

Vergaderjaar 2014–2015

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 147

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 18 december 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 31 oktober 2014 over de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 139).

De vragen en opmerkingen zijn op 4 december 2014 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 17 december 2014 zijn de vragen, voorzien van een inleiding, beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inleiding

Een aantal fracties heeft vragen gesteld naar aanleiding van mijn brief van 31 oktober 2014 jongstleden over de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 139). Met deze brief beantwoord ik, mede namens de Staatssecretaris van Financiën, die vragen. Tevens zend ik u hierbij de eerste monitor integrale bekostiging van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)¹.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	3
II.	Reactie van de Minister	9

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief. Zij vinden het van belang dat de overheid duidelijke kaders stelt bij de invoering van integrale tarieven, zodat alle betrokkenen tijdig weten waar ze aan toe zijn. Integrale tarieven bevorderen het gelijke speelveld tussen medisch-specialistische zorg die geleverd wordt door specialisten-ondernemers en specialisten in loondienst. Daar zijn de leden van de VVD-fractie voor. Zij hebben nog wel vragen over onderhavige brief.

Is het zo dat, als ziekenhuizen kiezen voor een afwijkend of hybride systeem, en dus afwijken van de drie modellen die vooraf zijn voorgelegd aan de Belastingdienst, door de Belastingdienst vooraf duidelijkheid kan worden verschaft over de fiscale behandeling van het ondernemerschap van medisch specialisten binnen een afwijkend of hybride systeem? Zo nee, wanneer kan die duidelijkheid wel worden gegeven?

Ministerie van Financiën en de Belastingdienst

Hieruit concluderen de leden van de VVD-fractie dat, als ziekenhuizen voor 1 januari 2015 niets definitief hebben geregeld, de medisch specialisten geacht worden in loondienst te zijn. Is er dan geen sprake van een onderneming waarvoor terugwerkende kracht mogelijk is? Klopt het dat deze fiscale behandeling van structuren die ziekenhuizen na 1 januari 2015 aangaan afwijkt van de fiscale behandeling van reguliere ondernemingen? Zo ja, waarom? Zijn ziekenhuizen zich daar ook van bewust? Zo nee, waarom niet?

Wat gebeurt er als ziekenhuizen tussen 15 oktober 2014 en 1 januari 2015 een model hebben opgezet in een BV, waarvan achteraf blijkt dat dit niet op een positieve beoordeling van de Belastingdienst kan rekenen? Kan in dat geval wel met terugwerkende kracht het model worden herzien en aangepast aan de eisen van de Belastingdienst?

Welke mogelijke gevolgen heeft de eis van de Belastingdienst dat de specialist zich vrijelijk moet kunnen laten vervangen voor het garanderen van de kwaliteit? Immers, er worden eisen gesteld aan het minimaal aantal keren dat een specialist een ingewikkelde operatie uitvoert. Verzekeraars selecteren hier de ziekenhuizen ook op. Hoe kan hiermee worden omgegaan?

Ministerie van VWS

De leden van de VVD-fractie vinden het positief dat de Minister proactief de subsidieregeling integrale bekostiging heeft aangepast, omdat medisch specialisten aangeven de uitsluiting van medisch specialisten die tijdens de looptijd met pensioen gaan als een drempel ervaren om in loondienst te gaan. Het doel van het opheffen van drempels en het stimuleren van de keuzevrijheid delen deze leden. Heeft het opheffen van deze barrière nu geleid tot meer keuze voor loondienst door medisch

specialisten? Of is het zo dat alleen medisch specialisten die toch al hadden besloten in loondienst te gaan een extra subsidie krijgen?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief met betrekking tot de stand van zaken rondom de invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg en hebben hierover nog enkele vragen. Graag merken zij op dat zij de invoering van integrale tarieven van harte ondersteunen. Deze integrale financiering maakt dat de financiële belangen van ziekenhuis en medisch specialist gelijk oplopen. Daarmee worden zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de geleverde zorg gediend.

De leden van de fractie van de PvdA zouden graag een overzicht ontvangen van de voortgang van de invoering van integrale tarieven. Kan meer in detail ingegaan worden op de resultaten uit de in de brief genoemde belronde? Meer specifiek vragen zij naar het exacte aantal ziekenhuizen dat nog een forse inspanning dient te leveren. Hoeveel ziekenhuizen betreft dit? Wat zijn de gevolgen voor deze ziekenhuizen wanneer zij voor de deadline van 1 januari 2015 deze onderhandelingen niet kunnen afronden?

De leden van de fractie van de PvdA hebben begrepen dat de nieuwe besturingsmodellen door de ziekenhuizen ter beoordeling aan de Belastingdienst zijn voorgelegd. Dit oordeel, zo begrijpen deze leden, zou voor 5 december 2014 aan de verschillende ziekenhuizen worden meegedeeld. Gaat de Belastingdienst deze deadline inderdaad halen, en wat zijn de consequenties wanneer zij deze deadline onverhoopt niet haalt? Deze leden vragen verder of de Belastingdienst dan wel het Ministerie van VWS in dezen leidend is. Het doel is het handelen naar de geest van integrale tarieven, zo merken zij op, maar de Belastingdienst kijkt met een hele andere, namelijk fiscale, bril dan het Ministerie van VWS. Waaruit blijkt dat het Ministerie van VWS en het Ministerie van Financiën samenwerken en afstemmen in de geest van integrale tarieven? Hoe wordt vanuit deze ministeriële samenwerking overleg gevoerd met de ziekenhuizen? Deze ziekenhuizen ervaren namelijk een totaal ander beleid en eisen per ministerie, zo merken deze leden op.

De leden van de fractie van de PvdA hebben begrepen dat de IGZ onlangs een zelftest aan de ziekenhuizen ter beschikking heeft gesteld over hoe om te gaan met de belangrijkste toetsingscriteria waar het gaat om kwaliteit en veiligheid in relatie tot de nieuwe besturingsmodellen. Beschikt de Minister over deze zelftest? Zo ja, kan deze naar de Kamer worden gezonden? Is er zicht op de uitkomsten van deze zelftest? Kan er daarbij, op basis van deze zelftest, op voorhand al aangegeven worden wat de sterktes en zwaktes zijn van elk besturingsmodel waar het gaat over de kwaliteit en veiligheid in de ziekenhuizen? Verder vragen deze leden of, wanneer er na 1 januari 2015 in de praktijk blijkt dat er bepaalde nadelen samenhangen met het gekozen besturingsmodel, er nog mogelijkheden zijn deze weg te nemen door het bestuursmodel aan te passen.

De leden van de fractie van de PvdA hebben verder nog een vraag over het hybride model dat in de brief wordt besproken. Kan meer in detail uiteengezet worden hoe deze hybride modellen er in de praktijk uitzien? Kan daarbij aangegeven worden hoe deze hybride modellen zich verhouden tot de andere bestuursmodellen, waar het aankomt op de kwaliteit van de governance die hieruit voortvloeit?

De leden van de fractie van de PvdA hebben de nodige vraagtekens bij de oprichting van een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Zij zijn van mening dat een MSB op gespannen voet lijkt te staan met de zinsnede in het regeerakkoord welke aangeeft dat de vorming van mega- of regiomaatschappen wordt ontmoedigd. Genoemde leden zien op het eerste gezicht weinig verschillen tussen een MSB en een megamaatschap. Kan de Minister aangeven hoe deze van elkaar verschillen? Tevens willen zij graag weten hoe het regeerakkoord op dit punt wordt nagekomen. Hoe wordt de vorming van deze megamaatschappen specifiek ontmoedigd en welk in effect heeft dat tot nu toe geresulteerd? De subsidieregeling integrale bekostiging zien zij daarbij als een stimulering van het in loondienst treden van medisch specialisten en niet zozeer als een ontmoediging van het vormen van een megamaatschap. Rondom deze subsidieregeling vragen genoemde leden welke andere aanpassingen of maatregelen de Minister voor zich ziet om de onderuitputting van deze regeling teniet te doen.

De leden van de fractie van de PvdA zijn kritisch op fiscale constructies, waardoor maatschappen zelfstandig kunnen blijven opereren. Daarmee ondermijnen zij, aldus genoemde leden, het doel achter de integrale bekostiging, namelijk de meer directe aansturing van de medische specialisten door de Raad van Bestuur van een ziekenhuis. Genoemde leden willen dan ook weten wie er controleert dat er daadwerkelijk aan deze fiscale voorwaarden wordt voldaan? Blijft hiervoor de controle bij de individuele Belastinginspecteur? Ook vragen deze leden of er een overzicht van deze fiscale constructies, de beoordeling hiervan, alsook de effecten van deze constructies naar de Kamer kan worden gezonden. Verder vragen zij naar de manier waarop Raden van Bestuur bij deze fiscale constructies greep houden op het bestuur van het ziekenhuis, en welke belemmeringen direct voortvloeien uit dit soort fiscale constructies.

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg. Zij zijn van mening dat de invoering van de integrale bekostiging aan het ontsporen is. Waarom kiest de Minister niet voor het loondienstmodel voor de toekomst? De leden hebben sterk de indruk dat door het optreden van de Belastingdienst expliciet gestuurd wordt op de MSB in de ziekenhuizen. Heeft de Minister daar opdracht toe gegeven? Kan de Minister hierop ingaan?

In het afgelopen jaar is gebleken dat ziekenhuizen totaal geen zicht hebben op hun financiën, zorgverzekeraars geen zicht hebben op declaraties, en uiteindelijk de samenleving geen inzicht heeft in de kosten en opbrengsten van hun zorgpremie. Op welke wijze gaat deze nieuwe bekostiging dit verbeteren? Garandeert de Minister dat de problematiek met niet goedgekeurde jaarverslagen en upcoding/mogelijke fraude nu verleden tijd is?

Zorgverzekeraars hebben geen relatie meer met specialisten in het ziekenhuis, enkel nog met de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Hiermee moet de macht van de bestuurders ten opzichte van de specialisten vergroot worden. Hier is wat voor te zeggen, omdat zij immers ook verantwoordelijk zijn voor de patiëntveiligheid, en de kwaliteit en de continuïteit van de zorginstelling. Toch merken de leden van SP-fractie op dat de tegenstelling bestuur – specialisten niet zou moeten bestaan. Kan de Minister een bespiegeling geven waarom artsen en bestuurders uiteenlopende belangen zouden hebben? Hoe is dat verschil in belangen ontstaan, en lost deze integrale financiering dit op? Zij verwachten een inhoudelijke bespiegeling van de Minister.

Er wordt geconstateerd dat er regiomaatschappen ontstaan. Dit is een nieuw machtsblok in de vechtmkt die de zorg is geworden. Erkent de Minister dat deze ontstaan omdat zorgverzekeraars en ziekenhuisbestuurders teveel op de stoel van de artsen gaan zitten, en willen bepalen hoe er behandeld wordt? Hoeveel regiomaatschappen bestaan er inmiddels?

