

**TER BESLISSING**

Aan
de Staatssecretaris

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

notitie

Fiscale aspecten goodwillfonds voor medisch specialisten

1

Datum
1 oktober 2013
Notitienummer
DGBel 2013/5179

Rubriek
Winst

Auteur

Paraaf

irls

Via
de directeur Directe
Belastingen

Via
MT DGBel.

via
de directeur Algemene

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan
Bijlagen

Aanleiding en achtergrond

In beginsel vervalt per 1 januari 2015 voor de vrijgevestigde medisch specialisten het fiscaal ondernemerschap. Dit is afgesproken in het regeerakkoord Rutte II en herbevestigd in het recent gesloten zorgakkoord d.d. 16 juli 2013. Hierbij is afgesproken dat vanaf 1 januari 2015 gedeclareerd zal worden met een integraal tarief; één tarief voor medisch specialist en ziekenhuis gezamenlijk. Het verlies van het zelfstandig declaratierecht door de medisch specialisten en het dus niet langer "via" het ziekenhuis kunnen declareren, brengt – ceteris paribus – mee dat zij fiscaal niet langer als ondernemer aangemerkt kunnen worden. Om de invoering van integrale tarieven te vergemakkelijken is in het zorgakkoord budget beschikbaar gesteld (vanaf 2015 50 mln per jaar voor de periode van 10 jaar).

Momenteel vindt overleg plaats tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), het Ministerie van VWS en het Ministerie van Financiën over een aantal mogelijke nieuwe besturingsmodellen waarin (m.i.v. 2015) de verhouding tussen ziekenhuizen en specialisten kan worden vormgegeven. Insteek van OMS is om het ondernemerschap te behouden, zodat er voor de medisch specialist een keuzemogelijkheid en een alternatief voor loondienst blijft bestaan. Daartoe zien wij mogelijkheden, mits er aanvullende ondernemersrisico's (bijvoorbeeld ten aanzien van personeel en investeringen) worden gelopen die het gemis aan het zelfstandig declaratierecht compenseren.

Eén van de problemen die bij dit overleg aan de orde zijn gekomen, betreft de door de huidige medisch specialisten in het verleden betaalde goodwill. Meerdere stakeholders hebben belang bij het goodwillvrij maken van de praktijk van de specialisten (de huidige en de nieuwe specialisten, de ziekenhuizen, de

zorgverzekeraars, de overheid). In het bestuurlijk overleg tussen veldpartijen en VWS van 24 september 2013 is in dat kader gesproken over de wens om tot een goodwillfonds te komen. De voor de transitie beschikbaar gestelde middelen in het zorgakkoord kunnen voor dit fonds worden gebruikt. Naast de voeding van dit fonds is ook de fiscaliteit van belang. In het verleden (1985) is de praktijk van de huisartsen met specifieke afspraken rond de fiscaliteit goodwillvrij gemaakt.

Het is op dit moment nog niet helder hoe het idee van het goodwillfonds precies wordt uitgewerkt, één centraal goodwillfonds of meerdere decentrale goodwillfondsen, de funding van het fonds en de looptijd van het fonds. De nadere invulling zal door de veldpartijen, VWS en FIN plaatsvinden. Bij de vorming van een goodwillfonds dragen alle huidige specialisten hun goodwill over aan dit fonds. In ruil daarvoor ontvangen zij een aanspraak op een uitkering uit het fonds die tot uitdrukking komt op het moment van uittreden. Volgens de normale winstbepalingsregels wordt deze aanspraak op het moment van toekenning tot de winst gerekend. Dat pas bij uittreding uit de maatschap van het goodwillfonds daadwerkelijk een vergoeding wordt ontvangen, maakt dat niet anders. Nieuwe toetredende specialisten betalen en ontvangen geen goodwill meer. De praktijk van de medisch specialisten is op die manier goodwillvrij gemaakt.

In 1985 (en in 2000 bij de invoering van de Wet IB 2001) heeft de toenmalige Staatssecretaris van Financiën goedgekeurd dat de verkrijging van de aanspraak op het goodwillfonds voor huisartsen niet tot activering van die aanspraak op de balans leidt en derhalve op dat tijdstip niet tot winstrealisatie. In plaats van de aanspraak wordt de uitkering belast als winst uit onderneming (zie bijlage).

Beslispunt

- Stemt u ermee in dat het afrekenmoment bij inbreng van de goodwill door de medisch specialist in een goodwillfonds, in ruil voor een aanspraak, uitgesteld wordt tot het moment dat de uitkering uit het goodwillfonds daadwerkelijk door de medisch specialist ontvangen wordt?
- Zo ja, gaat u er dan mee akkoord dit in een beleidsbesluit op te nemen?

Bijlage

Aanspraken op Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen

Besluit staatssecretaris van Financiën 9 maart 2001, nr. CPP2000/3022

Inleiding

Op 18 maart 1985 is door de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Staatssecretaris van Economische Zaken enerzijds en de Landelijke Huisartsen Vereniging anderzijds een Convenant bekrachtigd. Hierin is onder andere geregeld dat de goodwillvergoeding bij praktijkoverdracht door huisartsen moet worden afgeschaft, waartegenover de componenten beroepsrisico en rente geïnvesteerd vermogen uit het tarief zullen worden geëlimineerd.

Per 1 januari 1987 is een regeling ter uitvoering van het Convenant in werking getreden zodat huisartsen vanaf dat moment bij gehele of gedeeltelijke overdracht van hun praktijk geen vergoeding voor goodwill mogen bedingen. Per dezelfde datum hebben de huisartsbegunstigden een aanspraak op de Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen (hierna: de Stichting) gekregen. In het door de Stichting vastgestelde reglement van 19 december 1986 worden in afdeling 2 de begunstigden aangeduid (zie bijlage A). [1]

Tussen de Stichting en de begunstigde wordt een overeenkomst gesloten omtrent de omvang van de aanspraak (zie bijlage B). [2] De grootte van de aanspraak wordt berekend per 1 januari 1987 en is gebaseerd op een aantal factoren zoals abonnementshonorering ziekenfondsen, honorarium particuliere patiënten en verrichte bevallingen in de praktijkuitoefening van voorbije jaren.

De aanspraak zal tot uitkering komen bij gehele of gedeeltelijke praktijkbeëindiging (bij gedeeltelijke praktijkbeëindiging: naar evenredigheid). Door middel van een wijziging van het reglement van de Stichting d.d. 22 november 2000 wordt de aanspraak in ieder geval opelsbaar in het jaar 2000. De wijziging is van toepassing op de huisarts (IB-ondernemer), de praktijkvennootschap en de instelling voor gezondheidszorg.

Bij praktijkbeëindiging vóór het jaar 2000 vindt de uitkering van het bedrag van de aanspraak plaats in twee gelijke termijnen met dien verstande dat de uitkering plaatsvindt in één termijn in geval van overlijden van de begunstigde.

