur vergroten, of monitorings- en rapportagemaatregelen die toezien op kwaliteits- en veiligheidsbeleid en/of de financiële positie van Collectieven. Daarnaast kan een stringenter monitorings- en handhavingsbeleid in het kader van het fiscaal ondernemerschap/de fiscale zelfstandigheid het samenwerkingsmodel minder aantrekkelijk maken. Ook is een maatregel denkbaar die tot gevolg heeft dat ziekenhuizen met een samenwerkingsmodel minder gunstige financiële voorwaarden kunnen bedingen bij het maken van afspraken met zorgverzekeraars, banken en/of andere stakeholders in het ziekenhuis.

Bij al deze maatregelen is echter een aantal stevige kanttekeningen te plaatsen. Mede op basis van de door ons gehouden interviews verwachten wij allereerst dat dit soort maatregelen in ieder geval aan de zijde van de vrijgevestigd medisch specialisten op weerstand zal stuiten, zeker nu daarvoor legitieme redenen (zoals bijvoorbeeld te hoge kosten opgeroepen door het samenwerkingsmodel of als de kwaliteit en veiligheid die in het gedrang komt) in onvoldoende mate aanwezig zijn. Op basis van de rapportages van NZa en Tias over het functioneren van het samenwerkingsmodel lijkt een directe noodzaak tot overheidsinterventie momenteel niet aanwezig te zijn.

Daarnaast is er een aanzienlijke kans dat de maatregelen die zien op vergroting van de doorzettingsmacht van het ziekenhuisbestuur ook de vrijgevestigd medisch specialisten in het participatiemodel raken. Zodoende wordt niet alleen de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel beperkt, maar ook die van het participatiemodel, hetgeen in strijd zou kunnen zijn met de bevordering van het participatiemodel. Tevens brengen deze maatregelen bovendien het fiscale risico met zich mee dat na implementatie ervan de Belastingdienst een fiscale dienstbetrekking constateert en zodoende de (fiscaal) vrijgevestigde status van de medisch specialist in het gedrang komt, nota bene mogelijk ook bij het participatiemodel.

Invoering van een aantal van bovengenoemde maatregelen creëert bovendien wellicht een gedwongen overgang naar een ander besturingsmodel. Gelet op de verstreckende gevolgen die aan een

modelwijziging binnen de ziekenhuisomgeving verbonden kunnen zijn, is de vraag of een gedwongen overgang naar een ander besturingsmodel thans op zijn plaats is. Naar wij begrijpen bestaan ook onder ziekenhuisbesturen reserves tegen zo'n (af)gedwongen overgang op korte termijn.

Het geheel overziend zijn wij van mening dat voor het verkleinen van de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel thans geen urgente redenen aanwezig lijken. Een legitieme reden tot dit soort ingrijpen ontbreekt aldus. Voorts zijn wij van mening dat een besturingsmodelkeuze (een overgang naar het participatiemodel of naar loondienst) vanwege het ingrijpende karakter ervan idealiter vrijwillig vanuit de eigen organisatie en - zoveel mogelijk - op basis van lokale argumenten tot stand moet komen. Overigens stelt ook de Minister in haar kamerbrief d.d. 4 juli 2016 dat het participatiemodel niet een verplicht besturingsmodel zou moeten zijn, doch roept zij ziekenhuizen op te blijven investeren in goede afspraken en een goede onderlinge relatie en daarbij het participatiemodel en het loondienstmodel als stip op de horizon niet uit het oog te verliezen.<sup>55</sup>

Bovendien lijken deze maatregelen om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen thans niet haalbaar zonder dat deze een flink aantal ongewenste negatieve consequenties met zich meebrengen. Aldus dragen deze maatregelen om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen ons inziens thans dan ook niet of weinig bij aan het bevorderen van het participatiemodel.

Overigens zou een (af)gedwongen overgang naar het participatiemodel of het loondienstmodel, wanneer hier sprake van zou zijn, mogelijk enigszins strijdig kunnen zijn met de eerder door de FMS en de NVZ in samenwerking met het ministerie van Financiën en het Ministerie, de Belastingdienst en een aantal fiscale adviesbureaus ontwikkelde besturingsmodellen. Met het ter beschikking stellen van deze drie besturingsmodellen (participatiemodel, samenwerkingsmodel en loondienstmodel) is de verwachting en het vertrouwen gewekt dat deze drie besturingsmodellen (waaronder dus ook het samenwerkingsmodel) toekomstbestendige besturingsmodellen van de ziekenhuizen waren.

---

<sup>55</sup> Brief van Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake 'governance in de zorgsector' d.d. 4 juli 2016.

## 6 Verwacht effect van en samenhang tussen de bevorderingsmaatregelen

### 6.1 Inleiding

Om te bepalen of de genoemde maatregelen daadwerkelijk het verwachte c.q. gewenste effect hebben is het noodzakelijk de verschillende maatregelen in samenhang te bezien. Iedere maatregel heeft weliswaar zijn eigen effecten, maar een deel heeft ook onderlinge effecten. In deze paragraaf beschrijven wij voor ieder van de maatregelen de haalbaarheid, de verwachte effecten van de maatregel, eventuele alternatieven voor de maatregel en de samenhang met andere maatregelen.

### 6.2 Opheffing verbod winstuitkering

#### 6.2.1 Haalbaarheid

Zowel vanuit voor- als tegenstanders is er kritiek op het Wetsvoorstel VIMZ. Vanuit de voorstanders is de kritiek dat de voorwaarden waaraan moet worden voldaan voor het mogen uitkeren van winst die in het Wetsvoorstel worden genoemd, in sommige opzichten belemmerend zullen werken voor de investeerders en beleggers in ziekenhuizen. Tegenstanders zien de mogelijkheid van winstuitkering als strijdig met de maatschappelijke functie van het ziekenhuis. De kans bestaat dan ook dat de invoering van het Wetsvoorstel VIMZ niet haalbaar blijkt gezien de publieke en politieke opvattingen.

#### 6.2.2 Effecten van de maatregel

Wij schatten het effect van de maatregel op het bevorderen van het participatiemodel in als substantieel. De mogelijkheid tot winstuitkering wordt door de medisch specialisten als redelijk essentieel ervaren. Anders gesteld: de mogelijkheid tot winstuitkering is de belangrijkste randvoorwaarde voor het bevorderen van het participatiemodel.

#### 6.2.3 Alternatieven

Als blijkt dat het Wetsvoorstel VIMZ niet wordt aangenomen, dan zijn er andere mogelijkheden die het effect van het niet realiseren van deze maatregel kunnen veranderen. Het moderniseren, vereenvoudigen en verduidelijken van de voorwaarden op grond waarvan ziekenhuizen onder de huidige wetgeving winst mogen uitkeren via de zorguitbestedings- of onderaannemingsstructuur zou een alternatieve maatregel kunnen zijn die het participatiemodel alsnog bevordert.

#### 6.2.4 Samenhang met andere maatregelen

De maatregel 'Opheffing verbod winstuitkering' heeft relaties met enkele andere (categorieën van) maatregelen, te weten:

1. WNT
2. Fiscaal
3. Communicatie en facilitering

Ad 1: Eventuele dividenduitkeringen die een topfunctionaris (lees: medisch specialist bestuurder) ontvangt naast inkomsten uit zijn dienstverband vallen vooralsnog niet onder de bezoldiging in de zin van de WNT. Dit betekent dat zodra de maatregel 'Opheffing verbod winstuitkering' wordt uitgevoerd, de belemmering ten aanzien van de hoogte van de vergoeding kan worden verlaagd (niet volledig weggenomen).

Ad 2: Ten aanzien van de fiscale maatregelen, heeft 'Opheffing verbod winstuitkering' relaties met de voorgestelde maatregelen in de vennootschapsbelasting. Om voor de zorgvrijstelling in de vennootschapsbelasting in aanmerking te komen, geldt nu nog een verbod op winstuitkering aan private partijen.