De leden van de SP-fractie vinden het een gemiste kans dat er niet onomwonden voor het loondienstmodel wordt gekozen. Sterker nog, zij vermoeden training van het loondienstmodel door het opzetten van de andere vier organisatievarianten. Erkent de Minister dit? Waarom is gekozen voor meerdere varianten? Vindt de Minister dat de organisatie van ziekenhuiszorg hierdoor transparanter wordt? Vindt de Minister voorts dat hierdoor de positie van de inspectie en ander toezicht eenduidiger wordt?

Hoe vaak is er tot op heden gebruik gemaakt van de subsidieregeling voor het faciliteren van medisch specialisten bij de overgang naar integrale tarieven voor medisch specialistische zorg en kaakchirurgie? Het aantal blijft laag onder andere vanwege een belemmering omtrent het moment van met pensioen gaan, specialisten die in de tussenperiode met pensioen gaan konden van de regeling geen gebruik maken. De regeling wordt nu verbreed en in de Staatscourant geplaatst. Hoe groot schat de Minister de kans, nu deze regeling wordt aangepast, dat dit aantal toeneemt? Wat zijn de verwachtingen? De leden van de SP-fractie vragen de Minister de Kamer regelmatig een stand van zaken toe te sturen.

Vijf varianten van organisatie modellen worden gehanteerd. De NZa geeft aan dat fiscale overwegingen een zwaarwegende rol spelen bij de modelkeuze. Kan de Minister aangeven welke andere overwegingen een rol spelen of hebben gespeeld? Het samenwerkingsmodel wordt tot op heden het meest gekozen, is cijfermatig inzichtelijk te maken wat de verdeling is over de verschillende modellen? Voor welk model is hoe vaak gekozen?

De organisatieplannen worden door veel partijen gecontroleerd onder andere op kwaliteit, fiscaliteit en financiën. Ziekenhuizen geven aan behoefte te hebben aan helderheid over de eisen op deze onderdelen. Kunnen de leden van de SP-fractie daaruit constateren dat er geen helderheid is? Hoe kan dit, en wanneer is deze helderheid er wel?

Overigens wordt ook duidelijk dat er ziekenhuizen zijn die nog geen organisatie model hebben gekozen. Hoeveel ziekenhuizen hebben nog geen model, en zijn dus nog niet klaar? Welke ziekenhuizen betreft het? Gaat het alle ziekenhuizen op tijd lukken, oftewel vóór 1 januari 2015, zeker gezien het grote aantal partijen dat de plannen moet beoordelen? Wat gebeurt er als het ziekenhuizen niet lukt te komen tot een model voor 1 januari 2015? Wat zijn anders de risico's zowel voor de ziekenhuizen als de continuïteit van zorg? Deze leden vragen een uitgebreid stand van zaken overzicht.

Betreffende de rol/taak van de Belastingdienst hebben de leden van de SP-fractie de volgende vragen aan de Minister. De Belastingdienst heeft inmiddels de eerste goedkeurende oordelen gegeven, waarbij een aantal kritische succesfactoren worden genoemd. Zijn er ook negatieve oordelen gegeven? Zo ja, wat waren daarvan de redenen? Wat zijn de gevolgen van een negatieve beoordeling? Er zijn vijf verschillende organisatie modellen. Bij het loondienstmodel komen de medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis. Begrijpen de leden van de SP-fractie het goed dat dit model niet de voorkeur heeft van de Belastingdienst, daar zij benoemen als kritische succesfactor «personeel dient rechtstreeks in dienst te komen bij de maatschap»?

Uit de tussenstand monitor begrijpen de leden van de SP-fractie dat het loondienstmodel echter niet een vaak gekozen model is. Zij lezen dat er meerdere MSB-en aan het ontstaan zijn binnen de ziekenhuizen, oftewel bedrijven binnen bedrijven met elk hun eigen personeel. Vindt de Minister dat dit bijdraagt aan transparantie? Met de eis dat een MSB personeel in dienst neemt verandert de organisatie van het ziekenhuis ook gigantisch. Wie heeft de verantwoordelijkheid voor goed personeelsbeleid? Moeten een MSB een Ondernemingsraad hebben, en zich houden aan de Arbeidstijdenwet en de CAO? Leiden de verschillende bedrijven in één ziekenhuis tot meer of minder bureaucratie volgens de Minister? Is het voor een patiënt nog te doorgronden waar zij precies behandeld wordt, in het ziekenhuis of in het MSB? Als straks een patiënt zich meldt bij de receptie van het ziekenhuis kent de receptionist dan wel de medisch specialisten in de MSB-en waar ze naar toe moet verwijzen? Kan de Minister hier op reageren? Kan de Minister garanderen dat dit model niet ten koste gaat van de continuïteit en kwaliteit van zorg?

De leden van de SP-fractie vragen, als er sprake is van bedrijven binnen bedrijven, hoe het dan zit met de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. Waar ligt die precies, in de BV of in het ziekenhuis? Hoe zit het met eisen van transparantie, zoals bijvoorbeeld de jaarverslagenplicht? Moet nu elk MSB een jaarverslag publiceren? Kan een ziekenhuis om publicatieplicht te ontlopen meerdere MSB-en oprichten?

Als sprake is van vele bedrijven binnen ziekenhuizen, hoe wordt dat dan praktisch binnen het ziekenhuis geregeld, bijvoorbeeld als het gaat om aanschaf van apparatuur, het onderhoud van het gebouw of de schoonmaakkosten? Moeten bijvoorbeeld alle MSB-en straks hun eigen afspraken gaan maken voor de schoonmaak? Hoe wordt er straks gecontroleerd op fraude en upcoding door de afzonderlijke MSB-en? Erkent de Minister dat zorgverzekeraars aangeven een voorkeur te hebben voor het loondienstmodel, omdat daar een lagere productieprikkel is.

Sommige ziekenhuizen blijken zich niet bewust van het feit dat het MBI doorvertaald moet worden naar afspraken met de medisch specialisten. Wat kunnen hiervan de gevolgen zijn? Welke acties gaat de Minister nemen om alle partijen voldoende te informeren? Meer ziekenhuizen krijgen de laatste jaren geen goedkeurende accountantsverklaring omdat de accountants geen overzicht konden krijgen over de financiën van ziekenhuizen, waardoor ordentelijke verantwoording onmogelijk bleek. De leden van de SP-fractie vragen de Minister naar de laatste stand van zaken. Neemt het risico op een goedkeurende accountantsverklaring toe of af het komende jaar door de aanstaande veranderingen?

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister met betrekking tot de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg. Deze leden hebben enkele vragen en opmerkingen. De medisch specialisten kwalificeren vanaf 1 januari 2015 fiscaal niet meer als ondernemer. De leden van de CDA-fractie vragen de Minister wat er gebeurt wanneer de termijn verstrijkt zonder dat overeenstemming met de Belastingdienst is bereikt over een nieuw besturingsmodel. Klopt het dat, als er op 1 januari 2015 nog geen nieuw besturingsmodel is afgesproken, de medisch specialisten fictief in loondienst treden? Klopt het dat medisch specialisten in dat geval de zelfstandigenaftrek, de MKB-winstvrijstelling en de mogelijkheid om beroepskosten af te trekken verliezen? Wat is het bedrag dat een medisch specialist aan fiscale voordelen op jaarbasis zal missen? Wat zijn de extra werkgeverslasten die

een ziekenhuis op jaarbasis hierdoor zal hebben? De leden van de CDA-fractie vragen wat de Minister verwacht wat dit betekent voor de kosten van de zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen of het mogelijk zal zijn voor ziekenhuizen en medisch specialisten om in de loop van 2015 nog een akkoord te sluiten met de Belastingdienst. Is het ook mogelijk een overeenkomst met de Belastingdienst met terugwerkende kracht in werking te laten treden?

Welke consequenties zal de Wet BGL (Beschikking geen loonheffingen) hebben voor ziekenhuizen en medisch specialisten? Zal bij invoering van die wet de specialist per behandeling een beschikking moeten aanvragen? Met de Belastingdienst is afgesproken dat compleet ingediende verzoeken die voor 15 oktober 2014 zijn ingediend, voor 1 januari 2015 worden beoordeeld, zo schrijft de Minister. Uit een artikel in Medisch contact² blijkt dat is afgesproken dat de Belastingdienst alle verzoeken die eind november zijn ingediend, uiterlijk op 5 december af zal handelen. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister duidelijkheid kan geven met betrekking tot de afspraken met de Belastingdienst en de huidige stand van zaken van afhandeling van beoordelingen.

In het eerder genoemde artikel in Medisch Contact wordt gemeld dat de Belastingdienst recent zou hebben aangegeven dat een specialist in een maatschap jaarlijks minstens € 45.000 aan loonkosten zou moeten betalen aan »eigen« werknemers. Daarnaast zou de Belastingdienst eisen dat iedere medisch specialist in een maatschap jaarlijks € 15.000 investeert in »bedrijfsmiddelen« voor eigen gebruik. Ten slotte zou de Belastingdienst aangegeven hebben dat medisch specialisten jaarlijks 10 procent van hun inkomsten uit activiteiten buiten het ziekenhuis moeten halen. De leden van de CDA-fractie vragen of de Belastingdienst deze eisen daadwerkelijk stelt, of dat dit slechts cijfers zijn die de Belastingdienst acceptabel noemt met betrekking tot een concreet ziekenhuis, zoals de vicevoorzitter van de Orde van Medisch Specialisten aangeeft. Kan de Minister een schets geven welke voorwaarden voor fiscaal ondernemerschap bij medisch specialisten een belangrijke rol spelen?

Het is essentieel voor het vrije beroep, dat een specialist zich bij ziekte of afwezigheid »vrijelijk« kan laten vervangen, zo stelt de Minister. Kan de Minister aangeven op welke wijze dit criterium bij medisch specialisten beoordeeld moet worden? De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat de Belastingdienst dit zo interpreteert dat iedereen met dezelfde kwalificaties het werk kan overnemen, zonder dat het ziekenhuis daarmee hoeft in te stemmen. Betekent dit dat ziekenhuisbestuurders artsen die mindere kwaliteit leveren of die bijvoorbeeld door de tuchtrechter zijn berispt, niet buiten huis kunnen houden? In hoeverre is het een gevaar dat ziekenhuisbesturen die om kwaliteitsredenen de door de specialist voorgedragen vervanger willen kunnen weigeren, dit tot een gezagsverhouding leidt en daarmee fiscaal ondernemerschap niet meer mogelijk is?

De leden van de CDA-fractie constateren dat met het invoeren van integrale bekostiging ziekenhuizen een nieuw besturingsmodel hebben moeten opstellen. Deze leden vragen of de Minister kan aangeven of, en op welke wijze, betrokkenheid bij dit proces is georganiseerd van de raden van toezicht, de cliëntenraden en de ondernemingsraden.