De begunstigde die niet voor 1 januari 1977 als huisarts werkzaam was, kan bij de Stichting een verzoek indienen om in aanmerking te komen voor een voorschot op de uitkering. Gedurende maximaal 10 jaren, te rekenen vanaf de datum dat de begunstigde voor het eerst als huisarts werkzaam was, kan deze jaarlijks maximaal 5% van het bedrag van de aanspraak per 1 januari 1987 uitgekeerd krijgen. Voor praktijkvennootschappen is deze regeling van overeenkomstige toepassing.

Ik keur goed dat de inspecteurs het vorenstaande fiscaal op de wijze als is omschreven in de leden 2 tot en met 9 behandelen.

Aanspraak

De verkrijging van de aanspraak op de Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen per 1 januari 1987 leidt niet tot activering van de aanspraak op de balans van de belastingplichtige, en derhalve op dat tijdstip niet tot winstrealisatie. Ook de waardestijging van de aanspraak tot het moment van praktijkbeëindiging zal niet tot de winst worden gerekend. In plaats van de aanspraak zal te zijner tijd de gehele uitkering worden belast.

Indien op de balans per 31 december 1986 goodwill is geactiveerd, verkregen in verband met de overname van een huisartsenpraktijk, wordt deze balanspost volgens het tot dan toe toegepaste afschrijvingsschema in de daaropvolgende jaren ten laste van het resultaat gebracht. Versnelde afschrijving mag niet plaatsvinden.

Met ingang van 1 januari 1987 behoren tot het huisartsentarief niet meer de componenten beroepsrisico en rente geïnvesteerd vermogen. De daarmee overeenstemmende bedragen zullen in de jaren 1987 tot en met 2002 door de ziektekostenverzekeraars worden afgedragen aan de Stichting. Hierdoor wordt de winst van de belastingplichtigen niet beïnvloed.

Gevolgen opeisbaarheid aanspraak in 2000

Op grond van de wijziging van de reglementen van de Stichting d.d. 22 november 2000 wordt de uitkering reeds in het jaar 2000 opeisbaar. Het gevolg hiervan is dat de uitkering in het belastbaar inkomen over 2000 zal worden begrepen en wel voor de nominale waarde van de aanspraak, inclusief het rendement tot volledige uitbetaling in 2003. Met betrekking tot de belastingheffing over het inkomen 2000 zullen, ook zonder dat sprake is van praktijkbeëindiging, het bijzondere tarief ex artikel 57, eerste lid, onderdeel b, van de Wet IB 1964 alsmede (afhankelijk van de omstandigheden: het nog niet benutte deel van) de stakingsvrijstelling ex artikel 8, eerste lid, onderdeel d, van de Wet IB 1964, van toepassing zijn.

Indien de belastingplichtige in het jaar 2000 kan aantonen dat bij latere praktijkbeëindiging vanwege het ontbreken van stille reserves geen gebruik meer kan worden gemaakt van de hierboven vermelde stakingsvrijstelling, wordt de in 2000 geldende franchise toegepast, waarbij de verhoogde stakingsvrijstelling alleen dan van toepassing is indien de belastingplichtige op 31 december 2000 de 55-jarige leeftijd heeft bereikt. Bij latere praktijkbeëindiging kan de (tijdelijk verhoogde) stakingsaftrek niet van toepassing zijn, ook niet in de situatie dat nadien nog stille reserves zijn ontstaan. Om die reden dient de betrokken huisarts bij de aangifte over het jaar 2000 te verklaren dat hij in de toekomst afziet van de stakingsfaciliteiten (zowel stakingsaftrek als -vrijstelling).

Indien de belastingplichtige niet kan aantonen dat er geen stille reserves zijn, wordt op de stakingsvrijstelling f 8000 in mindering gebracht. Van deze resterende f 8000 kan gebruik gemaakt worden bij latere staking.

De Stichting zal begin 2001 aan de begunstigden een voorschot uitkeren teneinde hen in staat te stellen in zoverre de (nadere voorlopige) aanslag over 2000 te voldoen. De Stichting keert het restant van de aanspraak in 2003 uit en blijft dit tot 2003 rentedragend schuldig aan de begunstigden. Voor de huisarts (IB-ondernemer) behoort deze vordering op de Stichting tot het ondernemingsvermogen en het rendement op de vordering zal derhalve belast worden op basis van Hoofdstuk 3 van de Wet IB 2001. Wellicht ten overvloede merk ik op dat deze vordering voor de toepassing van paragraaf 3.2.3 (oudedagsreserve) van de Wet IB 2001 deel uitmaakt van het ondernemingsvermogen.

Voor de huisarts (IB-ondernemer) vormen de uit de Stichting beschikbaar gekomen middelen privé-vermogen. Belastingheffing hierover zal plaatsvinden op basis van Hoofdstuk 5 van de Wet IB 2001.

De onderdelen 4 tot en met 9 van dit besluit hebben slechts betekenis tot en met het belastingjaar 2000.

Niet-activeren

Het niet-activeren heeft tot gevolg dat de waarde van de aanspraak niet van invloed is op de fiscale oudedagsreserve ex artikel 44d en volgende van de Wet op de inkomstenbelasting 1964 (hierna: de Wet IB 1964).

Uitkering bij praktijkbeëindiging

Op de uitkeringen zijn de wettelijke bepalingen met betrekking tot de staking van de onderneming van toepassing. Dit houdt in dat in het jaar van staking de

vordering (in geval van twee termijnen: tot de contante waarde) tot de stakingswinst behoort.

Bij inbreng van de onderneming in een besloten vennootschap wordt de praktijkuitoefening niet beëindigd in de zin van de overeenkomst tussen de Stichting en de begunstigde en vindt geen uitkering uit het fonds plaats. Dit neemt niet weg dat de waarde van de aanspraak wel in de stakingswinst dient te worden begrepen. De te zijner tijd te ontvangen uitkering wordt dan niet in de heffing betrokken, voor zover deze reeds bij de staking van de onderneming in aanmerking is genomen. De waarde-aangroei van de aanspraak op de Stichting wordt vervolgens volgens de normale wettelijke bepalingen in de heffing betrokken.

Indien de aanspraak tot het privé-vermogen wordt gerekend, is de aangroei van de aanspraak tot de nominale waarde en het eventueel door het fonds behaalde resultaat dat boven de nominale waarde van de aanspraak wordt uitgekeerd, belast op grond van artikel 24 van de Wet IB 1964. Dit bedrag wordt in de heffing betrokken in het jaar waarin het wordt uitgekeerd.

Indien de aanspraak op de Stichting voor de contante waarde in de besloten vennootschap wordt ingebracht wordt de waardering daarvan beheerst door goed koopmansgebruik. De jaarlijkse aangroei van de aanspraak dient ieder jaar tot de winst te worden gerekend. Met winst voortvloeiend uit de eventueel door het fonds te behalen beleggingsresultaten behoeft eerst rekening te worden gehouden vanaf het moment waarop deze voordelen ook daadwerkelijk aan de besloten vennootschap toekomen.