Voor de btw is aangekondigd dat dit verbod onafhankelijk van de invoering van het Wetsvoorstel VIMZ is komen te vervallen. Voor de vennootschapsbelasting geldt dat opheffing van het winstuitkeringsverbod dient te leiden tot een heroverweging van het heffingsregime voor ziekenhuizen.

Ad 3: Een belangrijke maatregel in de categorie 'Communicatie en facilitering' is het aanreiken van voorbeelden voor inrichting van het participatiemodel. Indien moet worden uitgeweken naar het alternatief van het moderniseren, vereenvoudigen en verduidelijken van de huidige winstuitkeringsregels kunnen de ziekenhuizen die als eerste een zorguitbestedings- of onderaannemingsstructuur implementeren als voorbeelden worden gebruikt. Ook zullen bij zelfstandige klinieken (ZBC's) *best practices* aanwezig zijn.

## 6.3 WNT

### 6.3.1 Haalbaarheid

Een kanttekening bij de maatregel voor de WNT van het wijzigen van de bezoldigingsmaxima voor medisch specialist bestuurders is dat de afgelopen jaren - sinds het moment van invoering van de WNT - er vanuit het veld (ziekenhuizen en andere publiekrechtelijke instellingen) in grote mate is gelobbyd voor een ruimer bezoldigingsregime. Echter zonder succes. De kans bestaat dan ook dat deze maatregel niet haalbaar blijkt. Een variant op deze maatregel, namelijk het uitzonderen van de medisch specialist bestuurder van de WNT-norm heeft als nadeel dat hiermee scheve verhoudingen binnen één ziekenhuisbestuur worden gecreëerd. Hierdoor lijkt de kans te bestaan dat ook deze maatregel in geringe mate haalbaar is of feitelijk onwenselijk is.

Voor wat betreft medisch specialist in hoedanigheid van medisch specialist lijkt de maatregel in grotere mate haalbaar. Het geven van duidelijkheid over de toepassing van de WNT voor de medisch specialist in loondienst en de vrijgevestigd medisch specialist lijkt - gezien de reeds gedane uitlatingen door de Minister - in grote mate haalbaar. Daarnaast is in ieder geval reeds tot 1 januari 2018 duidelijkheid gegeven ten aanzien van de medisch specialisten in loondienst. Dat ook na die tijd duidelijkheid bestaat dat medisch specialisten in loondienst niet onder de WNT vallen lijkt - weliswaar afhankelijk van politieke ontwikkelingen - haalbaar.

### 6.3.2 Effecten van de maatregel

Wij schatten het effect van de maatregel op het bevorderen van het participatiemodel in als beperkt. nu deze belemmering ten aanzien van de WNT met name geldt voor loondienstspecialisten, maar ook door de vrijgevestigd medisch specialisten als belemmering wordt ervaren. Het veld heeft echter veel behoefte aan duidelijkheid op dit vlak. Bij blijvende onduidelijkheid, blijft de WNT - ook en vooral in de beleving - als zwaard van Damocles boven de markt hangen. Onduidelijkheid resulteert er in de regel in dat mensen geneigd zijn vast te houden aan de huidige situatie en het simpelweg niet aandurven om voor een nieuw of ander model te kiezen.

### 6.3.3 Samenhang met andere maatregelen

De maatregel WNT heeft een relatie met de maatregelen in de volgende categorieën:

1. Opheffing verbod winstuitkering
2. Communicatie en facilitering

Ad 1: Zie de relaties zoals beschreven in paragraaf 6.2.

Ad 2: Wij zijn van mening dat door goede communicatie en facilitering er veel onrust en onduidelijkheid rond de WNT kan worden weggenomen. Immers, het participatiemodel kan in de gevallen dat winstuitkering mogelijk is als middel dienen om aanvullende vergoeding te verkrijgen (ook in geval medisch specialisten in de toekomst onder de WNT vallen). Alleen door goede communicatie en facilitering vanuit de overheid is het mogelijk deze zienswijze ook op het netvlies van medisch specialisten te krijgen en om hun vrees voor de WNT weg te nemen.

## 6.4 Fiscaal

### 6.4.1 Haalbaarheid

#### Vennootschapsbelasting - aanpassing heffingsregime ziekenhuizen

Verwacht wordt dat de zorgvrijstellingsfaciliteit en daarmee het heffingsregime voor zorginstellingen binnen niet al te lange tijd ten principale zal worden heroverwogen. Bijvoorbeeld onder invloed van nieuwe zorgwetgeving (denk aan Wetsvoorstel VIMZ), Europeesrechtelijke ontwikkelingen (bijvoorbeeld verboden staatssteun) en/of nieuwe meer fundamentele onevenwichtigheden die het huidige regime met zich meebrengt. Het is op dit moment moeilijk in te schatten wat de uitkomst van deze heroverweging zal zijn. Het ligt momenteel niet in de lijn der verwachting dat het zorgvrijstellingsregime zodanig zal worden uitgebreid dat daaronder ook instellingen voor medisch-specialistische zorg vallen die winsten aan de private sfeer uitkeren.

#### Btw - instellingenvrijstelling van toepassing bij winststreven

De uitbreiding van de werkingssfeer van de zogenaamde instellingenvrijstelling naar zorginstellingen met een winstoogmerk, zonder dat het Wetsvoorstel VIMZ is aanvaard, is al aangekondigd.

#### Overdrachtsbelasting - uitbreiding splitsingsvrijstelling naar stichtingsvorm

Tegen de openstelling van de splitsingsvrijstelling in de overdrachtsbelasting voor stichtingen zijn ons geen doorslaggevende bezwaren bekend. Wij verwachten dat deze maatregel derhalve zou kunnen worden doorgevoerd.

### 6.4.2 Effecten van de maatregel

Met name de aanpassing van het vennootschapsbelastingregime is van groot belang voor de aantrekkelijkheid van het participatiemodel. Weliswaar heeft de in dit rapport voorgestelde maatregel tot gevolg dat participatieziekenhuizen in de heffingssfeer worden betrokken. Echter, indien en zolang de winst wordt herbesteed binnen die zorginstelling vindt feitelijk geen belastingheffing plaats. Er is dan immers sprake van uitstel van heffing.

Daarmee wordt binnen de vennootschapsbelasting voor de ziekenhuisexploitatie in enge zin in belangrijke mate een gelijk speelveld gecreëerd tussen wel- en niet-winstuitkerende ziekenhuizen.



### 6.4.3 Samenhang met andere maatregelen

De voorgestelde maatregelen in de vennootschapsbelasting (en voorheen ook de btw) hebben een duidelijke relatie met de maatregelen in de categorie 'Opheffing verbod winstuitkering'. Op de thans geldende zorgvrijstelling kan immers geen aanspraak worden gemaakt indien via de participaties winsten aan de houders ervan in de private sfeer kunnen toekomen. Indien winstuitkering bij ziekenhuizen mogelijk wordt, is de noodzaak om de in hoofdstuk 4 genoemde belemmeringen weg te nemen groter.<sup>56</sup>

## 6.5 Communicatie en facilitering

### 6.5.1 Haalbaarheid

Het realiseren van de maatregelen in de categorie 'Communicatie en facilitering' lijkt grotendeels haalbaar. De haalbaarheid van de maatregel ten aanzien van het aanwijzen van een duidelijk aanspreekpunt vanuit de overheid is afhankelijk van de vraag of de verschillende ministeries ook daadwerkelijk een (gezamenlijk) beleid hebben dat in overeenstemming met elkaar is. Voor zover de ministeries van VWS en Financiën inderdaad de bevordering van het participatiemodel nastreven zou het haalbaar moeten zijn om één duidelijk aanspreekpunt te realiseren.