De Minister schrijft dat het evident is dat de ziekenhuizen de plannen niet alleen laten beoordelen door de Belastingdienst, maar ook door verzeke-

² Medisch contact 4 december 2014, »Integrale bekostiging: bel voor de laatste ronde«
<http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/147508/Integrale-bekostiging-bel-voor-de-laatste-ronde.htm>

raars en financiers (banken, WFZ en CSZ). De voorgestane organisatie- en eigendomsstructuur zou zo spoedig mogelijk ter toetsing voorgelegd moeten worden aan de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ), waarbij bekeken wordt of de nieuwe structuur past binnen het Reglement van Deelneming. De leden van de CDA-fractie vragen of er een termijn voor deze toetsing. Kan het zo zijn dat, als ziekenhuizen en medisch specialisten er op tijd onderling uit zijn, het nieuwe besturingsmodel achteraf toch niet kan volgens het WFZ? Welke consequenties zou dat kunnen hebben? Kan de Minister een overzicht geven van de ziekenhuizen die getoetst (moeten) worden door het WFZ?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoe de Autoriteit Consument en Markt de medisch specialistische bedrijven ziet binnen de regelgeving rond samenwerking.

Tot nu toe hebben maar weinig vrijgevestigde medisch specialisten gebruik gemaakt van de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg, zo schrijft de Minister. Daarvoor geeft zij twee verklaringen: de angst dat men in de toekomst onder de Wet Normering Topinkomens komt te vallen en de beperking dat aan het einde van de loopbaan de subsidie niet mag worden aangevraagd. Om die reden heeft zij besloten de subsidieregeling aan te passen zodat ook medisch specialisten die tegen hun pensioen aanzitten, gebruik van de regeling kunnen maken. De leden van de CDA-fractie vragen wat deze verruiming van de subsidieregeling nu precies beoogt. Deze leden hebben het idee dat het voor de Minister belangrijker is dat de subsidieregeling een succes wordt, dan dat er daadwerkelijk meer medisch specialisten in loondienst komen. Zij kunnen zich voorstellen dat medisch specialisten die vlak voor hun pensioen zitten massaal gebruik zullen maken van de regeling om nog snel € 100.000 mee te krijgen, zonder dat dit op termijn zal leiden tot meer medisch specialisten in loondienst. Graag vernemen de leden van de CDA-fractie waarom de Minister in de oorspronkelijke subsidieregeling juist expliciet deze groep medisch specialisten heeft uitgezonderd, terwijl zij nu aangeeft dat juist hier een overstap aantrekkelijk kan zijn omdat de opvolging dan ook in loondienst werkt. Wat is er in de afgelopen drie maanden veranderd om een dergelijke ommezwaai te rechtvaardigen? Tenslotte vragen de leden van de CDA-fractie uit welk budget de subsidieregeling van € 125 miljoen wordt betaald.

II. Reactie van de Minister

VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen of het zo is dat, als ziekenhuizen kiezen voor een afwijkend of hybride systeem, en dus afwijken van de drie modellen die vooraf zijn voorgelegd aan de Belastingdienst, door de Belastingdienst vooraf duidelijkheid kan worden verschaft over de fiscale behandeling van het ondernemerschap van medisch specialisten binnen een afwijkend of hybride systeem.

De in de gezamenlijke brief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Orde van Medisch Specialisten (OMS) van 17 december 2013 en in de brief aan de Tweede Kamer van 31 oktober 2014 geschetste modellen moeten vooral worden gezien als een mogelijke organisatie- en besturingsstructuur waarvoor ziekenhuizen en medisch specialisten kunnen kiezen al naar gelang de concrete, specifieke en lokale omstandigheden en wensen. Als voor een afwijkende structuur wordt gekozen, kunnen vanzelfsprekend de fiscale gevolgen daarvan in het kader van vooroverleg aan de Belastingdienst worden voorgelegd. Het is daarbij overigens de verwachting dat in die gevallen zoveel mogelijk aansluiting zal worden gezocht bij de andere reeds goedgekeurde modellen.

De leden van de VVD-fractie concluderen dat, als ziekenhuizen voor 1 januari 2015 niets definitief hebben geregeld, de medisch specialisten geacht worden in loondienst te zijn. Is er dan geen sprake van een onderneming waarvoor terugwerkende kracht mogelijk is? Klopt het dat deze fiscale behandeling van structuren die ziekenhuizen na 1 januari 2015 aangaan afwijkt van de fiscale behandeling van reguliere ondernemingen? Zo ja, waarom? Zijn ziekenhuizen zich daar ook van bewust? Zo nee, waarom niet?

Als gevolg van invoering van de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg komt het zelfstandig declaratierecht en het daarmee verband houdende debiteurenrisico van de medisch specialist te vervallen. Dat geldt voor medische verrichtingen die vanaf 1 januari 2015 plaatsvinden. Dat impliceert in beginsel einde fiscaal ondernemerschap voor de inkomstenbelasting. Als er daarentegen aanvullende reële substantiële ondernemersrisico's worden gelopen ter compensatie van het vervallen van het zelfstandig declaratierecht, kan het fiscaal ondernemerschap behouden blijven. Of daarvan sprake is, zal door de belastinginspecteur per individueel geval worden beoordeeld. Als vaststaat dat sprake is van staking van een onderneming, dan kan deze staking niet met terugwerkende kracht ongedaan worden gemaakt. Overigens wijkt de fiscale behandeling van medisch specialisten niet af van de behandeling van andere belastingplichtigen.

De leden van de VVD-fractie vragen wat er gebeurt als ziekenhuizen tussen 15 oktober 2014 en 1 januari 2015 een model hebben opgezet in een BV, waarvan achteraf blijkt dat dit niet op een positieve beoordeling van de Belastingdienst kan rekenen. Kan in dat geval wel met terugwerkende kracht het model worden herzien en aangepast aan de eisen van de Belastingdienst?

Als de Belastingdienst het voorgelegde verzoek niet honoreert, kan het verzoek worden aangepast zodat wel is voldaan aan het fiscale toetsingskader. Een andere mogelijkheid is een andere modelkeuze (bijvoorbeeld van fiscaal transparant naar niet-transparant). In dat laatste geval moet een nieuw verzoek worden gedaan dat vervolgens door de Belastingdienst zal worden beoordeeld. Daarbij kan nog opgemerkt worden dat het overigens niet verplicht is om vooraf het gekozen model aan de Belastingdienst voor te leggen. In de praktijk wordt dat echter veelal wel gedaan om zekerheid vooraf te krijgen over de fiscale positie. De uiteindelijk gewenste structuur moet wel per 1 januari 2015 operationeel zijn, want herziening en aanpassing met terugwerkende kracht is niet mogelijk.

De leden van de VVD-fractie vragen welke mogelijke gevolgen de eis heeft van de Belastingdienst dat de specialist zich vrijelijk moet kunnen laten vervangen voor het garanderen van de kwaliteit. Immers, er worden eisen gesteld aan het minimaal aantal keren dat een specialist een ingewikkelde operatie uitvoert. Verzekeraars selecteren hier de ziekenhuizen ook op. Hoe kan hiermee worden omgegaan?

Op 5 december 2014 heeft er een bestuurlijk overleg plaatsgevonden tussen de Ministeries van VWS en Financiën en de NVZ en de OMS. Na afloop van dat overleg is door het Ministerie van Financiën een brief aan de NVZ en OMS verzonden.³ Bij die brief zijn tevens bijgevoegd twee modelbrieven van de Belastingdienst alsmede de bijbehorende vragen en antwoorden (Q&A's) van zowel de transparante als de niet-transparante modellen. De omschrijving van het begrip vervangbaarheid in de

³ Brief van het Ministerie van Financiën van 5 december, kenmerk DGB 2014-6702M (bijgevoegd als bijlage 3, raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl)

bovengenoemde Q&A's houdt in dat de kwaliteit gegarandeerd kan worden en dat dit niet tot niet-verantwoorde zorg hoeft te leiden wanneer een voor de lokale situatie optimale uitwerking wordt gemaakt en toegepast. De omschrijving luidt als volgt: «Het bestuur van het medisch specialistisch bedrijf (MSB) meldt aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis welke medisch specialisten voor het MSB werkzaam zijn in het ziekenhuis inclusief de vervangers. Het bestuur van het MSB en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis formuleren samen objectieve kwalificaties waaraan medisch specialisten en hun eventuele vervangers moeten voldoen. Bij toetreding als lid van het MSB of als medisch specialist in dienstverband van het MSB of bij vervanging van een medisch specialist in het MSB toetst het MSB bestuur of aan deze kwalificaties wordt voldaan en geeft hier op verzoek van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis inzage in.»

De leden van de VVD-fractie vragen of het aanpassen van de subsidieregeling voor de overstap van medisch specialisten nu heeft geleid tot meer keuze voor loondienst door medisch specialisten. Of is het zo dat alleen medisch specialisten die toch al hadden besloten in loondienst te gaan een extra subsidie krijgen?

Een exact antwoord op deze vraag is niet te geven, omdat pas vanaf 1 januari 2015 een subsidieaanvraag gedaan kan worden. Wel hebben enkele ziekenhuizen aangegeven dat de aanpassing van de regeling de *business case* voor de collectieve overstap van enkele maatschappen zodanig heeft verbeterd dat de interne besluitvorming over een overstap soepeler is verlopen dan anders het geval was geweest.

PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie zouden graag een overzicht ontvangen van de voortgang van de invoering van integrale tarieven. Kan meer in detail ingegaan worden op de resultaten uit de in de brief genoemde belronde? Meer specifiek vragen zij naar het exacte aantal ziekenhuizen dat nog een forse inspanning dient te leveren.

Sinds eind oktober zijn er in een groot aantal ziekenhuizen belangrijke stappen gezet in het traject richting invoering van integrale bekostiging. De Belastingdienst heeft nu zo goed als alle verzoeken van instellingen afgewikkeld. In een beperkt aantal gevallen is het verzoek nog niet afgewikkeld omdat het nog moest worden aangevuld. Ook voor die gevallen is het streven erop gericht om dit jaar nog duidelijkheid te verschaffen. In het algemeen is derhalve mijn indruk dat ziekenhuizen en medisch specialisten hun interne invoeringstraject tijdig afgerond zullen hebben. Uiteindelijk zijn ziekenhuizen en medisch specialisten wel zelf verantwoordelijk voor een succesvolle invoering. Wij zullen ook na 1 januari een vinger aan de pols houden, mede op basis van de resultaten uit de periodieke NZa-monitors.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de gevolgen zijn voor deze ziekenhuizen wanneer zij voor de deadline van 1 januari 2015 deze onderhandelingen niet kunnen afronden.

De gewenste organisatie- en besturingsstructuur zal 1 januari 2015 operationeel moeten zijn. Dat is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel het ziekenhuis als de medisch specialisten. Als de nieuwe structuur per 1 januari 2015 niet operationeel is, zal afhankelijk van de feiten en omstandigheden van het geval worden bezien wat daarvan de fiscale gevolgen zijn. In het algemeen is mijn indruk dat het zover niet gaat komen omdat ziekenhuizen en medisch specialisten hun interne

invoeringstraject tijdig afgerond zullen hebben. Uiteindelijk zijn ziekenhuizen en medisch specialisten wel zelf verantwoordelijk voor een succesvolle invoering. Wij zullen ook na 1 januari een vinger aan de pols houden, mede op basis van de resultaten uit de periodieke NZa-monitors.

De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat de nieuwe besturingsmodellen door de ziekenhuizen ter beoordeling aan de Belastingdienst zijn voorgelegd. Dit oordeel, zo begrijpen deze leden, zou voor 5 december 2014 aan de verschillende ziekenhuizen worden meegedeeld. Gaat de Belastingdienst deze deadline inderdaad halen, en wat zijn de consequenties wanneer zij deze deadline onverhoopt niet haalt?