Ingeval van inbreng op de voet van artikel 18 van de Wet IB 1964 (de geruisloze overgang) dient de volledige eigendom van de aanspraak te worden overgedragen en wordt de waarde van de aanspraak bij de berekening van het aandelenkapitaal betrokken.

Praktijkassociatie

Op grond van het reglement van de Stichting vindt bij gedeeltelijke praktijkbeëindiging en bij associatie uitkering plaats van een evenredig gedeelte van het bedrag van de aanspraak. Bij associatie wordt deze evenredigheid bepaald door het aantal toetredende huisartsen dat geen begunstigde is, te delen door het terstond na die toetreding aanwezige totale aantal huisartsen dat lid is van die maatschap. Indien een maat in een huisartsenmaatschap met medeweten en instemming van de andere maten zijn aandeel in de maatschap overdraagt aan een derde, is voor de achterblijvende maten fiscaalrechtelijk geen sprake van staking van hun onderneming. De Stichting gaat evenwel uit van het civiele recht en stelt zich op het standpunt dat in deze situatie sprake is van associatie, waardoor een evenredig deel van de aanspraak opeisbaar wordt. De achterblijvende maten realiseren dan een evenredig deel van hun aanspraak terwijl fiscaal geen sprake is van staking. Op de ontvangen uitkering is het voor stakingswinst geldende bijzondere tarief van toepassing. Tevens kan een verzoek om verhoging van de mogelijke lijfrentepremie-aftrek op de voet van artikel 45a, vijfde lid, van de Wet IB 1964 worden ingewilligd in het jaar waarin de ontvangen uitkering is belast. Hierbij geldt het maximum van onderdeel a van het vijfde lid, ongeacht de leeftijd van de belastingplichtige.

Naast de reeds in het vijfde lid opgenomen verminderingen wordt dit bedrag tevens gekort met de nog op te bouwen aanspraken uit de verplichte beroepspensioenregeling voor huisartsen. Voor de nog op te bouwen pensioenaanspraken wordt uitgegaan van de gemiddelde pensioenopbouw volgens opgave van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen over de drie jaren voorafgaande aan het jaar van associatie vermenigvuldigd met het aantal jaren dat de huisarts verwijderd is van de pensioengerechtigde leeftijd, rekening houdend met de sterftekans.

Voorschotten

Voorschotten op de uitkering worden in het jaar van ontvangst tot de winst gerekend en belast naar het tabeltarief.

Verpanding

Wellicht ten overvloede merk ik op dat het vestigen van een pandrecht ex artikel 3:236 en artikel 3:239 B.W. op de aanspraak niet als het realiseren van de aanspraak wordt aangemerkt. Zolang het volledige economische belang van de aanspraak de belastingplichtige aangaat, is er in dit verband geen aanleiding tot belastingheffing.

Indien de economische eigendom van de aanspraak wordt overgedragen, vindt echter belastingheffing plaats naar het tabeltarief van artikel 53a van de Wet IB 1964.

Vermogensbelasting

De niet-geactiveerde aanspraak die tot het ondernemingsvermogen behoort, behoeft voor toepassing van de Wet op de vermogensbelasting 1964 niet tot het vermogen te worden gerekend.

Inlichtingen

De Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen is bereid informatie te verstrekken over de uitkeringen en de waarde van de aanspraak.

Het adres van de Stichting is postbus 345, 3430 AH Nieuwegein.

Ik merk ten slotte op dat het besluit van 3 augustus 1995, nr. DB95/1095M, hierbij is ingetrokken.



Spood: reactie uiterlijk 18 november 2013

Aan
Staatssecretaris

paraaf
MT DGBel

medeparaaf

memo

Fiscale behandeling voorgestelde beheersmodellen
medisch specialisten per 1-1-2015

Ter informatie

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

T 070-3428447
F 070-3427910

Datum
13 november 2013

Auteur

DGB 2013/6177

Aanleiding en achtergrond

In beginsel vervalt per 1 januari 2015 voor de vrijgevestigde medisch specialisten (MS) het fiscaal ondernemerschap. Dat houdt verband met het feit dat het zelfstandig declaratierecht van MS komt te vervallen, omdat er vanaf 1 januari 2015 gedeclareerd zal worden met een integraal tarief voor medisch specialist en ziekenhuis gezamenlijk. Dit is afgesproken in het regeerakkoord Rutte II.

In het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg van 16 juli 2013 is aangegeven dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het vrij beroep (zie bijlage 1).¹

Besprekingen met OMS, NVZ en VWS

Vanaf medio juli 2013 hebben er diverse besprekingen plaatsgevonden tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), hun belastingadviseurs, het Ministerie van VWS en het Ministerie van Financiën/Belastingdienst over een aantal mogelijke nieuwe beheersmodellen waarin (m.i.v. 2015) de verhouding tussen ziekenhuizen en specialisten kan worden vormgegeven. Insteek van OMS is om het ondernemerschap te behouden, zodat er voor de medisch specialist een keuzemogelijkheid en een alternatief voor loondienst blijft bestaan. Daartoe zien wij mogelijkheden, mits er aanvullende ondernemersrisico's worden gelopen die het gemis aan het zelfstandig declaratierecht compenseren. Daarbij kan worden gedacht van het aannemen van medisch en niet-medisch personeel en plegen van investeringen. Het moet daarbij gaan om voldoende substantie zodat daarmee ondernemersrisico's worden gelopen.

Tijdens deze besprekingen is door de OMS en NVZ de wens geuit

- i) tot vorming van een (of meerdere) goodwillfonds(en) te kunnen overgaan en
- ii) dat voor de btw zekerheid wordt verstrekt in die zin dat vooruitlopend op het wetsvoorstel winstuitkering nu wordt toegezegd, dat (in de vorm van een beleidsbesluit) goedgekeurd zal worden dat ziekenhuizen, die in de vorm van een VOF samenwerken met medisch specialisten, de medische vrijstelling voor ziekenhuizen mogen blijven

¹ Zie onderdeel 3.2.b op p. 5 van onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 van 16 juli 2013. Naast veldpartijen is de Minister van VWS ook partij bij dit akkoord.

toepassen ingeval de btw-vrijstelling voor ziekenhuizen wettelijk nog niet is ontdaan van het verbod op het streven naar winst.

Beide kwesties zijn aan u voorgelegd in de notities DGB 2013/5548 en DGB 2013/5179 (zie bijlage 2 resp. 3). U heeft hierop positief beslist (DGB 2013/5548 na gesprek met d.d. 10-10-2013).