### 6.5.2 Effecten van de maatregel

De maatregelen in de categorie 'Communicatie en facilitering' zullen resulteren in meer duidelijkheid ten aanzien van het participatiemodel. Deze duidelijkheid zal de aantrekkelijkheid van het participatiemodel bevorderen. Hierbij past wel de kanttekening dat dit effect grotendeels afhankelijk is van de realisatie van de hiervoor genoemde wettelijke maatregelen. Voor zover de wettelijke maatregelen niet haalbaar blijken zal het effect van de maatregelen in de categorie 'Communicatie en facilitering' afnemen of teniet gedaan worden.

### 6.5.3 Samenhang met andere maatregelen

De maatregelen in de categorie 'Communicatie en facilitering' hebben een duidelijke relatie met de maatregelen in de volgende categorieën:

- ▶ Opheffing verbod winstuitkering; en
- ▶ Fiscaal.

Naarmate er meer duidelijkheid kan worden verschaft in bovenstaande categorieën, hoe meer effect communicatie en facilitering zullen hebben. In geval er onduidelijkheid blijft voortbestaan in één of meerdere categorieën, blijft de aanbeveling om aandacht te besteden aan communicatie en facilitering, maar zal het effect hiervan op de bevordering van het participatiemodel beperkt zijn.

## 6.6 Contractering en bekostiging

### 6.6.1 Haalbaarheid

Afhankelijk van de veranderingen in bekostigings- en productstructuur lijkt het stimuleren van meerjarige afspraken met zorgverzekeraars haalbaar. De daadwerkelijke haalbaarheid van het realiseren van meerjarige contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen zal afhankelijk zijn van het wederzijds vertrouwen en verwachtingen onderling. Het ontschotten van bekostigingssystemen is haalbaar (getuige de initiatieven die op dit vlak al worden ondernomen); echter is dit niet van de ene op

---

<sup>56</sup> Zie Connie Roozen, Meindert Eisenburger, Wolter Pot, 'Bij afschaffing winstklem vervalt zorgvrijstelling', Het Financieele Dagblad, 7 november 2010.

de andere dag geregeld. Ten aanzien van het stimuleren van verlichting van bancaire financieringsvoorwaarden is sectorbreed overleg met de banken nodig om de haalbaarheid te bepalen en de maatregel in te voeren.

### **6.6.2 Effecten van de maatregel**

Het realiseren van meerjarige contracten heeft als gevolg dat medisch specialisten meer zekerheid hebben over de toekomstige financiële positie van het ziekenhuis. Dit zal een positief effect hebben op de aantrekkelijkheid van het participatiemodel. Echter is het geen essentiële factor voor de bevordering van het participatiemodel.

### **6.6.3 Samenhang met andere maatregelen**

De maatregelen in de categorie 'Contractering en bekostiging' hebben geen relatie met de andere (categorieën van) maatregelen.

## **6.7 Stimulering van financiering ziekenhuizen door medisch specialisten**

### **6.7.1 Haalbaarheid**

Het realiseren van de maatregelen in de categorie 'Stimulering financiering' vergt ten dele afstemming met het ministerie van Financiën. Het voorstel over de inzet van de transitie subsidie vergt een nadrukkelijke heroverweging van het beleid dienaangaande.

### **6.7.2 Effecten van de maatregel**

De maatregelen in de categorie 'Stimulering financiering' zijn alternatieven voor de situatie dat het verbod op winstuitkering niet wordt opgeheven. Als zodanig bevorderen deze maatregelen niet het participatiemodel zelf, maar vergroten de maatregelen wel de (financiële) betrokkenheid van medisch specialisten.

### **6.7.3 Samenhang met andere maatregelen**

De maatregelen in de categorie 'Stimulering financiering' hebben een duidelijke relatie met de maatregelen in de volgende categorieën:

1. Opheffing verbod winstuitkering; en
2. Communicatie en facilitering.

Ad 1: De maatregelen in de categorie 'Stimulering financiering' zijn alternatieven voor de situatie dat geen van de maatregelen in de categorie 'Opheffing verbod winstuitkering' wordt ingevoerd.

Ad 2: Duidelijke communicatie en facilitering over het hoe en waarom is essentieel, willen medisch specialisten overgaan tot mede-financieren van de ziekenhuiszorg.

## 6.8 NZa en ACM concentratiemelding

### 6.8.1 Haalbaarheid

Het geven van meer duidelijkheid over het al dan niet hoeven melden van een participatie bij de NZa en/of de ACM lijkt in grote mate haalbaar. Het kenbaar maken van criteria op grond waarvan wel of niet gemeld moet worden lijkt ook in grote mate haalbaar.

### 6.8.2 Effecten van de maatregel

De maatregel ten aanzien van de concentratiemelding bij de NZa en/of de ACM zal resulteren in meer duidelijkheid ten aanzien van de termijnen waar rekening mee gehouden dient te worden bij de implementatie van het participatiemodel.

### 6.8.3 Samenhang met andere maatregelen

De maatregel ten aanzien van de concentratiemelding bij de NZa en/of de ACM heeft een duidelijke relatie met de maatregelen in de categorie communicatie en facilitering. Duidelijke communicatie over de criteria voor het al dan niet moeten melden van een beoogde participatie is belangrijk voor de termijnen waar medisch specialisten en ziekenhuizen mee te maken hebben in het kader van de implementatie van een participatiemodel.

## 6.9 Conclusie

De haalbaarheid van het invoeren van het participatiemodel als geheel zal het meest afhankelijk zijn van de haalbaarheid van de wettelijke maatregelen rondom de mogelijkheden tot winstuitkering, dan wel van alternatieven voor deze maatregelen.

Ook de door de medisch specialisten ervaren onzekerheden rondom de toepassing van de WNT in relatie tot de medisch specialisten (in diverse hoedanigheden) draagt ertoe bij dat medisch specialisten niet naar een ander besturingsmodel willen overgaan. Duidelijkheid hieromtrent is derhalve noodzakelijk. De maatregel om het publieke belang te waarborgen (genoemd onder opheffing verbod winstuitkering) kan een aanvullend middel zijn om de haalbaarheid van de wettelijke maatregelen te vergroten.

Van de fiscale maatregelen is vooral de aanpassing van het zorgvrijstellingsregime van belang om de animo voor het participatiemodel te vergroten. In het bijzonder wordt bedoeld op de voorgestelde maatregel om het moment van belastingheffing te verleggen naar (i) de feitelijke uitkering van winst, dan wel (ii) het moment waarop de middelen binnen het ziekenhuis niet meer ten behoeve van (publieke) zorg worden aangewend.

De maatregelen ten aanzien van 'Communicatie en facilitering' zijn belangrijke stimulerende maatregelen, die gelijktijdig met en volgend op de wettelijke maatregelen dienen te worden ingezet.

Overige maatregelen in de categorie 'Contractering en bekostiging' zijn minder bepalend dan de hiervoor genoemde, maar kunnen in combinatie een stimulerend effect hebben.

In het geval wettelijke maatregelen niet mogelijk blijken, zijn de maatregelen in de categorie 'Stimulering financiering' mogelijke alternatieven om - anders dan in een vrijgevestigdenparticipatiemodel - toch betrokkenheid van medisch specialisten bij het ziekenhuis te bewerkstelligen.

## 7 Conclusies

Dit hoofdstuk dient ter beantwoording van de centrale onderzoeksvraag: **Welke mogelijkheden zijn er om te bevorderen dat ziekenhuizen en medisch specialisten die hebben gekozen voor het samenwerkingsmodel door-ontwikkelen naar het participatiemodel?** en de bijbehorende deelvragen die het Ministerie heeft geformuleerd.