Zoals ik hierboven heb aangegeven heeft er op 5 december 2014 een bestuurlijk overleg plaatsgevonden tussen de Ministeries van VWS en Financiën en de NVZ en de OMS. Na afloop van dat overleg is door het Ministerie van Financiën een brief aan de NVZ en OMS verzonden. Bij die brief zijn tevens bijgevoegd twee modelbrieven van de Belastingdienst alsmede de bijbehorende vragen en antwoorden (Q&A's) van zowel de transparante als de niet-transparante modellen. De antwoorden moeten worden beschouwd als een praktische en begrijpelijke op de praktijk toegespitste handreiking. Conform het voorgaande zullen de door de ziekenhuizen en medisch specialisten ingediende verzoeken door de Belastingdienst worden afgewikkeld, waarbij rekening zal worden gehouden met de in de verzoeken geschetste feiten en omstandigheden.

De Belastingdienst heeft nu zo goed als alle verzoeken met inachtneming van het voorgaande afgewikkeld. In een beperkt aantal gevallen is het verzoek nog niet afgewikkeld omdat het nog moest worden aangevuld. Ook voor die gevallen is het streven erop gericht om dit jaar nog duidelijkheid te verschaffen.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder of de Belastingdienst dan wel het Ministerie van VWS in dezen leidend is. Het doel is het handelen naar de geest van integrale tarieven, zo merken zij op, maar de Belastingdienst kijkt met een hele andere, namelijk fiscale, bril dan het Ministerie van VWS. Waaruit blijkt dat het Ministerie van VWS en het Ministerie van Financiën samenwerken en afstemmen in de geest van integrale tarieven? Hoe wordt vanuit deze ministeriële samenwerking overleg gevoerd met de ziekenhuizen? Deze ziekenhuizen ervaren namelijk een totaal ander beleid en eisen per ministerie, zo merken deze leden op.

De afgelopen jaren is er nauw samengewerkt tussen Financiën en VWS rondom de fiscale aspecten van integrale bekostiging. Dat heeft geleid tot een uitwerking van de in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg gemaakte afspraken over de invoering van integrale bekostiging die past binnen de algemeen geldende fiscale wet- en regelgeving alsook kwaliteitswetgeving. Uiteraard hebben VWS en Financiën verschillende kaders en aandachtspunten, maar geen van twee stelt eisen die niet passen binnen de wet- en regelgeving van de ander. Daarbij is men vanuit de eigen verantwoordelijkheid zoveel mogelijk gezamenlijk opgetrokken, onder meer bij bestuurlijke overleggen, communicatie richting de sector (bijvoorbeeld vragen van fiscale adviseurs) en naar buiten toe (zie de brief van 31 oktober jongstleden).

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik beschik over de zelftest die de IGZ heeft uitgebracht en of deze naar de Kamer kan worden gezonden. Is er zicht op de uitkomsten van deze zelftest? Kan er daarbij, op basis van deze zelftest, op voorhand al aangegeven worden wat de sterktes en zwaktes zijn van elk besturingsmodel waar het gaat over de kwaliteit en veiligheid in de ziekenhuizen?

Ja, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de handreiking met een begeleidend schrijven gepubliceerd op haar eigen website en ik stuur de Tweede Kamer deze ook toe als bijlage bij deze brief (bijlage 2). Uitgangspunt is dat de verschillende modellen allemaal moeten voldoen aan wet- en regelgeving. De belangrijkste bepaling in de zelftest van de IGZ is dat de zorg zodanig moet worden georganiseerd dat dit leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. De zelftest is bedoeld om bestuurders en medisch specialisten zelf inzicht te geven welke aanvullende afspraken zij nog moeten maken. Het is ook de verantwoordelijkheid van bestuurders zelf om de zorg op een zodanige wijze te organiseren dat deze ook leidt tot kwalitatief goede en veilige zorg. Het is dan ook aan hen om zich er van te vergewissen dat het model zodanig wordt uitgewerkt dat deze voldoet aan de gestelde wettelijke eisen. De IGZ kan op voorhand geen uitspraken doen over de specifieke risico's in de modellen, omdat daarvoor een voor de lokale situatie optimale uitwerking moet worden gemaakt.

De leden van de PvdA-fractie vragen of, wanneer er na 1 januari 2015 in de praktijk blijkt dat er bepaalde nadelen samenhangen met het gekozen besturingsmodel, er nog mogelijkheden zijn deze weg te nemen door het bestuursmodel aan te passen.

Ik constateer dat de afgelopen maanden lokaal voor een belangrijk deel in het teken hebben gestaan van de fiscale uitwerking van de organisatievormen. Het proces van invoering van integrale bekostiging en het realiseren van de doelstellingen die daarmee nagestreefd worden is daarmee niet af. Mochten ziekenhuisbesturen en medisch specialisten, maar ook toezichthouders en andere betrokken partijen, onverhoopt op nieuwe vraagstukken stuiten dan moet natuurlijk bezien worden wat daarmee te doen. Aanpassingen van het bestuursmodel zijn in dat verband een mogelijkheid, maar dergelijke aanpassingen moeten uiteraard getoetst worden aan de randvoorwaarden die daar vanuit de verschillende invalshoeken, waaronder toezicht en fiscaliteit, aan worden gesteld. Een ander punt is dat de keuze van instellingen en medisch specialisten voor het ene of andere model sowieso niet in steen is gebeiteld per 1 januari 2015. Immers, instellingen en medisch specialisten zullen zich continu de vraag moeten stellen of het gekozen bestuursmodel past bij de (lange termijn) doelen die zij hebben. Het staat ziekenhuizen en medisch specialisten vrij om op ieder moment over te stappen op een ander model; sommige ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld al aangegeven per 2015 te kiezen voor een samenwerkingsmodel waarbij men zich nadrukkelijk richt op een doorontwikkeling naar een participatiemodel.

De leden van de PvdA-fractie hebben verder nog een vraag over het hybride model dat in de brief wordt besproken. Kan meer in detail uiteengezet worden hoe deze hybride modellen er in de praktijk uitzien? Kan daarbij aangegeven worden hoe deze hybride modellen zich verhouden tot de andere bestuursmodellen, waar het aankomt op de kwaliteit van de governance die hieruit voortvloeit

Ik beschik niet over gedetailleerde informatie over hoe modellen lokaal precies uitgewerkt zijn. Dat is ook precies de reden waarom dit punt is opgenomen in de brief van 31 oktober jongstleden: ziekenhuizen en medisch specialisten kiezen lokaal hun eigen pad binnen de kaders van de drie hoofdmodellen die eerder landelijk zijn vastgesteld. Overigens wil ik graag verhelderen dat de term «hybride» niet zozeer doelde op een nieuwe benadering van één van de drie modellen (loondienst, participatie of samenwerking), maar diende om aan te geven dat in veel ziekenhuizen parallelle paden bewandeld worden zoals bijvoorbeeld: zowel een samenwerkingsmodel als een loondienstaanbod, loondienst met

participatiekenmerken of de langetermijntoewijding van een participatiemodel waarbij op korte termijn wordt gekozen voor een samenwerkingsmodel. Voor alle modellen geldt dat zij moeten voldoen aan de geldende wet- en regelgeving, ook op het gebied van governance. Het is aan de bestuurders zelf om, al dan niet met behulp van de zelftest van de IGZ, vast te stellen of het door hen gekozen model aan die eisen voldoet.

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik kan aangeven wat de verschillen zijn tussen een medisch specialistisch bedrijf (MSB) en een megamaatschap. Tevens willen zij graag weten hoe het regeerakkoord op dit punt wordt nagekomen. Hoe wordt de vorming van deze megamaatschappen specifiek ontmoedigd en welk in effect heeft dat tot nu toe geresulteerd?

In mijn brief van 10 juli jongstleden⁴ heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd dat in het ingediende wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (VTO Wmg)⁵, onder meer een vereenvoudiging van het instrument aanmerkelijke marktmacht wordt voorgesteld, zo dat ook organisatorische verbanden zonder rechtspersoonlijkheid kunnen worden aangepakt. Dit maakt het mogelijk dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) kan optreden tegen de regiomaatschap door de vaststelling dat de regiomaatschap over aanmerkelijke marktmacht bezit, zonder te hoeven aantonen dat de medisch specialisten gezamenlijk over aanmerkelijke marktmacht beschikken. Deze wijziging is nog niet geïmplementeerd en er kan om die reden ook niet gesproken worden over resultaten. Daarnaast heb ik u laten weten dat de NZa een regeling zal maken, op basis waarvan de NZa vooraf geïnformeerd dient te worden over de vorming van een regiomaatschap. De NZa is thans aan het onderzoeken of een dergelijke regeling nog nodig is en zo ja, hoe deze regeling vorm gegeven kan worden. Gelet op de ontwikkelingen in het kader van de integrale bekostiging die per 2015 wordt ingevoerd en de verschillende ondernemingsmodellen, is het immers de vraag of het fenomeen regiomaatschappen zoals wij dat nu kennen, blijft bestaan en zo ja, in welke vorm. Deze situatie is sinds mijn brief van 10 juli jongstleden niet veranderd. Gezien het stadium waarin de ontwikkelingen zich bevinden, is het vooralsnog niet te voorspellen hoe het fenomeen regiomaatschap zich in dit geheel gaat ontwikkelen.

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de NZa volgen de ontwikkelingen vanzelfsprekend nauwgezet en zullen hun toezicht daarop, indien nodig, aanpassen. Er is namelijk wel degelijk een verschil tussen een regiomaatschap en een MSB. Een regiomaatschap is een maatschap van medisch specialisten die actief is bij verschillende ziekenhuizen die doorgaans elkaars concurrenten zijn. Dat wil zeggen: een regiomaatschap is ziekenhuisoverstijgend. Daarnaast wordt de regiomaatschap doorgaans gevormd door de vrijgevestigd medisch specialisten, werkzaam in twee of meer ziekenhuizen, die ieder voor zich een individuele toelatingsovereenkomst hebben met de desbetreffende ziekenhuizen. Een MSB is het bedrijf waarin de vrijgevestigd medisch specialisten werkzaam in een ziekenhuis zich verenigen. Een MSB maakt deel uit van de gewijzigde juridische structuur van ziekenhuisorganisaties naar aanleiding van de invoering van integrale bekostiging. Hoewel ik niet uitsluit dat het zich in de praktijk kan en gaat voordoen, is het MSB, voor zover mij nu bekend, in tegenstelling tot de regiomaatschap niet ziekenhuisoverstijgend. Daarnaast komen bij een MSB de individuele toelatingsovereenkomst tussen de voormalig vrijgevestigd medisch specialist en het ziekenhuis te vervallen. In plaats daarvan sluit het ziekenhuis een nieuwe samenwerkingsovereenkomst af

⁴ Kamerstuk 32 620, nr. 129

⁵ Kamerstuk 33 980, nr. 2

met het MSB, dat wordt gevormd door de vrijgevestigde medisch specialisten gezamenlijk. De verwachting is dat de samenwerking met het ziekenhuis in dit samenwerkingsmodel intensiever en zakelijker is dan nu. De eerder genoemde IGZ-zelftest is bedoeld om bestuurders en medisch specialisten zelf inzicht te geven welke aanvullende afspraken zij nog moeten maken in deze nieuwe situatie.