Naar aanleiding van vragen van de PvdA-fractie is geantwoord in de nota naar aanleiding van het verslag Belastingplan 2014 dat de Kamer zal worden geïnformeerd zodra het overleg met de OMS en de NVZ is afgerond (zie bijlage 4).

Overeenstemming met OMS/NVZ

Sluitstuk van de besprekingen is dat door de OMS en de NVZ aan ons een conceptbrief is voorgelegd met vier beheersmodellen en de fiscale behandeling daarvan. Het gaat daarbij om twee modellen met betrekking tot fiscaal ondernemerschap en twee modellen over een BV-structuur. De OMS en de NVZ willen deze modellen met een positief advies aanbieden aan hun leden. Hoewel de formulering nog op tal van punten moet worden aangepast, bestaat over de inhoud daarvan geen verschil van mening (de versie met doorvoering van onze revisies is als bijlage 5 opgenomen).

De aangepaste conceptbrief zal binnenkort aan ons worden voorgelegd. In een nog te verzenden uitgaande brief zal aangeven dat de brief van de OMS/NVZ een juiste weergave is van hetgeen is overeengekomen. In die brief zal overigens ook worden aangegeven dat

- i) uiteindelijk de feiten en omstandigheden zoals zij zich daadwerkelijk hebben voorgedaan, beslissend zijn voor de fiscale duiding en
- ii) dat gebruikmaking van een LLP-structuur onwenselijk is en dat daarover geen positieve zekerheid vooraf zal worden verstrekt. Mocht er in een bepaald geval toch voor de een LLP worden gekozen, dan zal de Belastingdienst daar kritisch naar kijken.

De in de brief van de OMS/NVZ voorgelegde beheersmodellen worden 15-11 (vrijdag) door ambtenaren van VWS besproken met hun Minister. Het gaat daarbij om de beheersmodellen an sich (en niet om de fiscale duiding daarvan). Onze inschatting is (en dat is ook door ambtelijk VWS bevestigd) dat de Minister van VWS hiertegen geen bezwaren zal hebben.

Begin volgende week willen wij de aangepaste conceptbrief naar de OMS/NVZ retourneren. Mocht u zich hier niet in kunnen vinden dan verzoeken wij u dit aan te geven.

Kamerbrief

Eind november stuurt de minister van VWS mede namens u een brief naar de Tweede Kamer met de veranderingen in de zorgsector per 1 januari 2015. In die brief zal ook een fiscale paragraaf worden opgenomen, waarmee de toezegging in nota naar aanleiding van het verslag Belastingplan 2014 gestand wordt gedaan. Deze tekst zal nog aan u worden voorgelegd. Het is de bedoeling om de akkoordbrief van en de brief aan de Tweede Kamer op of omstreeks dezelfde dag te laten uitgaan.



TER BESLISSING
Aan
de Staatssecretaris

SPOED: REACTIE UITERLIJK 2 DECEMBER 2013

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

notitie

Medisch specialisten

Datum
29 november 2013

Notifienummer
DGB/2013/6509

Rubriek
Belastingen

Auteur

Paraaf
de Staatssecretaris

Via
MT DGBel

Via
de secretaris-generaal

telakkoord

Van
cluster Fiscaliteit

Kopie aan
de Minister
PA (2x)
Communicatie

Medeparaaf
de directeur Algemene
Fiscale Zaken

Bijlagen
2

Aanleiding

Bijgaand treft u aan de concept-voorhangbrief integrale tarieven van de Minister van VWS die mede namens u zal worden verzonden aan de Tweede Kamer (bijlage 1). Op pagina 3 is de fiscale paragraaf opgenomen. Deze brief zal voorafgaand aan verzending in de Ministerraad worden behandeld. De minister van VWS zal zorg dragen voor indiening in de Ministerraad. Na instemming van de Ministerraad zal de akkoordbrief van DGBel aan de veldpartijen gelijktijdig met de brief aan de Tweede Kamer worden verzonden.

In het memo van 13 november 2013, DGB 2013/6177 bent u al geïnformeerd dat overeenstemming is bereikt met de NVZ, OMS, hun belastingadviseurs, het Ministerie van VWS over een aantal mogelijke nieuwe beheersmodellen waarin (m.i.v. 2015) de verhouding tussen ziekenhuizen en specialisten kan worden vormgegeven (bijlage 2). Bij twee van die modellen blijft ook in 2015 het fiscaal ondernemerschap voor vrijgevestigde specialisten in beginsel mogelijk, maar uitsluitend als deze specialisten daadwerkelijk (ondernemers)risico gaan dragen. Daarbij valt met name te denken aan het in dienst nemen van personeel en het investeren in bedrijfsmiddelen door de specialistenmaatschap. Of daadwerkelijk sprake is van ondernemerschap wordt (achteraf) afgeleid uit de feiten en omstandigheden.

Beslispunt

Bent u akkoord met de fiscale paragraaf op pagina 3 van de concept-voorhangbrief integrale tarieven van de Minister van VWS die mede namens u zal worden verzonden aan de Tweede Kamer.

Toelichting

In voormeld bijgevoegd memo bent u op de hoogte gebracht van de stand van zaken met betrekking tot de mogelijke nieuwe beheersmodellen m.i.v. 2015 en de fiscale aspecten daarvan.

De Minister van VWS heeft recent aangegeven dat zij het akkoord van de Ministerraad wil hebben voorafgaand aan verzending van de brief aan de Tweede Kamer. Hieronder treft u de fiscale passage aan uit de brief:

Fiscale aspecten

De invoering van integrale tarieven heeft ook fiscale aspecten, die overigens niet behoren tot de zakelijke inhoud van de aanwijzing. Het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarmee samenhangende vervallen van het debiteurenrisico leidt er in beginsel toe dat niet langer sprake kan zijn van fiscaal ondernemerschap. In voormeld bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 is afgesproken dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in vrij beroep. In gezamenlijk overleg tussen de ministeries van Financiën en VWS, de Belastingdienst, de NVZ en Orde is vanuit die invalshoek inmiddels een aantal samenwerkings- en participatiemodellen (met maatschapstructuur en BV-structuur) uitgewerkt die enerzijds recht doen aan het uitgangspunt van gelijkgerichtheid van belangen tussen instelling en medisch specialisten en anderzijds de keuze voor vrij beroep of dienstverband in stand laten. Het is vervolgens aan individuele partijen om deze modellen op lokaal niveau praktisch vorm te geven.

In die praktische vormgeving is behoud van fiscaal ondernemerschap voor vrijgevestigde specialisten in principe mogelijk, maar uitsluitend als deze specialisten daadwerkelijk in fiscale zin (ondernemers)risico gaan lopen. Daarbij valt met name te denken aan het in dienst nemen van personeel, het investeren in bedrijfsmiddelen door de specialistenmaatschap of het samen met het ziekenhuis deelnemen in het ziekenhuisbedrijf. Of daadwerkelijk sprake is van ondernemerschap wordt (achteraf) afgeleid uit de feiten en omstandigheden. Vrijgevestigde specialisten die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten zullen onder integrale bekostiging in de regel niet langer aangemerkt worden als fiscaal ondernemer en zullen daarom de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten verliezen. Een en ander conform hetgeen daarover opgenomen is in het regeerakkoord.