### 7.1 Verschillende verschijningsvormen

*Deelvraag 1: Welke hoofdvormen van participatiemodellen onderscheidt u?*

Het participatiemodel kan worden gedefinieerd als: **een besturingsmodel waarin op basis van (volle) eigendom in de juridische structuur van het ziekenhuis wordt deelgenomen**, door in elk geval medisch specialisten, **en waarbij de vrijgevestigde medisch specialist zijn fiscaal zelfstandige status kan behouden**

In de praktijk komt participatie in diverse vormen voor. We onderscheiden hierbij drie dimensies: fiscaal-juridische vormgeving, mate van participatie en scope of object van de participatie. Veel varianten van participatie die er thans in de praktijk zijn, vormen een mengvorm vanuit deze drie dimensies. Zo onderscheiden we het loondienstmodel met participatie-elementen en het samenwerkingsmodel met participatie-elementen, waarbij ook de reikwijdte van de participatie kan verschillen.

De verschillende hoofdmodellen en mengvormen zijn alternatieven met elk eigen kenmerken. Het is aan de praktijk om te bepalen in welk geval een bepaald besturingsmodel prevaleert.

### 7.2 Bijdrage aan besturing en gelijkgerichtheid

*Deelvraag 2: Op welke wijze kunnen de onderscheiden vormen van participatiemodellen bijdragen aan de besturing van ziekenhuizen, en de gelijk gerichtheid van belangen van ziekenhuis en medisch specialisten?*

Wij achten het participatiemodel naar zijn aard een (financieel) gelijkgerichter alternatief voor vrijgevestigd medisch specialisten dan het samenwerkingsmodel. Immers, bij het participatiemodel - net als in het loondienstmodel - is de focus gericht op één en hetzelfde medisch-specialistische bedrijf en niet op twee (of meerdere). In die zin draagt het participatiemodel (meer) bij aan doelmatige zorg en financiële gelijkgerichtheid.

De toepasbaarheid van het participatiemodel is evenwel ruimer en beperkt zich niet louter tot de vrijgevestigd medisch specialisten. Het participatiemodel zorgt voor de (juridische) openstelling van de zorginstelling. Hierdoor kunnen ook andere belanghebbenden zeggenschap en economisch belang (lees ook: financiële verantwoordelijkheid) in de zorginstelling verwerven.

Eigenaarschap koppelt zeggenschap aan financiële verantwoordelijkheid en vergroot daarmee de intrinsieke betrokkenheid bij de zorginstelling. Daarmee kan de zorginstelling beter worden verankerd, niet alleen binnen de eigen personele omgeving, maar desgewenst ook publiek-maatschappelijk, en/of binnen nieuwe samenwerkingen in de veranderende zorgomgeving. Aldus biedt het participatiemodel nadrukkelijk de mogelijkheid tot een meer evenwichtige, maatschappelijke en democratische borging van de zorginstelling die de legitimiteit van het beheer en de exploitatie ervan versterkt.

Het participatiemodel verschaft naast medisch specialisten in beginsel ook andere belanghebbenden de mogelijkheid om deel te nemen in de eigendomsstructuur van een zorginstelling. Bovendien vormt het participatiemodel binnen ons stelsel van gereguleerde marktwerking de (noodzakelijke) sleutel tot extra (private) investeringen in de zorg. Daarmee kan worden voorzien in de toenemende kapitaalbehoefte van de zorgaanbieder, zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de solvabiliteit. Wordt overwogen een participatiemodel in te voeren dan raden wij aan dit nadrukkelijk te doen vanuit de invulling van het strategisch beleid.

De implementatie van het participatiemodel brengt een fundamentele wijziging van de juridische en organisatorische structuur van de ziekenhuisinstelling met zich, waarbij ook de governance inrichting van het ziekenhuis wijzigt. Naast een positief effect op de gelijkgerichtheid, draagt het participatiemodel in combinatie met aanvullende afspraken tussen ziekenhuis en medisch specialisten ook bij aan de besturing van ziekenhuizen. Een goede inrichting van de governance van het ziekenhuis achten wij essentieel voor het slagen van het participatiemodel. De inrichting van de governance is afhankelijk van de afspraken die ziekenhuis en Collectief maken op het gebied van financiën, zeggenschaps- en inkomensverdeling, kwaliteit en veiligheid en bedrijfsvoering van het ziekenhuis en zal per ziekenhuis verschillend zijn.

### 7.3 Aandachtspunten en belemmeringen

*Deelvraag 3: Welke aspecten behoeven aandacht bij de doorontwikkeling naar een participatiemodel? Welke belemmeringen zijn er?*

Ten tijde van de invoering van de integrale bekostiging heeft een aantal ziekenhuizen een begin gemaakt met het uitwerken van het participatiemodel, in welke vorm dan ook. Door verschillende interne en externe belemmeringen is er uiteindelijk geen ziekenhuis geweest dat het participatiemodel – zoals gedefinieerd in dit onderzoek – volledig heeft geïmplementeerd. Uit de interviews zijn wettelijke en niet-wettelijke belemmeringen naar voren gekomen.

#### 7.3.1 Wettelijke belemmeringen

Ten tijde van het invoeren van de integrale bekostiging was de benodigde wet- en regelgeving (nog) niet ingericht op het participatiemodel, ofwel vormde de huidige wet- en regelgeving een obstakel. Dit betreft zowel fiscale wetgeving (te weten: vennootschapsbelasting, btw, overdrachtsbelasting en risico op (fictieve) dienstbetrekking) als niet-fiscale wet- en regelgeving (namelijk: verbod op winstuitkering en toepassing van WNT).

#### 7.3.2 Niet-wettelijke belemmeringen

Naast de wettelijke belemmeringen, speelt/speelde er een veelvoud aan niet-wettelijke belemmeringen, die de ziekenhuizen ervan heeft weerhouden om het participatiemodel te implementeren. We onderscheiden hierbij de volgende (categorieën) belemmeringen:

1. Onduidelijk beeld van het participatiemodel (criteria + consequenties)
2. Implementatiemoeilijkheden (bijvoorbeeld waardering en vastgoed)
3. Tijdgebrek
4. Onzeker financieel perspectief
5. Beperkte ondernemerszin medisch specialisten
6. Publieke opinie

## 7.4 Bevorderende maatregelen

*Deelvraag 4: Welke veranderingen zijn noodzakelijk om een overgang van samenwerkingsmodel naar participatiemodel te stimuleren, en hoe kunnen die veranderingen worden gerealiseerd?*

Met de in dit rapport voorgestelde bevorderingsmaatregelen verwachten wij dat de belangrijkste belemmeringen voor de keuze van dit model worden weggenomen en een volwaardig alternatief besturingsmodel voor de praktijk beschikbaar komt (deelvragen 4a en 4c).

Daarbij maken wij onderscheid tussen essentiële bevorderingsmaatregelen en randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen. De essentiële bevorderingsmaatregelen zijn essentieel voor het bevorderen van het participatiemodel onder ziekenhuizen en medisch specialisten en niet per se essentieel voor het tot stand komen van het participatiemodel zelf. De randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen kunnen de keuze voor het participatiemodel nog meer stimuleren en/of faciliteren op het moment dat de essentiële bevorderingsmaatregelen genomen zijn. Daarnaast onderscheiden wij maatregelen die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen (deelvraag 4c).

### 7.4.1 Essentiële bevorderingsmaatregelen

De essentiële maatregelen ter bevordering van het participatiemodel hangen vooral samen met de thans geldende wettelijke beperkingen rondom het uitkeren van winst door zorginstellingen.