De leden van de PvdA-fractie vragen rondom de subsidieregeling welke andere aanpassingen of maatregelen ik voor mij zie om de onderuitputting van deze regeling teniet te doen.

De subsidieregeling is bedoeld om een overstap naar loondienst als evenwichtig alternatief naast het participatie- en het samenwerkingsmodel neer te zetten, door medisch specialisten een redelijke tegemoetkoming te bieden voor het beëindigen van hun onderneming. Of er sprake zal zijn van onderuitputting van de regeling is pas te zeggen als de aanvraag- en verleningstermijn voor de regeling is verstreken. In de regeling is aangegeven dat aanvragers tot 30 juni 2015 de tijd hebben om hun aanvraag aan te vullen en dat na die datum binnen dertien weken over de subsidieverlening wordt besloten.

De leden van de PvdA-fractie willen weten wie er controleert dat er daadwerkelijk aan de fiscale voorwaarden wordt voldaan. Blijft hiervoor de controle bij de individuele Belastinginspecteur? Ook vragen deze leden of er een overzicht van deze fiscale constructies, de beoordeling hiervan, alsook de effecten van deze constructies naar de Kamer kan worden gezonden

De Belastingdienst is als uitvoeringsorganisatie verantwoordelijk voor de fiscale beoordeling van de belastingaangiften. Bij efficiënt en effectief toezicht is het passend om vooraf duidelijkheid te verschaffen over de fiscale behandeling van de mogelijke organisatie- en besturingsmodellen. Dat kan bezwaarlijk als een «fiscale constructie» worden gedeut. Wel zal de Belastingdienst er in het kader van haar gebruikelijke handhavingstaak op toezien dat de voorgelegde structuur ook daadwerkelijk juist wordt geïmplementeerd. Ik beschik overigens niet over een overzicht van de gekozen organisatie- en besturingsmodellen, noch over de fiscale beoordeling daarvan.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de manier waarop Raden van Bestuur bij deze fiscale constructies greep houden op het bestuur van het ziekenhuis, en welke belemmeringen direct voortvloeien uit dit soort fiscale constructies.

In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat er keuzevrijheid voor medisch specialisten blijft tussen vrij beroep en dienstverband. Op basis daarvan hebben VWS, NVZ en OMS in het najaar van 2013 gewerkt aan besturingsmodellen waarbinnen het vrij beroep met de invoering van integrale bekostiging kan blijven bestaan. Eventuele aandachtspunten op het gebied van governance in die modellen lijken lokaal goed opgelost te worden in de (model) samenwerkingsovereenkomst tussen medisch specialistisch bedrijf en ziekenhuis. Daarbij verandert het wettelijk kader niet en wordt dit door partijen ook niet betwist. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis moet in staat zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg waar te maken. In de uitwerking moeten de modellen dan ook aan die regels voldoen. De artikelen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid van zorg in de model samenwerkingsovereenkomst zijn gebaseerd op dezelfde artikelen uit de huidig geldende toelatingsovereenkomst van vrijgevestigd medisch specialisten in de ziekenhuizen.

SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen waarom ik niet kies voor het loondienstmodel voor de toekomst.

Zoals ik bij de schriftelijke beantwoording van vragen gesteld tijdens de eerste termijn van het debat over de Begroting VWS 2015 op 19 november 2014 heb aangegeven is het nooit de bedoeling geweest om bij de invoering van integrale bekostiging met ingang van 2015 alle specialisten in loondienst te krijgen. Conform de in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg gemaakte afspraken ben ik van mening dat er een evenwichtige keuze moet zijn voor vrijgevestigde medisch specialisten om (vanaf 2015) óf in vrije vestiging werkzaam te blijven, inclusief het lopen van bedrijfsrisico zoals dat in andere sectoren al jaren het geval is, óf in loondienst. Ik heb geen voorkeur voor het een of het ander. Om evenwicht in de keuzemogelijkheden aan te brengen, is aanvullend beleid ontwikkeld. Zo is in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg expliciet vermeld dat de medisch specialisten in loondienst niet onder de Wet Normering Topinkomens (WNT-3) komen te vallen. Dit is zo afgesproken om te voorkomen dat medisch specialisten massaal uit loondienst zouden vertrekken. Verder is er een regeling in het leven geroepen om naar loondienst overstappende specialisten die nu nog als vrij ondernemer werken, een tegemoetkoming te bieden voor het beëindigen van hun onderneming. Deze regeling heeft dus ook niet als doel om zoveel mogelijk specialisten in loondienst te krijgen, maar alleen om een evenwichtige keuze mogelijk te maken. De commissie Meurs heeft eerder geconcludeerd dat het van overheidswege rechtstreeks afdwingen dat specialisten in loondienst werkzaam zijn op juridische bezwaren stuit. Overigens is er al langer een verschuiving gaande naar meer specialisten in loondienst.

De leden van de SP-fractie hebben sterk de indruk dat door het optreden van de Belastingdienst expliciet gestuurd wordt op de MSB in de ziekenhuizen en vraagt of ik hier opdracht toe heb gegeven.

Er is van overheidswege nooit expliciet gestuurd op een voorkeur voor één van de drie modellen die per brief op 17 december 2013 door de NVZ en de Orde zijn voorgelegd aan de Belastingdienst.

De leden van SP-fractie vragen op welke wijze de nieuwe bekostiging inzicht in de ziekenhuisuitgaven gaat verbeteren en of ik garandeer dat de problematiek met niet goedgekeurde jaarverslagen en upcoding/mogelijke fraude nu verleden tijd is.

In de brief van 31 oktober jongstleden zijn de doelstellingen van de invoering van integrale bekostiging genoemd. De belangrijkste is om het fiscaal ondernemerschap van vrijgevestigde medisch specialisten in lijn te brengen met het feitelijk lopen van risico zoals dat ook voor andere sectoren geldt. Het bevorderen van gelijkgerichte belangen van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten, meer doelmatigheid in de bedrijfsvoering, het wegnemen van belemmeringen voor taakherschikking en het wegnemen van belemmeringen voor selectieve inkoop door verzekeraars, hebben in de nieuwe regeling expliciet aandacht gekregen. Dat zijn ambitieuze doelstellingen, maar het is zelden zo dat een bekostigingswijziging een antwoord kan bieden voor alle actuele vraagstukken in de sector. Ten aanzien van de jaarrekeningen en fraudebestrijding lopen andere trajecten waarover u separaat geïnformeerd wordt.

De leden van de SP-fractie vragen of ik een inhoudelijke bespiegeling kan geven waarom artsen en bestuurders uiteenlopende belangen zouden hebben. Hoe is dat verschil in belangen ontstaan, en lost deze integrale financiering dit op?

Een van de doelen van de invoering van integrale bekostiging is om mogelijk financieel uiteenlopende belangen van medisch specialisten en ziekenhuisbestuur die het gevolg zijn van de huidige deelregulering weg te nemen. Door de commissie Meurs is als voorbeeld genoemd een situatie dat medisch specialisten het instellingsplafond (dat volgt uit het bestaande bekostigingssystematiek van vrijgevestigd medisch specialisten) in begin december van het lopende jaar hebben bereikt, terwijl het ziekenhuis nog wel ruimte heeft om zorg te leveren binnen de gemaakte afspraken met de verzekeraars. Andersom kan ook: het ziekenhuis zit aan het omzetplafond, terwijl de medisch specialisten nog wel ruimte hebben om zorg te leveren. Dergelijke uiteenlopende financiële belangen zijn niet wenselijk.

De leden van de SP-fractie vragen of ik erken dat regiomaatschappen ontstaan omdat zorgverzekeraars en ziekenhuisbestuurders teveel op de stoel van de artsen gaan zitten, en willen bepalen hoe er behandeld wordt en vragen hoeveel regiomaatschappen er inmiddels bestaan.

In 2013 heeft de NZa onderzoek laten doen naar de vorming van regiomaatschappen. Dit onderzoek heb ik uw Kamer aangeboden.⁶ Een regiomaatschap is een maatschap van medisch specialisten die actief is bij verschillende ziekenhuizen. In het onderzoek wordt geen uitspraak gedaan over het definitieve aantal regiomaatschappen. Wel concludeert de NZa dat het aantal instellingsoverstijgende maatschappen de afgelopen jaren sterk is toegenomen en dat deze toename zich lijkt voort te zetten. In dit rapport worden ook verschillende motieven besproken voor het vormen van een regiomaatschap. Dat een bestuurder of zorgverzekeraar op de stoel van de arts gaat zitten is niet genoemd als motief. Wel wijst de NZa er op dat het vormen van regiomaatschappen allerlei op zichzelf wenselijke motieven kan hebben, zoals het mogelijk maken van subspecialisatie of het kunnen doen van dure investeringen. Tegelijkertijd kunnen regiomaatschappen tot onwenselijke marktmacht en beperking van concurrentie leiden waar patiënten of verzekerden schade van kunnen ondervinden. Te denken valt bijvoorbeeld aan de situaties waarin de (regio)maatschap, als gevolg van haar marktmacht, in staat is de selectieve inkoop door zorgverzekeraars te beperken of juist aan de volumenormenten te voldoen zonder te specialiseren of onredelijke prijzen te vragen voor de diensten van de regiomaatschap. Dit kan ertoe leiden dat de kwaliteit ondanks hoger volume niet verbetert, de zorgpremies en/of de prijzen voor medisch specialistische zorg omhoog gaan en/of innovatieve kracht wordt geremd, waarmee toekomstige kwaliteitsverbetering minder snel wordt gerealiseerd. Wanneer in dit kader de toezichthouders, de NZa, de ACM en de IGZ, constateren dat er onvoldoende randvoorwaarden zijn voor het leveren van verantwoorde zorg, dan dient de vorming van de betreffende regiomaatschap door hen aangepakt te worden.

De leden van de SP-fractie vermoeden training van het loondienstmodel door het opzetten van de andere vier organisatievarianten. Waarom is gekozen voor meerdere varianten? Vindt ik dat de organisatie van ziekenhuiszorg hierdoor transparanter wordt?

⁶ Kamerstuk 32 620, nr. 88

Zoals ik hierboven al heb aangegeven ben ik, conform de in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gemaakte afspraken, van mening dat er een evenwichtige keuze moet zijn voor vrijgevestigde medisch specialisten om vanaf 2015 óf in vrije vestiging werkzaam te blijven, inclusief het lopen van bedrijfsrisico zoals dat in andere sectoren al jaren het geval is, óf in loondienst. Ik heb geen voorkeur voor het een of het ander. Dit is de context waarbinnen de drie modellen (loondienst, samenwerking en participatie) hun uitwerking hebben gekregen. Dat er binnen en tussen ziekenhuizen verschillen zijn in de arbeidsverhouding tussen ziekenhuisbestuur en (collectieven van) medisch specialisten is nu overigens ook al het geval, en in de systematiek van integrale bekostiging ook rechtstreeks het gevolg van de bestuurlijk overeengekomen ontwerpvoorwaarde dat medisch specialisten zelf moeten kunnen kiezen op welke wijze zij hun werk willen uitoefenen. Van training van het loondienstmodel is bovendien in het geheel geen sprake. Zoals eerder aangegeven is er immers al langer een trend naar loondienst, die met de overstap naar integrale bekostiging alleen maar versneld zal worden. Het effect dat integrale bekostiging gaat hebben op de transparantie wordt vanzelfsprekend goed gemonitord door andere NZa en IGZ, waarbij ik vaststel dat de bestaande wet- en regelgeving op dat vlak onverminderd van kracht blijft.