Daarnaast adviseert de NZa in zijn advies te bezien hoe onder integrale tarieven de door de NZa vast te stellen algemene prestatie 'onderlinge dienstverlening' zich verhoudt tot de btw-vrijstelling voor zorg. De NZa verwacht dat de zorgaanbieder de btw die aan hem is berekend voor ingehuurde diensten, weer zal willen doorberekenen aan de zorgverzekeraar. De NZa vraagt de btw-vrijstelling nader tegen het licht te houden met het oog op het vrijstellen van deze ingehuurde diensten. Ik merk daarover op dat de exacte positie voor de btw en het al dan niet van toepassing zijn van een vrijstelling afhankelijk is van de feiten en omstandigheden van het geval. Op dit punt kan dus pas beoordeeld worden of de onderlinge dienstverlening tot een toename van de btw-druk leidt als de nieuwe systematiek voldoende gedetailleerd uitgewerkt is. Of de btw-kosten inderdaad zullen toenemen is dus niet bekend. Uiteraard zal in dit kader aandacht moeten worden besteed aan de eventuele toepassing van een btw-vrijstelling. In dit kader acht ik nader overleg met het ministerie van Financiën nodig. Een uitbreiding van de huidige btw-vrijstellingen voor de gezondheidszorg tot andere, bijvoorbeeld secretariële diensten die bij derden worden ingekocht, is niet mogelijk."

Regeerakkoord

Als achtergrondinformatie is van belang dat in het Regeerakkoord de volgende passage is opgenomen over medisch specialisten: "Het rapport van de commissie-Meurs is leidraad bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. Het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten vervalt in 2015, als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt. De vorming van mega- of regiomaatschappen wordt ontmoedigd."

Bestuurlijk akkoord 16 juli 2013

In het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 van 16 juli 2013 waarbij de Minister van VWS ook partij is, is het volgende opgenomen:

"3.2 Invoering integrale bekostiging medisch specialistische zorg

a. VWS, Orde en NVZ zijn in het convenant bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012 -2014 overeengekomen dat met ingang van 1 januari 2015 invoering van integrale tarieven voor medisch specialistische zorg plaatsvindt. De invoering van integrale bekostiging wordt onverkort doorgezet en zal ingaan per 2015. Door het integreren van het macrobudget voor de medisch specialisten met dat van de ziekenhuizen kunnen partijen de interne organisatie van de te leveren zorg beter afstemmen op de behoeften en wensen van patiënten. Dat komt de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg ten goede. De invoering van integrale tarieven draagt eraan bij dat de (financiële) belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten meer gelijkgericht worden.

b. *Partijen onderschrijven dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het vrij beroep. De keuze voor vrij beroep of dienstverband wordt gemaakt door medisch specialist én instelling op basis van lokale en individuele afwegingen. NVZ, Orde, VWS en het ministerie van Financiën onderzoeken gezamenlijk de mogelijkheden. Medio september 2013 zijn deze mogelijkheden in kaart gebracht. Bij het onderzoeken van de mogelijkheden is gelijkgerichtheid van belangen tussen instelling en medisch specialisten een belangrijk uitgangspunt. Dit is mede van belang om invulling te geven aan de ambitieuze doelstellingen zoals deze in dit akkoord zijn verwoord."*

Technische briefing leden van de PvdA-fractie over de VAR, schijnzelfstandigheid en medisch specialisten

Verder is nog van belang dat woensdag 27/11/2013 er een technische briefing is geweest aan leden van de PvdA-fractie over de VAR, schijnzelfstandigheid en medisch specialisten. M.b.t. tot dat laatste punt is toegelicht waarom medisch specialisten als ondernemer kunnen worden aangemerkt. Ook is aangegeven dat er overleg met veldpartijen heeft plaatsgevonden over beheersmodellen die vanaf 2015 kunnen worden gehanteerd.

Bijlage 1

Concept-voorhangbrief integrale tarieven

Op 19 juni 2013 (TK 2012-2013 32 620, nr. 88) heb ik u het NZa-advies omtrent regiomaatschappen aangeboden. Ik heb daarbij aangegeven dat ik na de zomer van 2013 met een reactie zou komen op het toen nog aanstaande NZa-advies over de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Inmiddels heeft de NZa dat advies opgeleverd, inclusief een aanvullend advies met betrekking tot de invoering van integrale tarieven voor kaakchirurgie (beide adviezen zijn bijgevoegd). In deze brief zal ik nader in gaan op de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Ik ben onlangs in een separate mededingingsbrief (pm kenmerk) ingegaan op het NZa-advies en de huidige ACM-beleidslijn omtrent regiomaatschappen.

Deze brief bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven over de invoering met ingang van 2015 van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Overeenkomstig artikel 8 van de WMO ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Indien van de kant van een van de Kamers in die periode vragen worden gesteld zal ik die uiteraard zo spoedig mogelijk beantwoorden. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

Integrale bekostiging

Waarom doen we het?

Invoering van integrale bekostiging is een cruciale volgende stap in de ontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Deze vervolgstap is noodzakelijk omdat de bestaande regulering ten eerste forse belemmeringen oplevert voor taakherschikking. Ook selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars wordt erdoor bemoeilijkt. Ten slotte heeft de bestaande regulering tot gevolg dat (financiële) belangen van instelling en specialisten niet altijd gelijk op lopen. Dat zet een onnodige rem op het realiseren van doelmatigheid en kwaliteit binnen de instellingen.

Om deze redenen heeft de commissie Meurs (TK 2012-2013, 29248, nr. 240) eerder al geadviseerd om de overstap te maken naar integrale tarieven. Deze maatregel scoort volgens de commissie goed op met name de toetsingscriteria macrobeheersing en kwaliteit en doet recht aan de lokale dynamiek en de noodzaak om de belangen van instelling en specialist zoveel mogelijk op één lijn te brengen. De commissie acht het van groot belang dat juist op het niveau van het ziekenhuis tussen Raad van Bestuur en medische staf afspraken worden gemaakt over productie, kwaliteit en doelmatigheid. De commissie is een sterke voorstander van deze decentrale benadering, die tevens met zich mee brengt dat de verzekeraar een stevige inkooprol op zich neemt.