Allereerst is modernisering, vereenvoudiging en verduidelijking van het winstuitkeringsregime in de WTZi noodzakelijk. Weliswaar is winstuitkering binnen de huidige wettelijke kaders reeds onder voorwaarden mogelijk. Maar het gaat dan om een situatie waarbij niet de WTZi-instelling zelf, maar de entiteit waaraan de zorg is uitbesteed tot winstuitkering overgaat. Dit betreft een gekunstelde structuur waarvoor altijd extra entiteiten, extra overeenkomsten en extra geldstromen noodzakelijk zijn. Voor de (zorg)praktijk is deze structuur in sommige opzichten onnodig bezwarend en zijn de voorwaarden onvoldoende kenbaar. Bovendien kan men zich afvragen hoe zich dit verhoudt tot het oorspronkelijke/veronderstelde doel van de WTZi dat winstuitkering voor bepaalde zorginstellingen verboden is.

Het heeft de voorkeur de wettelijke regeling aan te passen en daarmee te actualiseren. Hiervoor kan het Wetsvoorstel VIMZ uitkomst bieden. Met name omdat hierin extra waarborgen ten gunste van het publieke zorgbelang zijn opgenomen en de zorginstelling als WTZi-entiteit zelf wordt toegestaan winst uit te keren. Daarmee wordt de hiervoor genoemde gekunstelde structuur overbodig.

Mocht aanpassing van het wettelijk regime niet mogelijk blijken, dan is een verduidelijking van het WTZi-beleid dienaangaande noodzakelijk:

- ▶ De gevallen waarin sprake is van een winstuitkeringsverbod? Vallen resultaatsafhankelijke afspraken (bijvoorbeeld binnen het samenwerkings- en loondienstmodel) hier ook onder?
- ▶ De voorwaarden wanneer zorguitbesteding/onderaanneming is toegestaan; en
- ▶ De borging van de bescherming van het publieke zorgbelang gewaarborgd.

Vanwege het verband tussen het winstuitkeringsregime in de WTZi en de vrijstellingsbepalingen in de vennootschapsbelasting (en btw), ligt voorts een aanpassing van de fiscale regelgeving voor de hand. Zorginstellingen die hun winst kunnen uitkeren maken thans geen aanspraak op de zorgvrijstelling en worden in de heffing van de vennootschapsbelasting betrokken. Dit geldt ook als de winst niet wordt uitgekeerd, maar behouden blijft voor de zorginstelling. Daarmee vormt de vennootschapsbelasting een belemmering voor participatieziekenhuizen.

Voorgesteld wordt de regelgeving voor zorginstellingen in de vennootschapsbelasting meer in lijn te brengen met de WTZi-regelgeving, in die zin dat belastingheffing eerst plaatsvindt indien en voor zover door zorginstellingen tot uitkering van winst als zodanig wordt overgegaan.

Zorginstellingen die hun winst mogen uitkeren vielen niet onder btw-vrijstelling voor het verplegen en verzorgen van mensen in een ziekenhuis (de zgn. instellingen vrijstelling). Vooruitlopend op de wijziging van de WTZi is aangekondigd dat deze btw-vrijstelling geldt voor alle ziekenhuizen, dus ook voor ziekenhuizen met een participatiemodel die hun winst kunnen uitkeren.

Tot slot is het van belang vrijgevestigd medisch specialisten duidelijkheid te geven over de toepassing van de WNT voor vrijgevestigd medisch specialisten enerzijds en loondienstspecialisten anderzijds en (meer) zekerheid te bieden op de lange termijn over eventuele toepassing van de WNT.

Alhoewel de Minister in een brief van 24 maart 2014 heeft aangegeven dat de vrijgevestigd medisch specialisten "uiteraard gezien hun aard niet onder de WNT vallen", ervaren de vrijgevestigd medisch specialisten in het kader van het participatiemodel toch onzekerheid over de toepassing van de WNT. Dit komt onder andere doordat in het participatiemodel de vrijgevestigd medisch specialisten meer naar het ziekenhuis toe bewegen. De (indirect) opdrachtnemer-opdrachtgeversrelatie verandert immers naar een (indirect) aandeelhoudersrelatie. Dit geeft de medisch specialisten het gevoel dat zij in het participatiemodel dichter tegen loondienst aan bewegen en daardoor ervaren de vrijgevestigd medisch specialisten dat de "onzekerheid" voor loondienstspecialisten of zij na 2018 onder de WNT vallen, ook van toepassing is op hun situatie.

Verduidelijking moet er aan bijdragen dat de onder de vrijgevestigde medisch specialisten heersende vrees voor de WNT wordt weggenomen en het geen belemmering meer vormt voor het participatiemodel. Deze verduidelijking zou het volgende moeten inhouden:

- ▶ Verduidelijking over het onderscheid in status van de toepassing van de WNT tussen loondienstspecialisten en vrijgevestigd medisch specialisten, namelijk:
  - ▶ ten aanzien van vrijgevestigd medisch specialisten heeft minister Schippers d.d. 24 maart 2014 gezegd dat zij uiteraard naar hun aard niet onder de WNT vallen; en
  - ▶ ten aanzien van loondienst medisch specialisten geldt dat in het zorgakkoord (tot en met 2017) is opgenomen dat loondienst medisch specialisten niet onder de WNT vallen. Voor wat betreft de periode daarna zal - ook op de lange termijn - zekerheid geboden moeten worden, om de onzekerheid onder medisch specialisten weg te nemen.
- ▶ Verduidelijking dat de onzekerheid van na het zorgakkoord (derhalve ná 1 januari 2018) en de onzekerheid ten aanzien van de Evaluatiewet WNT en de Wet personele reikwijdte WNT (uitdrukkelijk) niet op de vrijgevestigd medisch specialisten ziet.

#### **7.4.2 Randvoorwaardelijke maatregelen:**

Om de totstandkoming van het participatiemodel (en participatie in ziekenhuizen als zodanig) nader te stimuleren en te ondersteunen worden de volgende randvoorwaardelijke bevorderingsmaatregelen voorgesteld:

- ▶ **Communicatie en facilitering**

Omdat het participatiemodel binnen het huidige zorgstelsel een relatief nieuwe, fundamentele maar bovenal perspectiefrijke en meer gelijkgerichte verandering van de ziekenhuisomgeving met zich meebrengt, is gedegen en eenduidige informatieverstrekking en een adequate procesmatige facilitering van essentieel belang.

In dat verband worden enkele aanvullende maatregelen voorgesteld, zoals:

- ▶ Overheid en belangenbehartigers kunnen gezamenlijk een aantal voorbeelden van participatiemodellen (laten) uitwerken en publiceren. Dit onder beschikbaarstelling van modeldocumentatie, waaronder overeenkomsten en implementatietools;
- ▶ Eenduidige informatieverstrekking van overheidswege (en belangenbehartigers) over de randvoorwaarden;
- ▶ Centralisering van aanspreekpunten bij de overheid voor juridische en fiscale afstemming; en
- ▶ Facilitering van overheidswege van ziekenhuizen die de overgang naar een participatiemodel willen maken en een ruimhartige opstelling bij de lokale invulling ervan, desgewenst op basis van experiment.

Het opleggen van tijdsdwang bij de implementatie van participatiemodellen, bijvoorbeeld door de verplichtstelling ervan, wordt niet noodzakelijk geacht. De totstandkoming van dit model dient vanwege het fundamentele karakter ervan vrijwillig vanuit de ziekenhuisomgeving te geschieden. Tijdsdwang is daardoor onwenselijk. Bovendien vormt de implementatie van een participatiemodel niet zozeer een doel op zich, maar kwalificeert het meer als een middel. Voorts is het een nieuw besturingsmodel dat een grondige implementatie vergt. Wel kunnen bepaalde faciliteiten voor een bepaalde periode ter beschikking worden gesteld. Op deze manier kan gestimuleerd worden te kiezen voor het participatiemodel.

▶ **Financieel:**

Vanuit financieel perspectief wordt een aantal stimuleringsmaatregelen voorgesteld.