De leden van de SP-fractie vragen of ik vind dat hierdoor de positie van de inspectie en ander toezicht eenduidiger wordt.

De invoering van integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg heeft geen gevolgen voor de wijze waarop de IGZ toezicht houdt. Het wettelijk kader voor kwaliteit en veiligheid van zorg en het toezicht door de IGZ daarop blijft immers onverminderd van kracht. Uiteraard heeft de IGZ oog voor de specifieke risico's, wanneer deze zich voordoen. De IGZ heeft aangegeven goed bestuur in de zorg tot speerpunt in haar toezicht benoemd te hebben en zal aan de invulling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid extra aandacht besteden. De IGZ spreekt de bestuurder, ongeacht het gekozen model en de uitwerking, aan op diens eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.

De leden van de SP-fractie vragen hoe vaak er tot op heden gebruik is gemaakt van de subsidieregeling voor het faciliteren van medisch specialisten bij de overgang naar integrale tarieven voor medisch specialistische zorg en kaakchirurgie. Het aantal blijft laag onder andere vanwege een belemmering omtrent het moment van met pensioen gaan, specialisten die in de tussenperiode met pensioen gaan konden van de regeling geen gebruik maken. De regeling wordt nu verbreed en in de Staatscourant geplaatst. Hoe groot schat ik de kans, nu deze regeling wordt aangepast, dat dit aantal toeneemt? Wat zijn de verwachtingen? De leden van de SP-fractie vragen mij de Kamer regelmatig een stand van zaken toe te sturen.

Zoals ik hierboven aangaf is een exact antwoord op deze vraag niet te geven, omdat pas vanaf 1 januari 2015 een subsidieaanvraag gedaan kan worden. Wel hebben we van een aantal ziekenhuizen begrepen dat de aanpassing van de regeling de *business case* voor de collectieve overstap van enkele maatschappen zodanig heeft verbeterd dat de besluitvorming daarover soepeler is verlopen dan anders het geval was geweest. Ik zal de Tweede Kamer informeren over het aantal ingediende en gehonoreerde subsidie-aanvragen.

De leden van de SP-fractie vragen of ik kan aangeven welke andere overwegingen dan fiscale een rol spelen of hebben gespeeld bij de modelkeuze in ziekenhuizen. Het samenwerkingsmodel wordt tot op

heden het meest gekozen, is cijfermatig inzichtelijk te maken wat de verdeling is over de verschillende modellen? Voor welk model is hoe vaak gekozen?

Ik heb geen overzicht van lokaal overeengekomen modellen, en ik ken ook niet de lokale overwegingen om voor het ene of andere model te kiezen. Wat ik wel kan aangeven is dat een meerderheid van de modellen het samenwerkingsmodel betreft.

De leden van de SP-fractie merken op dat ziekenhuizen aangeven behoefte te hebben aan helderheid over de eisen op deze onderdelen. Kunnen de leden van de SP-fractie daaruit constateren dat er geen helderheid is? Hoe kan dit, en wanneer is deze helderheid er wel?

Aanvullende informatie over kwaliteitsaspecten en fiscale randvoorwaarden die relevant zijn bij lokale uitwerking van de drie organisatiemodellen is inmiddels door de IGZ (via onder andere de zelftest) en de Belastingdienst (via modelbrieven en Q&A's) gegeven. Bestuurlijk is door NVZ en de Orde aangegeven dat daarmee voldoende helderheid voor ziekenhuizen en medisch specialisten is verschaft.

De leden van de SP-fractie vragen wat gebeurt er als het ziekenhuizen niet lukt te komen tot een model voor 1 januari 2015. Wat zijn anders de risico's zowel voor de ziekenhuizen als de continuïteit van zorg?

Zoals al eerder is opgemerkt, is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel het ziekenhuis als de medisch specialisten om de gewenste organisatie- en besturingsstructuur per 1 januari 2015 operationeel te hebben. Als de nieuwe structuur per 1 januari 2015 niet operationeel is, zal afhankelijk van de feiten en omstandigheden van het geval worden gezien wat daarvan de fiscale gevolgen zijn. Ten aanzien van continuïteit blijft voorop staan dat de zorgverzekeraar zorgplicht heeft en moet zorgen dat zijn verzekerden ook zorg kunnen blijven ontvangen. Ik ga er dan ook vanuit dat verzekeraars bij de zorginkoop zich er ook van vergewissen dat ziekenhuizen in staat zijn om die zorg vanaf 1 januari te leveren.

De leden van de SP-fractie vragen een uitgebreid stand van zaken overzicht.

Daartoe strekt deze brief en de NZa-monitor die bijgevoegd is.

De leden van de SP-fractie stellen vast dat de Belastingdienst inmiddels de eerste goedkeurende oordelen heeft gegeven, waarbij een aantal kritische succesfactoren wordt genoemd. Zijn er ook negatieve oordelen gegeven? Zo ja, wat waren daarvan de redenen? Wat zijn de gevolgen van een negatieve beoordeling? Er zijn vijf verschillende organisatiemodellen. Bij het loondienstmodel komen de medisch specialisten in loondienst van het ziekenhuis. Begrijpen de leden van de SP-fractie het goed dat dit model niet de voorkeur heeft van de Belastingdienst, daar zij benoemen als kritische succesfactor «personeel dient rechtstreeks in dienst te komen bij de maatschap»?

De Belastingdienst is een uitvoeringsorganisatie aan wie in het kader van vooroverleg modellen dan wel verzoeken ter beoordeling kunnen worden voorgelegd. De Belastingdienst heeft daarbij vanzelfsprekend geen enkele voorkeur van het ene model boven het andere. De Belastingdienst beoordeelt het voorgelegde organisatiemodel aan het fiscale toetsingskader zoals dat in de fiscale wetgeving is opgenomen. Dat toetsingskader is voor alle belastingplichtigen gelijk.

In de gevallen dat een verzoek niet voldeed aan het fiscale toetsingkader is het verzoek veelal aangepast dan wel is alsnog voor een ander organisatie- en besturingsmodel gekozen.

De leden van de SP-fractie vragen of ik vind dat de vorming van MSB's bijdraagt aan transparantie. Met de eis dat een MSB personeel in dienst neemt verandert de organisatie van het ziekenhuis ook gigantisch. Wie heeft de verantwoordelijkheid voor goed personeelsbeleid? Moeten een MSB een Ondernemingsraad hebben, en zich houden aan de Arbeidstijdenwet en de CAO? Leiden de verschillende bedrijven in één ziekenhuis tot meer of minder bureaucratie volgens de Minister? Is het voor een patiënt nog te doorgronden waar zij precies behandeld wordt, in het ziekenhuis of in het MSB? Als straks een patiënt zich meldt bij de receptie van het ziekenhuis kent de receptionist dan wel de medisch specialisten in de MSB-en waar ze naar toe moet verwijzen? Kan de Minister hier op reageren? Kan de Minister garanderen dat dit model niet ten koste gaat van de continuïteit en kwaliteit van zorg?

Zoals ook al in de brief van 31 oktober 2014 aangegeven blijkt dat het merendeel van de medisch specialisten en ziekenhuizen kiest voor een samenwerkingsmodel. Mocht een medisch specialistisch bedrijf binnen een dergelijk samenwerkingsmodel personeel overnemen van het ziekenhuis dan zal dit niet zonder onderlinge overeenstemming kunnen. Ziekenhuis en medisch specialistisch bedrijf moeten zich houden aan de vigerende wet- en regelgeving. Dit betekent bijvoorbeeld, dat wanneer een MSB personeel in loondienst heeft, dat dit personeel conform de Wet op de Ondernemingsraden het recht heeft een personeelsvertegenwoordiging (PVT) op te richten, terwijl er bij meer dan 50 medewerkers in loondienst een ondernemingsraad moet worden opgericht. Het samenwerkingsmodel is een verzakelijking en verzwarend van de in de huidige praktijk in alle instellingen aanwezige collectieven. Deze collectieven vormen zich om tot medisch specialistische bedrijven (MSB's). In het samenwerkingsmodel worden de afspraken tussen (staf-)maatschap en ziekenhuis omvangrijker en zakelijker. Zij betreffen alle tussen medisch specialist en ziekenhuis overeen te komen elementen. De huidige individuele toelatingsovereenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis wordt dan ook opgezegd en vervangen door een collectieve samenwerkingsovereenkomst tussen één (staf)maatschap (het medisch specialistisch bedrijf) en het ziekenhuis. De specialisme-maatschappen komen in dit samenwerkingsmodel te vervallen. Doelstelling van medisch specialistisch bedrijf en ziekenhuis liggen in elkaars verlengde. Samen verlenen zij medisch specialistisch zorg, waarbij het medisch specialistisch bedrijf eerstverantwoordelijke is voor de door hem te verlenen zorg en de instelling eindverantwoordelijke is voor de kwaliteit en veiligheid van de verleende zorg.

Het is de verantwoordelijkheid van de bestuurder om te zorgen voor kwalitatief goede en veilige zorg. Als de IGZ in haar toezicht constateert dat bestuurders die verantwoordelijkheid niet waarmaken, zal zij ingrijpen. Overigens ben ik van mening dat patiënten die voor behandeling naar het ziekenhuis worden doorverwezen, in de dagelijkse praktijk niet geconfronteerd moeten worden met verschillende «bedrijffjes» binnen het ziekenhuis. Dit geldt ook de afhandeling van klachten en geschillen. Voor de patiënt geldt er – ook na de invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg – één meldpunt voor klachten en geschillen, ongeacht welk MSB in het ziekenhuis zorg verleent. De primaire zorgaanbieder is hiervoor verantwoordelijk en dat is het ziekenhuis.

De leden van de SP-fractie vragen, als er sprake is van bedrijven binnen bedrijven, hoe het dan zit met de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. Waar ligt die precies, in de BV of in het ziekenhuis? Hoe zit het met eisen van transparantie, zoals bijvoorbeeld de jaarverslagenplicht? Moet nu elk MSB een jaarverslag publiceren? Kan een ziekenhuis om publicatieplicht te ontlopen meerdere MSB-en oprichten?

Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen is het bestuur van de zorgaanbieder verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. De zorgaanbieder moet zich intern zo organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Bij een «bedrijf binnen een bedrijf» moet het bestuur van de zorgaanbieder er dus zorg voor dragen dat het bedrijf dat onderdeel is van zijn bedrijf, zodanig opereert dat dit leidt tot verantwoorde zorg. Uiteraard hebben daarnaast individuele zorgverleners, op grond van de wet Big, en interne bedrijven, die separate rechtspersonen zijn, op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen, ook een eigenstandige verantwoording om verantwoorde zorg te verlenen.