Op 29 november 2012 heb ik u de kabinetsreactie bij het rapport van de commissie Meurs (TK 2012-2013 29248, nr. 242) over de bekostiging van medisch specialisten aangeboden. Daarin heb ik aangegeven dat het kabinet het advies heeft overgenomen en in het regeerakkoord heeft opgenomen het rapport van de commissie als leidraad te zullen hanteren bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. De overgang naar integrale tarieven wordt tevens volledig door zorgaanbieders en medisch specialisten onderschreven, getuige de hierover gemaakte afspraken in het eerdere hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg uit 2011 (TK 2010-2011 29248, nr. 215) die in het bestuurlijke akkoord van 16 juli 2013 jongstleden bevestigd zijn (TK 2012-2013 29248, nr. 257).

Wat moet er gebeuren?

Ik heb de NZa begin dit jaar gevraagd een advies uit te brengen over de bekostigingsaspecten en randvoorwaarden voor de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg met ingang van 2015. Dit advies is bijgevoegd bij deze brief.

De NZa geeft in het advies aan dat de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg het opheffen van de huidige deelregulering van de honorariumtarieven van medisch specialisten behelst. Die deelregulering bestaat uit een aantal elementen. Ten eerste is er

op dit moment sprake van aparte tariefregulering voor ziekenhuiskosten en voor specialistenhonoraria. Daarnaast is er sinds 2012 sprake van een zogenaamd beheersmodel (inclusief honorariumomzetplafonds) voor vrijgevestigd medisch specialisten. Ten slotte gelden er nu gescheiden macrokaders voor ziekenhuiskosten en voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten.

Afschaffen van deze deelregulering impliceert dat verzekeraars en Raden van Bestuur van instellingen voor het eerst zullen onderhandelen over daadwerkelijk integrale tarieven van zorgproducten. Dat wil zeggen: volledig vrij in het vrije segment en in het gereguleerde segment onder het door de NZa vastgestelde integrale maximumtarief. De Raad van Bestuur van de instelling onderhandelt met de ten behoeve van die instelling werkzame vrijgevestigde specialisten over hun honorarium.

Ik ben voornemens het NZa-advies over te nemen en met ingang van 2015 de honorariumtarieven vrij te geven. De bestaande indeling van zorgproducten in vrij en gereguleerd segment wil ik, conform NZa-advies, ongewijzigd gelaten. Net als in de huidige situatie zal er een (integraal) maximumtarief worden gehanteerd in het gereguleerde segment en (integrale) vrije prijzen in het vrije segment. Daarnaast ben ik voornemens de macrokaders voor ziekenhuiskosten en honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten samen te voegen. Dit impliceert dus ook de afschaffing van het huidige beheersmodel en de bijbehorende honorariumomzetplafonds. De beheersing van de uitgaven binnen het integrale macrokader zal worden vormgegeven door middel van het macrobeheersinstrument.

Tevens wil ik het aanvullende advies van de NZa overnemen om in 2015 over te gaan op integrale tarieven voor kaakchirurgie. Het bestaande macrokader voor de honoraria van kaakchirurgen zal daarom met ingang van 2015 worden samengevoegd met de eerdergenoemde kaders voor ziekenhuiskosten en vrijgevestigd medisch specialisten.

Wat zijn de gevolgen?

Governance

De NZa geeft aan dat binnen de huidige deelregulering instellingen voor medisch-specialistische zorg en (vrijgevestigd) medisch specialisten als aparte spelers kunnen worden beschouwd. Beide spelers kunnen nu nog zelfstandig declareren aan de zorgverzekeraar of patiënt. De NZa is van mening dat bij het vervallen van de deelregulering het past om - in ieder geval in het kader van de bekostiging - beide spelers, op het lokale niveau van de instelling (het ziekenhuis of de ZBC), als één geheel te beschouwen. Het denken in gescheiden sferen kan immers ten koste gaan van de doelmatigheid die behaald kan worden met de integrale benadering. Ik ben het hier mee eens. Zoals ook door de commissie Meurs signaleerd zal de medisch specialist onder integrale tarieven meer worden beschouwd als één van de mogelijke productiefactoren en zal deze een meer integraal onderdeel vormen van de onderhandelingen tussen instellingen en verzekeraars. Ook binnen instellingen zal door deze stap een stimulans uitgaan richting een meer gelijk speelveld tussen Raden van Bestuur en medisch specialisten.

De NZa merkt overigens op dat deze systematiek, waarbij het declaratierecht bij de instelling zal komen te liggen, inhoudt dat extramuraal werkende specialisten in solopraktijk niet meer rechtstreeks aan de zorgverzekeraar of patiënt kunnen declareren. De NZa adviseert daarom nader te bezien of het nodig is om in het Uitvoeringsbesluit WTZi vrijgevestigd medisch specialisten in solopraktijk als aparte categorie te vermelden. Ik heb evenwel moeten constateren dat deze route geen oplossing zal bieden voor het door de NZa signaleerde vraagstuk. Ik zal de NZa daarom opdragen dit punt via aanpassing van de door de NZa zelf vast te stellen declaratiebepalingen op te lossen.

Kwaliteit en toegankelijkheid

Aan de hand van integrale tarieven kan door verzekeraars en instellingen worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Dit leidt er toe dat zorgaanbieders meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten, rekening houdend met kwaliteit en toegankelijkheid.

Taakherschikking is een hiermee nauw verweven thema. Daarover heb ik de Tweede Kamer in een brief op 22 april 2013 (TK 2012-2013 29689, nr. 437) geïnformeerd dat ik per 2015, parallel aan de invoering van integrale tarieven, een aantal bestaande regels omtrent registratie en declaratie van zorgaanbieders die taakherschikking op dit moment belemmeren door de NZa zal laten aanpassen.

Macrobeheersing

De macrobeheersing zal vanaf 2015 worden gerealiseerd door het beheersen van de totale uitgaven voor medisch-specialistische zorg (i.e. ziekenhuiskosten, honoraria medisch specialisten en honoraria kaakchirurgen) aan de hand van het macrobeheersinstrument. Onder integrale tarieven is er geen apart honorariumtarief meer, zodat de sturing op macroniveau zich niet meer toespitst op de afgezonderde honorariumuitgaven. Zorgverzekeraars onderhandelen over de integrale prijs van een DOT-zorgproduct en kunnen, bijvoorbeeld door in de inkoop rekening te houden en/of te sturen op taakherschikking en substitutie, indirect invloed uitoefenen op de honorariumuitgaven. Ten slotte zal VWS de ontwikkeling van de ziekenhuiskosten en de honoraria van medisch specialisten afzonderlijk blijven monitoren.