Participanten die bijvoorbeeld als investeerder, ondernemer, belegger of beroepsbeoefenaar in een ziekenhuis deelnemen, zullen steeds hun risico's trachten te beheersen. De onzekerheden die samenhangen met de sterk gereguleerde en steeds veranderende ziekenhuisomgeving kunnen worden gecompenseerd door het bieden van voldoende langetermijnperspectief en een hoger nettorendement.

- ▶ Wij stellen in dat verband voor zorgverzekeraars te stimuleren tot het maken van meerjarige afspraken met de participatieziekenhuizen;
- ▶ Door meer commitment van participerende medisch specialisten, eventuele andere participanten en zorgverzekeraars vermindert het risico voor geldverstrekkers en het bankwezen en wordt op hen een beroep gedaan de financieringsvoorwaarden te heroverwegen en waar mogelijk te verlichten;
- ▶ Tegelijk wordt met het oog op het veranderende zorglandschap en de nieuwe samenwerkingen die als gevolg daarvan zullen ontstaan, voorgesteld dat de overheid van haar kant financiële barrières vermindert door keten- of regiobekostiging (meer) te bevorderen;
- ▶ Ook kan de overheid de beschikbaarstelling van privaat kapitaal (door medisch specialisten en anderen) stimuleren door belastingheffing over deze vorm van maatschappelijk kapitaal uit te stellen en/of tariefmatig te beperken;
- ▶ Bovendien kan ook bij een eventuele overgang van medisch specialisten naar loondienst worden gestimuleerd dat zij een financieel belang nemen in het ziekenhuis door de regeling inzake de transitiesubsidie bij overgang naar loondienst hierop in te richten. Daarbij kan worden gedacht aan verhoging van het bedrag of een extra vergoeding erover onder voorwaarde van langjarige beschikbaarstelling aan het ziekenhuis en fiscale facilitering;
- ▶ Mocht de WNT van toepassing worden verklaard op medisch specialisten in loondienst dan kan de overheid expliciet bevestigen dat vergoedingen vanwege beschikbaarstelling van privaat kapitaal buiten de grondslag van de WNT vallen.



▶ **NZa en ACM melding**

Verduidelijking van de criteria op grond waarvan een participatie voorafgaand gemeld dient te worden bij de NZa en/of de ACM kan er aan bijdragen dat de onder de vrijgevestigde medisch specialisten en ziekenhuizen heersende onduidelijkheid over de mogelijke concentratiemelding bij de NZa en/of de ACM wordt weggenomen en het geen belemmering meer vormt voor de implementatie van het participatiemodel.

- ▶ De NZa en de ACM zullen ten behoeve van deze verduidelijking de criteria voor het al dan niet voorafgaand moeten melden van de beoogde participatie, duidelijk kenbaar moeten maken.

### 7.4.3 Maatregelen die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen

Om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen wordt een aantal maatregelen voorgesteld, maar worden hierbij ook kanttekeningen geplaatst en is uiteindelijk de conclusie getrokken dat deze maatregelen thans niet meewerken aan de bevordering van het participatiemodel.

Maatregelen die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen zijn bijvoorbeeld:

- ▶ (Governance) maatregelen die - bijvoorbeeld op kwaliteits- en veiligheidsterrein - de doorzettingsmacht van het ziekenhuisbestuur vergroten;
- ▶ Monitorings- en rapportagemaatregelen die toezien op kwaliteits- en veiligheidsbeleid en/of de financiële positie van Collectieven;
- ▶ Een stringenter monitorings- en handhavingsbeleid in het kader van het fiscaal ondernemerschap/fiscale zelfstandigheid; en
- ▶ Een maatregel die tot gevolg heeft dat ziekenhuizen met een samenwerkingsmodel minder gunstige financiële voorwaarden kunnen bedingen bij het maken van afspraken met zorgverzekeraars, banken en andere stakeholders in het ziekenhuis.

Daarbij is echter een groot aantal kanttekeningen te plaatsen:

- ▶ Thans lijkt een urgente reden voor maatregelen die de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel verkleinen niet aanwezig;
- ▶ Een besturingsmodelkeuze (naar het participatiemodel of loondienstmodel) moet vanwege het ingrijpende karakter ervan, idealiter vrijwillig, vanuit de eigen organisatie en - zoveel mogelijk - op basis van lokale argumenten tot stand komen;
- ▶ Er is een aanzienlijke kans dat de maatregelen die zien op vergroting van de doorzettingsmacht van het ziekenhuisbestuur ook de vrijgevestigd medisch specialisten in het participatiemodel raken. Zodoende beperkt dit niet alleen de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel, maar ook die van het participatiemodel, hetgeen in strijd zou kunnen zijn met de beoogde bevordering van het participatiemodel; en
- ▶ Een aantal van deze maatregelen brengt het fiscale risico met zich mee dat na implementatie ervan de Belastingdienst een fiscale dienstbetrekking constateert en zodoende de (fiscaal) vrijgevestigde status van de medisch specialist in het gedrang komt, mogelijk zelfs ook bij het participatiemodel;

Het invoeren van deze maatregelen is ons inziens dan ook thans niet haalbaar zonder dat deze een flink aantal ongewenste negatieve consequenties met zich meebrengen. Aldus dragen deze maatregelen om de aantrekkelijkheid van het samenwerkingsmodel te verkleinen ons inziens thans dan ook niet of weinig bij aan het bevorderen van het participatiemodel.

## 7.5 Verwacht effect implementatie bevorderingsmaatregelen

Bij overname van onze aanbevelingen, waarbij de essentiële bevorderingsmaatregelen van cruciale betekenis zijn, worden belangrijke belemmeringen voor de totstandkoming van het participatiemodel weggenomen.

Dat geldt allereerst voor de ziekenhuizen die thans met de totstandkoming van een participatiemodel bezig zijn, maar ook voor ziekenhuizen die een andere vorm van participatie door medisch specialisten nastreven. Voorts is er een aantal ziekenhuizen dat het samenwerkingsmodel als tijdelijk besturingsmodel heeft ingevoerd, maar voor wie de doorontwikkeling naar een participatiemodel altijd een einddoel is geweest. Daarnaast zijn er ziekenhuizen die destijds bewust hebben gekozen voor een ander besturingsmodel, maar waarvoor na doorvoering van de bevorderingsmaatregelen mogelijk een (reëel) alternatief beschikbaar komt.

De mate waarin ziekenhuizen (alsnog) het participatiemodel zullen gaan invoeren zal enerzijds afhangen van de interne beweegredenen om tot overgang naar dit model over te gaan. Denk daarbij aan eventuele interne wensen tot meer gelijkgerichtheid, een grotere betrokkenheid van medisch specialisten bij de bedrijfsvoering en ter voorkoming van eventuele negatieve effecten van het samenwerkingsmodel, zoals de beperking van de frictiekosten en de noodzaak om steeds aan het fiscale eisenkader te voldoen. Naast interne kunnen ook externe omstandigheden hierop van invloed zijn, zoals het (handhavings)beleid van de Belastingdienst, overheidsbeleid rondom de positie van de zelfstandigen, het perspectief voortvloeiend uit nieuw zorgbeleid (onder een nieuw kabinet), ontwikkelingen in de rechtspraak, etc. Als relevante externe omstandigheid geldt thans ook het ontbreken van een fatale wettelijke invoeringsdatum, zoals die destijds bij invoering van de integrale bekostiging gold. Daardoor ontbreekt momenteel een acute en meer fiscaal gedreven noodzaak om tot heroverweging (van de eerdere keuze) van een besturingsmodel over te gaan.