Op grond van de Wet toelating zorginstellingen moet de zorgaanbieder die een toelating heeft zich door middel van een jaardocument maatschappelijke verantwoording jaarlijks verantwoorden. Die verantwoording mag op concernniveau plaatsvinden, dus inclusief de verantwoordingsgegevens van de onderliggende bedrijven. De bijbehorende eisen zullen in de samenwerkingsovereenkomst – voor zover relevant – door het ziekenhuis ook worden neergelegd bij de MSB's. Los van het bovenstaande kan een individueel medisch-specialistisch bedrijf, op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, gehouden zijn om een jaarverantwoording te publiceren.

De leden van de SP-fractie vragen wanneer er sprake is van vele bedrijven binnen ziekenhuizen, hoe dat dan praktisch binnen het ziekenhuis geregeld wordt, bijvoorbeeld als het gaat om aanschaf van apparatuur, het onderhoud van het gebouw of de schoonmaakkosten. Moeten bijvoorbeeld alle MSB-en straks hun eigen afspraken gaan maken voor de schoonmaak?

Ik heb van de OMS begrepen dat er op dit moment slechts 1 ziekenhuis bekend is waar meerdere medisch specialistische bedrijven worden opgericht (uitgezonderd de kaakchirurgen die zich over het algemeen separaat organiseren, hetgeen ook al het geval is in de huidige situatie). Hiermee hebben de NVZ en OMS contact om te bezien hoe dit beter vorm kan krijgen. In de meeste situaties zal naar verwachting dan ook een samenwerkingsovereenkomst tussen 1 MSB en het ziekenhuis ontstaan. Hoe wordt omgegaan met aanschaf van apparatuur, onderhoud en schoonmaak is lokaal overeen te komen, waarbij de wettelijke kaders, regelgeving en behorende verantwoordelijkheden van toepassing zullen zijn en blijven.

De leden van de SP-fractie vragen hoe er straks wordt gecontroleerd op fraude en upcoding door de afzonderlijke MSB-en.

Alle medisch specialisten, zowel werkzaam in dienstverband als vrij beroep, dienen zich te houden aan de bestaande registratieregels. In de model samenwerkingsovereenkomst tussen medisch specialistisch bedrijf en ziekenhuis zijn hierover afspraken opgenomen.

De leden van de SP-fractie vragen of ik erken dat zorgverzekeraars aangeven een voorkeur te hebben voor het loondienstmodel, omdat daar een lagere productieprikkel is.

Ik ken de voorkeuren van zorgverzekeraars op dit punt niet. Als verzekeraars met ziekenhuizen afspraken willen maken die raken aan de interne bedrijfsvoering van instellingen dan ga ik er van uit dat zij dat hebben ingebracht bij de onderhandelingen over de contractering van zorg voor 2015. Voor een verhandeling over de diverse productiegerelateerde prikkels die een rol spelen per type arbeidsverhouding en de onderlinge verschillen verwijs ik naar het rapport van de commissie Meurs (bladzijde 19).

De leden van de SP-fractie merken op dat sommige ziekenhuizen zich niet bewust blijken van het feit dat het MBI doorvertaald moet worden naar afspraken met de medisch specialisten. Wat kunnen hiervan de gevolgen zijn? Welke acties ga ik nemen om alle partijen voldoende te informeren?

Het is in het belang van zowel het ziekenhuis als de medisch specialisten om voorafgaand aan het jaar afspraken te maken over het macrobeheersmodel. Het ontbreken van dergelijke afspraken betekent dat indien er onverhoopt een mbi-heffing wordt opgelegd, partijen alsnog, achteraf afspraken moeten maken over de financiële consequenties.

De leden van de SP-fractie merken op dat meer ziekenhuizen de laatste jaren geen goedkeurende accountantsverklaring krijgen omdat de accountants geen overzicht konden krijgen over de financiën van ziekenhuizen, waardoor ordentelijke verantwoording onmogelijk bleek. De leden van de SP-fractie vragen naar de laatste stand van zaken. Neemt het risico op een goedkeurende accountantsverklaring toe of af het komende jaar door de aanstaande veranderingen?

Onlangs is de Tweede Kamer geïnformeerd over de uitvoering van het plan van aanpak jaarrekeningen. Met alle betrokken partijen is, naast het oplossen van de verantwoording 2013, ook nadrukkelijk gesproken over de verantwoording van aankomende jaren en de acties die daarop ondernomen worden. Partijen zijn zich zeer bewust van het belang in deze: ik verwacht derhalve dat het risico op niet goedkeurende verklaringen afneemt.

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen wat er gebeurt wanneer de termijn verstrijkt zonder dat overeenstemming met de Belastingdienst is bereikt over een nieuw besturingsmodel. Klopt het dat, als er op 1 januari 2015 nog geen nieuw besturingsmodel is afgesproken, de medisch specialisten fictief in loondienst treden? Klopt het dat medisch specialisten in dat geval de zelfstandigenaftrek, de MKB-winstvrijstelling en de mogelijkheid om beroepskosten af te trekken verliezen? Wat is het bedrag dat een medisch specialist aan fiscale voordelen op jaarbasis zal missen? Wat zijn de extra werkgeverslasten die een ziekenhuis op jaarbasis hierdoor zal hebben?

Zoals ik hiervoor heb aangegeven, komt als gevolg van invoering van de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg het zelfstandig declaratierecht en het daarmee verband houdende debiteurenrisico van de medisch specialist te vervallen en daarmee ook het ondernemerschap voor de inkomstenbelasting. Als er daarentegen reële en substantiële ondernemersrisico's worden gelopen ter compensatie van het vervallen van het zelfstandig declaratierecht, kan het ondernemerschap behouden blijven. De uiteindelijke beoordeling hiervan is afhankelijk van de feiten en omstandigheden van het geval.

Als niet langer sprake is van fiscaal ondernemerschap bestaat logischerwijs ook geen aanspraak (meer) op de zelfstandigenaftrek (€ 7.280) en de MKB-winstvrijstelling (van 14% van de winst na

toepassing van de zelfstandigenaftrek). Hoe het gemis van de fiscale faciliteiten in een concrete situatie uitvalt, wordt bepaald door de omvang van de winst. Als sprake is van een (fictieve) dienstbetrekking tussen de medisch specialist en het ziekenhuis dan zal het ziekenhuis loonbelasting en premies volksverzekeringen moeten inhouden op het loon van de specialist. Daarnaast moet het ziekenhuis premies werknemersverzekeringen en de inkomensafhankelijke bijdrage zorgverzekeringswet betalen. Het is de verantwoordelijkheid van bestuurders en medisch specialisten zelf om tijdig tot afspraken te komen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat dit betekent voor de kosten van de zorg.

Mocht in individuele gevallen niet langer sprake zijn van fiscaal ondernemerschap dan zijn eventuele meerkosten in de vorm van extra werkgeverslasten in principe voor rekening en risico van de instelling, tenzij de instelling vooraf afspraken met de medisch specialisten heeft gemaakt over wie deze kosten gaat dragen. Of dit leidt tot hogere zorguitgaven is niet in algemene zin te zeggen: dat hangt weer af van de vraag of de instelling hierop heeft geanticipeerd in de onderhandelingen over de zorginkoop 2015 en er in geslaagd is om hierover financiële afspraken te maken met de inkomende zorgverzekeraar(s).

De leden van de CDA-fractie vragen of het mogelijk zal zijn voor ziekenhuizen en medisch specialisten om in de loop van 2015 nog een akkoord te sluiten met de Belastingdienst. Is het ook mogelijk een overeenkomst met de Belastingdienst met terugwerkende kracht in werking te laten treden?

Zoals al eerder is opgemerkt, is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel het ziekenhuis als het medisch specialistisch bedrijf om de gewenste organisatie- en besturingsstructuur per 1 januari 2015 operationeel te hebben. Als de nieuwe structuur per 1 januari 2015 niet operationeel is, zal afhankelijk van de feiten en omstandigheden van het geval worden gezien wat daarvan de gevolgen zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen welke consequenties de Wet BGL (Beschikking geen loonheffingen) zal hebben voor ziekenhuizen en medisch specialisten? Zal bij invoering van die wet de specialist per behandeling een beschikking moeten aanvragen?

De Wet BGL is op 19 september 2014 ingediend bij de Tweede Kamer en de parlementaire behandeling moet nog plaatsvinden. Alleen daarom al is er geen zekerheid te geven over de gevolgen van deze wet op de rechtsverhouding tussen de medisch specialisten en de ziekenhuizen. Bij het opstellen van de voorgaande genoemde modellen is er van uitgegaan dat geen beschikking nodig is.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister duidelijkheid kan geven met betrekking tot de afspraken met de Belastingdienst en de huidige stand van zaken van afhandeling van beoordelingen. In het eerder genoemde artikel in Medisch Contact wordt gemeld dat de Belastingdienst recent zou hebben aangegeven dat een specialist in een maatschap jaarlijks minstens € 45.000 aan loonkosten zou moeten betalen aan »eigen» werknemers. Daarnaast zou de Belastingdienst eisen dat iedere medisch specialist in een maatschap jaarlijks € 15.000 investeert in »bedrijfsmiddelen» voor eigen gebruik. Ten slotte zou de Belastingdienst aangegeven hebben dat medisch specialisten jaarlijks 10 procent van hun inkomsten uit activiteiten buiten het ziekenhuis moeten halen. De leden van de CDA-fractie vragen of de Belastingdienst deze eisen daadwerkelijk

stelt, of dat dit slechts cijfers zijn die de Belastingdienst acceptabel noemt met betrekking tot een concreet ziekenhuis, zoals de vicevoorzitter van de Orde van Medisch Specialisten aangeeft. Kan de Minister een schets geven welke voorwaarden voor fiscaal ondernemerschap bij medisch specialisten een belangrijke rol spelen?

In zijn algemeenheid kan worden opgemerkt dat voor het lopen van ondernemersrisico's het moet gaan om reële en substantiële risico's. Daarbij kan worden gedacht aan het investeren in bedrijfsmiddelen (zoals apparatuur) en in personeel. Het is aan de professionaliteit van partijen om daar concreet en adequaat invulling aan te geven. Daarbij werkt de Belastingdienst niet met vaste normbedragen of sjablonen. Van geval tot geval wordt beoordeeld of reële substantiële ondernemersrisico's zodat sprake is van fiscaal ondernemerschap.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik kan aangeven op welke wijze het criterium van vrije vervangbaarheid bij medisch specialisten beoordeeld moet worden en of het klopt dat de Belastingdienst dit zo interpreteert dat iedereen met dezelfde kwalificaties het werk kan overnemen, zonder dat het ziekenhuis daarmee hoeft in te stemmen. Betekent dit dat ziekenhuisbestuurders artsen die mindere kwaliteit leveren of die bijvoorbeeld door de tuchtrechter zijn berispt, niet buiten huis kunnen houden? In hoeverre is het een gevaar dat ziekenhuisbesturen die om kwaliteitsredenen de door de specialist voorgedragen vervanger willen kunnen weigeren, dit tot een gezagsverhouding leidt en daarmee fiscaal ondernemerschap niet meer mogelijk is?