Fiscale aspecten

De invoering van integrale tarieven heeft ook fiscale aspecten, die overigens niet behoren tot de zakelijke inhoud van de aanwijzing. Het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarmee samenhangende vervallen van het debiteurenrisico leidt er in beginsel toe dat niet langer sprake kan zijn van fiscaal ondernemerschap. In voormeld bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 is afgesproken dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in vrij beroep. In gezamenlijk overleg tussen de ministeries van Financiën en VWS, de Belastingdienst, de NVZ en Orde is vanuit die invalshoek inmiddels een aantal samenwerkings- en participatiemodellen (met maatschapstructuur en BV-structuur) uitgewerkt die enerzijds recht doen aan het uitgangspunt van gelijkgerichtheid van belangen tussen instelling en medisch specialisten en anderzijds de keuze voor vrij beroep of dienstverband in stand laten. Het is vervolgens aan individuele partijen om deze modellen op lokaal niveau praktisch vorm te geven. In die praktische vormgeving is behoud van fiscaal ondernemerschap voor vrijgevestigde specialisten in principe mogelijk, maar uitsluitend als deze specialisten daadwerkelijk in fiscale zin (ondernemers)risico gaan lopen. Daarbij valt met name te denken aan het in dienst nemen van personeel, het investeren in bedrijfsmiddelen door de specialistenmaatschap of het samen met het ziekenhuis deelnemen in het ziekenhuisbedrijf. Of daadwerkelijk sprake is van ondernemerschap wordt (achteraf) afgeleid uit de feiten en omstandigheden. Vrijgevestigde specialisten die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten zullen onder integrale bekostiging in de regel niet langer aangemerkt worden als fiscaal ondernemer en zullen daarom de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten verliezen. Een en ander conform hetgeen daarover opgenomen is in het regeerakkoord.

Daarnaast adviseert de NZa in zijn advies te bezien hoe onder integrale tarieven de door de NZa vast te stellen algemene prestatie 'onderlinge dienstverlening' zich verhoudt tot de btw-vrijstelling voor zorg. De NZa verwacht dat de zorgaanbieder de btw die aan hem is berekend voor ingehuurde diensten, weer zal willen doorberekenen aan de zorgverzekeraar. De NZa vraagt de btw-vrijstelling nader tegen het licht te houden met het oog op het vrijstellen van deze ingehuurde diensten. Ik merk daarover op dat de exacte positie voor de btw en het al dan niet van toepassing zijn van een vrijstelling afhankelijk is van de feiten en omstandigheden van het geval. Op dit punt kan dus pas beoordeeld worden of de onderlinge dienstverlening tot een toename van de btw-druk leidt als de nieuwe systematiek voldoende gedetailleerd uitgewerkt is. Of de btw-kosten inderdaad zullen toenemen is dus niet bekend. Uiteraard zal in dit kader aandacht moeten worden besteed aan de eventuele toepassing van een btw-vrijstelling. In dit kader acht ik nader overleg met het Ministerie van Financiën nodig. Een uitbreiding van de huidige btw-vrijstellingen voor de gezondheidszorg tot andere, bijvoorbeeld secretariële diensten die bij derden worden ingekocht, is niet mogelijk.

Op weg naar 2015

In het akkoord medisch-specialistische zorg is afgesproken dat er middelen beschikbaar worden gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren en dat betrokken partijen voor 1 februari 2014 afspraken zullen maken over de wijze waarop een objectieve en transparante

toekenning van deze middelen kan plaatsvinden. Deze middelen zijn ook in de premiebijlage bij de VWS-begroting 2014 verwerkt. Op dit moment vinden hierover verkennende gesprekken plaats met de bij het akkoord medisch-specialistische zorg betrokken partijen. Ik zal u hierover in de eerste helft van 2014 nader informeren.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E.I. Schippers

Mede namens de staatssecretaris van Financiën,

mr. drs. F.H.H. Weekers

Bijlage 2



Ministerie van Financiën

Spood: reactie uiterlijk 18 november 2013

Aan
Staatssecretaris

16/11 akkoord

paraaf
MT DGBel

tel akkoord 13/11/2013

medepart

AFF

memo

Fiscale behandeling voorgestelde beheersmodellen
medisch specialisten per 1-1-2015

Ter informatie

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

Datum
13 november 2013

Auteur

DGB 2013/6177

Aanleiding en achtergrond

In beginsel vervalt per 1 januari 2015 voor de vrijgevestigde medisch specialisten (MS) het fiscaal ondernemerschap. Dat houdt verband met het feit dat het zelfstandig declaratierecht van MS komt te vervallen, omdat er vanaf 1 januari 2015 gedeclareerd zal worden met een integraal tarief voor medisch specialist en ziekenhuis gezamenlijk. Dit is afgesproken in het regeerakkoord Rutte II.

In het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg van 16 juli 2013 is aangegeven dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het vrij beroep (zie bijlage 1).¹

Besprekingen met OMS, NVZ en VWS

Vanaf medio juli 2013 hebben er diverse besprekingen plaatsgevonden tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), hun belastingadviseurs, het Ministerie van VWS en het Ministerie van Financiën/Belastingdienst over een aantal mogelijke nieuwe beheersmodellen waarin (m.i.v. 2015) de verhouding tussen ziekenhuizen en specialisten kan worden vormgegeven. Insteek van OMS is om het ondernemerschap te behouden, zodat er voor de medisch specialist een keuzemogelijkheid en een alternatief voor loondienst blijft bestaan. Daartoe zien wij mogelijkheden, mits er aanvullende ondernemersrisico's worden gelopen die het gemis aan het zelfstandig declaratierecht compenseren. Daarbij kan worden gedacht van het aannemen van medisch en niet-medisch personeel en plegen van investeringen. Het moet daarbij gaan om voldoende substantie zodat daarmee ondernemersrisico's worden gelopen.

Tijdens deze besprekingen is door de OMS en NVZ de wens geuit

- i) tot vorming van een (of meerdere) goodwillfonds(en) te kunnen overgaan en
- ii) dat voor de btw zekerheid wordt verstrekt in die zin dat vooruitlopend op het wetsvoorstel winstuitkering nu wordt toegezegd, dat (in de vorm van een beleidsbesluit) goedgekeurd zal worden dat ziekenhuizen, die in de vorm van een VOF samenwerken met medisch specialisten, de medische vrijstelling voor ziekenhuizen mogen blijven

¹ Zie onderdeel 3.2.b op p. 5 van onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 van 16 juli 2013. Naast veldpartijen is de Minister van VWS ook partij bij dit akkoord.

toepassen ingeval de btw-vrijstelling voor ziekenhuizen wettelijk nog niet is ontdaan van het verbod op het streven naar winst.

Beide kwesties zijn aan u voorgelegd in de notities DGB 2013/5548 en DGB 2013/5179 (zie bijlage 2 resp. 3). U heeft hierop positief beslist (DGB 2013/5548 na gesprek met d.d. 10-10-2013).

Naar aanleiding van vragen van de PvdA-fractie is geantwoord in de nota naar aanleiding van het verslag Belastingplan 2014 dat de Kamer zal worden geïnformeerd zodra het overleg met de OMS en de NVZ is afgerond (zie bijlage 4).