Tegelijkertijd maakt overname van bepaalde essentiële bevorderingsmaatregelen, zoals in het bijzonder de verruiming van het winstuitkeringsregime voor curatieve zorgaanbieders en de fiscale facilitering ervan in de vennootschapsbelasting, ook andere vormen van (ziekenhuis)participatie mogelijk. Uiteraard gelden voor de toetreding van andere participanten ook andere motieven en vergt dit een andere strategische afweging (een ingrijpende verandering van zorgomgeving, noodzaak tot aantrekken van privaat kapitaal, de wens tot binding van bepaalde belanghebbenden aan de instelling, etc.). Dit kan een aanzuigende werking hebben op de totstandkoming van participatieziekenhuizen. Wij sluiten bovendien niet uit dat als om andere redenen tot de vorming van een participatieziekenhuis gekozen wordt, alsnog de toetreding van medisch specialisten ter sprake komt en vervolgens daartoe besloten wordt. Aldus kan de invoering van de essentiële bevorderingsmaatregelen ook een indirect positief effect hebben op de totstandkoming van het participatiemodel.

## Literatuur

Barbara Baarsma, Marco Kerste, Lucy Kok (2012), 'Winstuitkering ziekenhuizen welkom, met een paar aanpassingen', Me Judice, 20 april 2012.

B. Berden, L. Houwen en S. Stevens (2015), 'Financiering van zorginstellingen - Met speciale aandacht voor de medisch-specialistische zorg'. Oktober 2015.

Commissie inkomens medisch specialisten (2012), 'Gezond belonen; Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten'. 10 oktober 2012.

Federatie Medisch Specialisten (2016), Magazine Participatie in Praktijk, oktober 2016.

IGZ en NZa (2016), rapportage Onderzoek naar goed bestuur binnen de Zorggroep Alliade te Heerenveen, juli 2016.

Kiwa Prismant (2011), Rapport 'Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg', oktober 2011.

Guus Kuiters (2011), 'Zorg-bv verdient landelijk navolging', Medisch Contact, 13 juli 2011.

NVZ en Orde van Medisch Specialisten (thans FMS) (2013), (Besturingsmodellen)brief van 17 december 2013 aan het ministerie van Financiën.

NVZ (2016), '25 jaar patiënt in beeld; Brancherapport algemene ziekenhuizen 2016. NVZ in samenwerking met Kiwa Carity. December 2016.

NZa (2015), 'Eindrapport risicoverkenning faillissementen zorgverzekeraars en ziekenhuizen', juni 2015.

NZa (2016), 'Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg 2015', 2 maart 2016.

J.P. Ottevanger cs (2008), 'Specialist doet weer mee', Medisch Contact, 19 februari 2008.

E. Plomp, E. Schut, M. Varkevisser (2013), 'Winstuitkering bij ziekenhuiszorg', ESB Gezondheidszorg, 30 augustus 2013.

PwC (2014), 'Een verdieping van besturingsmodellen voor een duurzame relatie tussen ziekenhuis en specialist', Rapportage in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 4 februari 2014.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011), 'Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandland of Droomland', 2011.

M. van Riel (2011), 'Maak de specialist aandeelhouder', Medisch contact, 6 april 2011.

Kees-Peter de Roos, H.A. Martino Neumann (2011), 'Zorg-bv verdient landelijk navolging', Medisch Contact, 13 september 2011.

Connie Roozen, Meindert Eisenburger, Wolter Pot (2010), 'Bij afschaffing winstklem vervalt zorgvrijstelling', Het Financieele Dagblad, 7 november 2010.

TIAS (2016), 'Op weg naar gezamenlijkheid - Rapportage Quick scan Integrale bekostiging en governance', In opdracht van VWS. Tilburg, 14 januari 2016.

Jeroen Wester (2016), '10 jaar nieuw zorgstelsel: dit leverde het op', NRC, 16 januari 2016.

#### **Kamerstukken**

Kamerbrief betreffende Commissiebrief inzake SO Invoering Integrale bekostiging specialistische zorg, 24 maart 2014.

Kamerbrief over substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, 31 augustus 2015.

Kamerbrief inzake beantwoording Kamervragen over winstuitkeringen aan bestuurder/eigenaar van een thuiszorginstelling, 30 september 2015.

Kamerbrief voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering, Ministerie van VWS, 8 oktober 2015.

Kamerbrief over evaluatie faillissementen Ruwaard van Putten en De Sionsberg, 8 maart 2016.

Kamerbrief inzake 'governance in de zorgsector', 4 juli 2016.

Kamerstukken II 2016-17, 34654, nr. 3, p. 12.

Kamerstukken II 2016-17, 34654, nr. 3, p. 20.

Kamerstukken II 2016-17, 34654, nr. 7.

Kamerbrief inzake beantwoording Kamervragen over het bericht dat ouderenzorg verstopt raakt, 9 november 2016.

## Bijlage 1: Lijst van geïnterviewde partijen

### Ziekenhuizen

- ▶ Ziekenhuis Bernhoven
- ▶ Catharina Ziekenhuis Eindhoven
- ▶ Isala Ziekenhuis
- ▶ Ziekenhuis Tjongerschans
- ▶ Ziekenhuisgroep Twente
- ▶ Medisch Spectrum Twente

### Belangenbehartigers

- ▶ De Federatie Medisch Specialististen
- ▶ De Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen

### Overige belanghebbenden

- ▶ De Nederlandse Zorgautoriteit
- ▶ De Inspectie voor de Gezondheidszorg<sup>57</sup>
- ▶ De Rabobank<sup>58</sup>
- ▶ CZ Zorgverzekeraar
- ▶ Waarborgfonds voor de zorgsector

Voorafgaand aan alle interviews hebben wij de geïnterviewden een vragenlijst toegestuurd. Daarin hebben wij de volgende drie thema's voorgelegd:

- ▶ Wat waren de redenen om te kiezen voor het participatiemodel?
- ▶ Welke belemmeringen waren er waardoor het participatiemodel er (nog) niet is gekomen?
- ▶ Welke oplossingen ziet u?

---

57 Gegeven de taak en positie als onafhankelijk toezichthouder van de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de IGZ in principe aangegeven niet mee te kunnen werken aan dit onderzoek ter bevordering van het participatiemodel. Het met de IGZ gehouden interview was derhalve een achtergrondgesprek.

58 Wij hebben in het kader van ons onderzoek er nadrukkelijk voor gekozen om één bank te interviewen. Mede naar aanleiding van de scope van het onderzoek. Wij hebben gekozen voor de Rabobank. In dat kader hebben wij met de Directeur Gezondheidszorg van de Rabobank gesproken. Daarnaast is hij voorzitter van de Commissie Gezondheidszorg van de Nederlandse Vereniging van Banken. Ten behoeve van ons interview heeft de heer van Schaik uitdrukkelijk aangegeven het interview in zijn hoedanigheid als Directeur van de Rabobank te doen, aangezien consultatie van zijn achterban vereist is in het geval van een interview in zijn hoedanigheid namens de Nederlandse Vereniging van Banken.

## Bijlage 2: Interview in het kader van het onderzoek naar bevordering van het participatiemodel

### Introductie

Op 1 januari 2015 is in de medisch specialistische zorg de integrale bekostiging ingevoerd conform de afspraak in het bestuurlijk akkoord medisch specialistische zorg van 16 juli 2013. Om die reden is door de medisch specialist niet in loondienst (hierna: 'medisch specialisten') en het ziekenhuis een nieuwe vorm van samenwerking gevonden per 1 januari 2015. Dit kon ofwel via het samenwerkingsmodel ofwel via het participatiemodel, ofwel in de vorm van loondienst.

Door diverse interne en externe belemmeringen is thans (vrijwel) niet gekozen voor het participatiemodel, maar hebben de meeste ziekenhuizen en medisch specialisten gekozen voor het samenwerkingsmodel.