Op 5 december 2014 heeft er een bestuurlijk overleg plaatsgevonden tussen de Ministeries van VWS en Financiën en de NVZ en de OMS. Na afloop van dat overleg is door het Ministerie van Financiën een brief aan de NVZ en OMS verzonden. Bij die brief zijn tevens bijgevoegd twee modelbrieven van de Belastingdienst alsmede de bijbehorende vragen en antwoorden (Q&A's) van zowel de transparante als de niet-transparante modellen. De omschrijving van het begrip vervangbaarheid in de bovengenoemde Q&A's houdt in dat de kwaliteit gegarandeerd kan worden en dat dit niet tot niet-verantwoorde zorg hoeft te leiden wanneer een voor de lokale situatie optimale uitwerking wordt gemaakt en toegepast. De omschrijving luidt als volgt: «het bestuur van het medisch specialistisch bedrijf (MSB) meldt aan de Raad van Bestuur van het ziekenhuis welke medisch specialisten voor het MSB werkzaam zijn in het ziekenhuis inclusief de vervangers. Het bestuur van het MSB en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis formuleren samen objectieve kwalificaties waaraan medisch specialisten en hun eventuele vervangers moeten voldoen. Bij toetreding als lid van het MSB of als medisch specialist in dienstverband van het MSB of bij vervanging van een medisch specialist in het MSB toetst het MSB bestuur of aan deze kwalificaties wordt voldaan en geeft hier op verzoek van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis inzage in.»

Dit alles laat overigens de wettelijke bepalingen onverlet die na de invoering van de Wkkgz zullen gelden. Artikel 4 Wkkgz schrijft voor dat de zorgaanbieder, in dit geval het ziekenhuis, een vergewisplicht heeft met betrekking tot de antecedenten van al zijn personeel. De zorgaanbieder sluit bovendien met alle zorgverleners of opdrachtnemers die niet bij hem in dienst zijn een schriftelijke overeenkomst dat zij handelen volgens de voor de zorgaanbieder geldende wettelijke verplichte regels. Deze overeenkomst treedt overigens niet in de verantwoordelijkheid van de zorgverlener tot het verlenen van zorg conform relevante professionele standaarden.

De leden van de CDA-fractie constateren dat met het invoeren van integrale bekostiging ziekenhuizen een nieuw besturingsmodel hebben moeten opstellen. Deze leden vragen of de Minister kan aangeven of, en op welke wijze, betrokkenheid bij dit proces is georganiseerd van de raden van toezicht, de cliëntenraden en de ondernemingsraden.

Afhankelijk van de keuze welk samenwerkingsmodel wordt gekozen tussen medisch specialisten en een ziekenhuis, zullen er – soms ingrijpende – gevolgen kunnen zijn voor de (juridische) organisatiestructuur en het bestuursmodel van de instelling. Raden van toezicht moeten zich hier terdege van bewust zijn. Wanneer de keuze van een specifiek model leidt tot belangrijke wijzigingen in de organisatie- en bestuursstructuur, dan zal de raad van bestuur van het ziekenhuis de personeelsvertegenwoordiging en de cliëntvertegenwoordiging om advies en op bepaalde punten ook om instemming moeten vragen. Wanneer dit het geval is, staat omschreven in de Wet op de Ondernemingsraden, in de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en in de statuten en reglementen van het ziekenhuis. Voor de raad van toezicht, maar ook de personeelsvertegenwoordiging en cliëntenraden is het van belang dat zij voldoende zicht hebben op de governancestructuur van het ziekenhuis na invoering van het gekozen samenwerkingsmodel, de mate waarin het bestuur de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid borgt, en eventuele gevolgen voor de medezeggenschap binnen de instelling.

De leden van de CDA-fractie vragen of er een termijn is voor toetsing door de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Kan het zo zijn dat, als ziekenhuizen en medisch specialisten er op tijd onderling uit zijn, het nieuwe besturingsmodel achteraf toch niet kan volgens het WFZ? Welke consequenties zou dat kunnen hebben? Kan ik een overzicht geven van de ziekenhuizen die getoetst (moeten) worden door het WFZ?

De invoering van de integrale tarieven per 1 januari 2015 leidt tot heroverweging van de formele samenwerkingsrelatie tussen ziekenhuizen en de medische staf. Afhankelijk van het gekozen model, alsmede de praktische uitwerking hiervan, kan dit ingrijpende wijzigingen met zich meebrengen in de juridische en/of financiële structuur van het ziekenhuis. Om deze reden vindt er een risicobeoordeling door de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) plaats van de ziekenhuizen die aan het WFZ deelnemen. De toets van het WFZ spitst zich toe op: 1) de bestuurbaarheid/slagvaardigheid van de organisatie, 2) veranderingen in de eigendomsstructuur 3) financiële risico's voor het ziekenhuis.

Het WFZ heeft de deelnemende ziekenhuizen, 63 in totaal (dit relatief lage aantal wordt verklaard door het feit dat er instellingen zijn waar alle specialisten al in loondienst zijn of waar vooruitlopend op een (bestuurlijke) fusie sprake is van 1 samenwerkingsovereenkomst), hierop gewezen in een mail op 2 oktober 2014. Gelet op de tijdsdruk is aan de ziekenhuizen verzocht om, zodra deze in enige vorm beschikbaar is, de concrete uitwerking van de voorgestane samenwerkingsstructuur zo spoedig mogelijk ter toetsing voor te leggen aan het WFZ. Dus voorafgaand aan of gelijktijdig met het voorleggen aan de Belastingdienst. De ziekenhuizen zijn er ook door het WFZ op gewezen dat het wachten met het toezenden aan het WFZ tot dat een formele reactie is ontvangen van de Belastingdienst, leidt tot onnodig veel tijdverlies. Gelet op de beperkte tijd die nog resteert, heeft het WFZ aangegeven dat het onwaarschijnlijk is dat er nog voor de jaarwisseling een reactie van het WFZ kan worden ontvangen, indien niet parallel aan de toetsing van de modellen door de Belastingdienst de plannen van ziekenhuis ter toetsing aan het WFZ worden voorgelegd. Bovendien is benadrukt dat er een complexe situatie kan ontstaan voor een ziekenhuis, indien na eventuele goedkeuring door de

Belastingdienst, in de eindfase zou blijken dat het WFZ formeel niet kan instemmen met de beoogde structuurwijziging.

Ik heb begrepen dat het WFZ alles in het werk stelt om de 63 instellingen die getoetst worden tijdig een reactie te geven en dat het WFZ ook de verwachting heeft uitgesproken dat dit zal lukken. De kans dat het WFZ en/of de banken modellen van zorginstellingen die door de Belastingdienst zijn goedgekeurd alsnog afkeurt, acht ik niet heel erg groot. Ik kan echter niet uitsluiten dat dit zou kunnen plaatsvinden. In dergelijke gevallen zal in overleg met de Belastingdienst moeten worden bezien welke wijzigingen binnen de afgesproken kaders en geldende wet- en regelgeving mogelijk zijn. Ook hier geldt dat ziekenhuizen uiteindelijk zelf verantwoordelijkheid voor dit proces dragen.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik kan aangeven hoe de ACM de medisch specialistische bedrijven ziet binnen de regelgeving rond samenwerking.

Van de ACM heb ik begrepen dat het nog niet duidelijk is hoe een medisch specialistisch bedrijf (MSB) zich straks verhoudt tot een ziekenhuis en of hier sprake is van aparte onderneming in de zin van de Mededingingswet. Dit hangt af van de concreet gemaakte afspraken tussen deze twee partijen. Hier zal de ACM mogelijk per casus een uitspraak over moeten doen, zoals ook door de Belastingdienst gebeurt, waar het gaat om het fiscale ondernemerschap. Indien een MSB een aparte onderneming is in de zin van de Mededingingswet geldt, dat waar een MSB wil gaan samenwerken met een ander MSB in dezelfde deelmarkt, dit alleen mag als: concrete voordelen verbonden zijn aan de samenwerking; deze voordelen in voldoende mate ten goede komen aan de patiënten/verzekeraars en opwegen tegen de nadelen van de concurrentiebeperking; de afspraak noodzakelijk is om deze voordelen te realiseren en niet verder gaat dan nodig (bijvoorbeeld niet zelfstandig behaald kunnen worden); er voldoende ruimte overblijft om met elkaar te concurreren.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de verruiming van de subsidieregeling nu precies beoogt. Deze leden hebben het idee dat het voor mij belangrijker is dat de subsidieregeling een succes wordt, dan dat er daadwerkelijk meer medisch specialisten in loondienst komen. Zij kunnen zich voorstellen dat medisch specialisten die vlak voor hun pensioen zitten massaal gebruik zullen maken van de regeling om nog snel € 100.000 mee te krijgen, zonder dat dit op termijn zal leiden tot meer medisch specialisten in loondienst. Graag vernemen de leden van de CDA-fractie in de oorspronkelijke subsidieregeling juist expliciet deze groep medisch specialisten heeft uitgezonderd, terwijl zij nu aangeeft dat juist hier een overstap aantrekkelijk kan zijn omdat de opvolging dan ook in loondienst werkt. Wat is er in de afgelopen drie maanden veranderd om een dergelijke ommezwaai te rechtvaardigen? Tenslotte vragen de leden van de CDA-fractie uit welk budget de subsidieregeling van € 125 miljoen wordt betaald.

Bij het opstellen van de regeling is beoogd een redelijke tegemoetkoming te bieden voor vrijgevestigd medisch specialisten die overwegen naar loondienst over te stappen. Bij een regeling als deze is het van belang om de doelgroep niet te ruim te formuleren maar ook niet nodeloos in te perken. Waar in eerste instantie onvoldoende rekening mee is gehouden – hetgeen in de belronde meermalen door ziekenhuisbestuurders naar voren is gebracht – is dat het besluit tot overstappen veelal gebeurt op het niveau van de maatschap. Als in een maatschap een aantal specialisten geen aanspraak kan maken op de tegemoetkoming vanwege een naderend pensioen dan wordt de business case voor de gehele

maatschap een stuk lastiger rond te krijgen. Ik verwacht dus niet dat er sprake zal zijn van een «massale» toestroom van individuele medisch specialisten vlak voor hun pensioen, maar wel van een sterkere beweging van voltallige maatschappen richting loondienst.

Wat de financiële kant betreft: in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg zijn hierover afspraken gemaakt. Binnen het totaal beschikbare uitgavenkader medisch-specialistische zorg zijn door de tekenende partijen middelen voor de transitie naar integrale bekostiging geormerkt. In de VWS-begroting voor 2015 is aangegeven dat er ten opzichte van de oorspronkelijke beschikbare reeks een kasschuif heeft plaatsgevonden, zodat er in 2015 125 miljoen euro beschikbaar is (want bij het bestuurlijk akkoord was geen rekening gehouden met het feit dat het grootste deel van de uitgaven in 2015 zullen plaatsvinden), en een overboeking van middelen aangezien de subsidieregeling vanuit de VWS-begroting wordt gefinancierd.