In opdracht van VWS doen wij onderzoek naar de bevordering van het participatiemodel. Naar verluidt heeft uw ziekenhuis (destijds) stappen gezet in de richting van het participatiemodel c.q. wordt overwogen om een stap in deze richting te zetten. In dat kader hebben wij u benaderd om deel te nemen aan een interview om in kaart te brengen wat de grootste belemmeringen zijn geweest voor ziekenhuizen om al dan niet voor het participatiemodel te kiezen.

Ons interview zal bestaan uit 3 thema's:

1. Wat waren de redenen om te kiezen voor het participatiemodel?
2. Welke belemmeringen waren er waardoor het participatiemodel er (nog) niet is gekomen?
3. Welke oplossingen ziet u?

Bijgaand sturen we u een vragenlijst ter voorbereiding op het geplande interview op [REDACTED] 2016 om [REDACTED] te [REDACTED]. Wij zouden u willen vragen de vragenlijst uiterlijk [REDACTED] 2016 aan ons te retourneren, zodat we de interviewtijd zo efficiënt mogelijk kunnen gebruiken.

1. Wat was voor medisch specialisten/raad van bestuur het meest belangrijk in de toekomstige organisatievorm van het ziekenhuis? Gedacht kan worden aan:
  - Betere zorg
  - Patiëntveiligheid
  - Zeggenschap in het beleid van het ziekenhuis
  - Ondernemerschap
  - Arbeidssatisfactie & werk/privébalans
  - Persoonlijke inkomsten
  - Autonomie
  - Anders, namelijk ...

Geef hieronder een toelichting, inclusief eventuele volgorde van belangrijkheid.

Toelichting:

2. Welke van de volgende factoren zijn voor de medisch specialisten leidend geweest in de keuze het participatiemodel verder de ontwikkelen? Gedacht kan worden aan:

- Honorering van de medisch specialisten
- Verhouding tot ziekenhuisbestuur
- Verhouding tot bestuur collectief
- Bestuurbaarheid van het ziekenhuis
- Gelijkgerichtheid van belangen ziekenhuis en medisch specialisten
- Mate van zelfstandigheid
- Mate van financiële risico's
- Mate van verantwoordelijkheid
- Aantal arbeidsuren
- Mate van professionele ontwikkelingsmogelijkheden
- Mate van zeggenschap in de organisatie
- De mening van de maatschap/vakgroep-collega's
- (Behoud van) professionele autonomie
- (Behoud van) zelfstandige fiscale status
- Mogelijkheid voor onderzoek en medische vervolgopleidingen
- Mogelijkheid tot investeren
- Anders, namelijk ...

Geef hieronder een toelichting, inclusief eventuele volgorde van belangrijkheid.

Toelichting:

3. Welke factoren zijn voor de raad van bestuur leidend geweest in de keuze het participatiemodel verder de ontwikkelen? Gedacht kan worden aan:
- Bestuurbaarheid van het ziekenhuis
  - Gelijkgerichtheid van belangen ziekenhuis en medisch specialisten
  - Extra kapitaals-/ investeringsbron
  - Vergroting betrokkenheid interne/externe stakeholders
  - Anders, namelijk ...

Geef hieronder een toelichting, inclusief eventuele volgorde van belangrijkheid.

Toelichting:

4. Welke belemmeringen hebben uiteindelijk de doorslag gegeven toch te kiezen voor het samenwerkingsmodel? Gedacht kan worden aan:
- Onduidelijk financieel perspectief
  - Prioritering van medisch specialisten (eerst zorg dan de organisatie)
  - Goodwill problematiek
  - Bereidheid van medisch specialisten om (volledige) financiële verantwoordelijkheid te dragen
  - Bekostigingsproblematiek
  - Regiomaatschappen
  - Verbod op winstuitkering
  - Zeggenschapsverdeling tussen raad van bestuur en medisch specialisten
  - Vennootschapsbelastingplicht
  - Bereidheid van de medisch specialisten om eventueel een geldbedrag te lenen
  - Wet Normering Topinkomens (WNT)
  - Toe- en uitredingsproblematiek
  - Verschil in private belangen van de medisch specialisten en het algemeen belang van het ziekenhuis
  - Waarderingsproblematiek
  - Complexiteit
  - Tijdsdruk
  - Toekomst van ziekenhuis onzeker door innovatie
  - Anders, namelijk ...



Geef hieronder een toelichting, inclusief eventuele volgorde van belangrijkheid.

Toelichting:

5.

a. Er zijn meerdere vormen van het participatiemodel denkbaar, zoals:

- ▶ het inkomen van de medisch specialisten afhankelijk te maken van het resultaat van het ziekenhuis;
- ▶ participatie in één of enkele activiteiten;
- ▶ participatie in een deel van de opbrengsten en/of een deel van de kosten;
- ▶ participatie in het resultaat, maar niet het vermogen (soort winstrecht);
- ▶ onderscheid tussen economisch belang en zeggenschap.

Welke vorm/vormen heeft/hebben volgens u de meeste kans van slagen en welke voorwaarden zijn hiervoor nodig?

Antwoord:

b. Ziet u nog andere vormen van het participatiemodel?

Antwoord:

6.

- a. Welke rol heeft de raad van toezicht gespeeld bij de ontwikkeling van het participatiemodel en bij de keuze het participatiemodel uiteindelijk (nog) niet door te zetten?

Antwoord:

- b. Welke rol hebben andere interne en/of externe stakeholders (IGZ, NZa, zorgverzekeraar, banken et cetera) gespeeld bij de ontwikkeling van het participatiemodel en bij de keuze het participatiemodel uiteindelijk (nog) niet door te zetten?

Antwoord:

7. Zijn er belemmeringen die ook vóór invoering van de integrale bekostiging speelden? Welke hiervan zijn ook met het samenwerkingsmodel niet weggenomen?

Antwoord:

8. Welke belemmeringen zouden in ieder geval weggenomen dienen te worden t.b.v. het participatiemodel?

Antwoord:

9. Welke oplossingen ziet u?

Antwoord:

## **Bijlage 3: Vraagstukken / te maken keuzes ten aanzien van de inrichting van de governance in het participatiemodel**

1. Wordt de gehele ziekenhuisonderneming ondergebracht in de nieuwe ziekenhuisentiteit of blijft een deel (bijvoorbeeld het vastgoed) apart in een andere entiteit?
2. Wie participeren er in de ziekenhuisentiteit?
3. Wat zal de zeggenschapsverhouding tussen de participanten in de nieuwe ziekenhuisentiteit worden?
4. Door wie en hoe worden de leden van de raad van bestuur en de raad van toezicht van de nieuwe ziekenhuisentiteit benoemd?
5. Is het gewenst bepaalde organen van de ziekenhuisentiteit een bindende voordracht ten aanzien van de leden van de raad van bestuur en de raad van toezicht van de ziekenhuisentiteit te geven?
6. Wat worden de aandeelhoudersafspraken in de ziekenhuisentiteit?
7. Is een overlap van functies toegestaan ten aanzien van de raad van bestuur en de raad van toezicht van de ziekenhuisentiteit, het Collectief en de bestaande ziekenhuisstichting (voor zover die blijft bestaan)?
8. Wat wordt de verantwoordelijkheidsverdeling/bevoegdheidsverdeling binnen de raad van bestuur respectievelijk raad van toezicht van de nieuwe ziekenhuisentiteit?
9. Blijft de huidige medische staf en vereniging medische staf ook in de nieuwe structuur van het ziekenhuis bestaan en zo ja hebben zij in de nieuwe structuur ook dezelfde rechten?
10. Welke bevoegdheden, verplichtingen en verantwoordelijkheden krijgen de participanten in de ziekenhuisentiteit?
11. Wat betekent toe- en uittreding van een medisch specialist voor de zeggenschapsverdeling in de ziekenhuisentiteit?