Overeenstemming met OMS/NVZ

Sluitstuk van de besprekingen is dat door de OMS en de NVZ aan ons een conceptbrief is voorgelegd met vier beheersmodellen en de fiscale behandeling daarvan. Het gaat daarbij om twee modellen met betrekking tot fiscaal ondernemerschap en twee modellen over een BV-structuur. De OMS en de NVZ willen deze modellen met een positief advies aanbieden aan hun leden. Hoewel de formulering nog op tal van punten moet worden aangepast, bestaat over de inhoud daarvan geen verschil van mening (de versie met doorvoering van onze revisies is als bijlage 5 opgenomen).

De aangepaste conceptbrief zal binnenkort aan ons worden voorgelegd. In een nog te verzenden uitgaande brief zal aangegeven dat de brief van de OMS/NVZ een juiste weergave is van hetgeen is overeengekomen. In die brief zal overigens ook worden aangegeven dat

- i) uiteindelijk de feiten en omstandigheden zoals zij zich daadwerkelijk hebben voorgedaan, beslissend zijn voor de fiscale duiding en
- ii) dat gebruikmaking van een LLP-structuur onwenselijk is en dat daarover geen positieve zekerheid vooraf zal worden verstrekt. Mocht er in een bepaald geval toch voor de een LLP worden gekozen, dan zal de Belastingdienst daar kritisch naar kijken.

De in de brief van de OMS/NVZ voorgelegde beheersmodellen worden 15-11 (vrijdag) door ambtenaren van VWS besproken met hun Minister. Het gaat daarbij om de beheersmodellen an sich (en niet om de fiscale duiding daarvan). Onze inschatting is (en dat is ook door ambtelijk VWS bevestigd) dat de Minister van VWS hiertegen geen bezwaren zal hebben.

Begin volgende week willen wij de aangepaste conceptbrief naar de OMS/NVZ retourneren. Mocht u zich hier niet in kunnen vinden dan verzoeken wij u dit aan te geven.

Kamerbrief

Eind november stuurt de minister van VWS mede namens u een brief naar de Tweede Kamer met de veranderingen in de zorgsector per 1 januari 2015. In die brief zal ook een fiscale paragraaf worden opgenomen, waarmee de toezegging in nota naar aanleiding van het verslag Belastingplan 2014 gestand wordt gedaan. Deze tekst zal nog aan u worden voorgelegd. Het is de bedoeling om de akkoordbrief van en de brief aan de Tweede Kamer op of omstreeks dezelfde dag te laten uitgaan.



Ministerie van Financiën

> Retouradres Postbus 20201 2500 EE Den Haag

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Orde van Medisch Specialisten

Per e-mail verzonden

**Directoraat-Generaal
Belastingdienst**

Korte Voorhout 7
2511 CW Den Haag
Postbus 20201
2500 EE Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen

Datum 18 december 2013

Betreft akkoord fiscale behandeling samenwerking medisch
specialisten/ziekenhuizen vanaf 1 januari 2015

Uw kenmerk
10008350/kn.hp

Dns kenmerk
DGB 2013-6904 U

Geachte

In uw gezamenlijke brief van 17 december 2013 is een aantal transparante en niet-transparante besturingsmodellen of organisatiemodellen uitgewerkt in verband met de invoering per 1 januari 2015 van de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg en de voorgenomen afschaffing van het zelfstandig declaratierecht van medisch specialisten die als vrij beroepsbeoefenaren werkzaam zijn.

Deze besturingsmodellen of organisatiemodellen en de geschetste fiscale uitwerking daarvan zijn een juiste weergave van hetgeen wij hebben besproken. Bij de beoordeling van de voorgelegde modellen vormen de huidige wettelijke bepalingen het uitgangspunt.

Ik hecht er aan te benadrukken dat de beoordeling van individuele situaties (achteraf) door de Belastingdienst zal plaatsvinden aan de hand van de feiten en omstandigheden zoals zij zich hebben voorgedaan.

Voor de goede orde merk ik op dat ik geen mening heb over de bij uw brief gevoegde factsheet.

Zoals eerder is opgemerkt, is het ministerie van Financiën niet bereid zekerheid vooraf te verstrekken over de fiscale behandeling van de Limited Liability Partnership (LLP). Het ministerie vindt in dit geval het gebruik van de LLP onwenselijk. De Belastingdienst zal dan ook geen vooroverleg voeren over een structuur waarbij van de LLP gebruik wordt gemaakt. Mocht dit in de praktijk toch plaatsvinden, dan zal dit door de Belastingdienst kritisch worden getoetst.

Tot slot spreek ik de bereidheid uit eventuele vragen die opkomen bij de nadere uitwerking van goodwillangelegenheden, daaronder begrepen de situatie van de overgang van ondernemerschap naar dienstbetrekking, te zullen beantwoorden.

Hoogachtend,

DE STAATSSECRETARIS VAN FINANCIËN,
namens deze,

Drs. T.W.M. Poolen
Lid Managementteam Belastingdienst



TER BESLISSING

Aan
de Staatssecretaris

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

notitie

Fiscale aspecten goodwillfonds/transitiefonds voor
medisch specialisten

Datum
20 juni 2014
Notitienummer
DGBel 2014/3369
Rubriek
Winst
Auteur

Paraaf
de Staatssecretaris

Via
SG

Via
~~de directeur Directie~~
Belastingen

Via
MT DGBel

Via
de directeur Algemene
Fiscale Politiek

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan
Bijlagen
4

Aanleiding

In het najaar 2013 heeft overleg plaatsgevonden tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), het Ministerie van VWS (hierna: VWS) en het Ministerie van Financiën (hierna: FIN) over een aantal mogelijke nieuwe besturingsmodellen of organisatie modellen waarin (m.i.v. 2015) de verhouding tussen ziekenhuizen en de medisch specialisten (hierna: MS) kan worden vormgegeven. Insteek van de OMS was om het ondernemerschap te behouden, zodat er - zoals was overeengekomen in het zorgakkoord van 16 juli 2013 - voor de MS een keuzemogelijkheid en een alternatief voor loondienst blijft bestaan.

In de afspraken die naar aanleiding van het overleg zijn vastgelegd, heeft FIN aangegeven bereid te zijn eventuele vragen over goodwillaangelegenheden nog te zullen beantwoorden. In april en mei 2014 hebben gesprekken plaatsgevonden tussen FIN en de veldpartijen over de opzet van een lokaal (aan het ziekenhuis verbonden) goodwillfonds, door de veldpartijen overigens aangeduid als transitiefonds. Tijdens die gesprekken zijn alle bij de veldpartijen levende fiscale vragen met betrekking tot de IB, de LB, de VPB, de BTW en de OVB behandeld en beantwoord.

Beslispunten

Onder voorbehoud van uw instemming is op hoofdlijnen over de transitiefonds het volgende met de veldpartijen overeengekomen (het concept gespreksverslag is als bijlage 1 opgenomen):

- De aanspraken die de MS krijgen op het transitiefonds worden op dat moment niet in de heffing betrokken. De uitkeringen uit de transitiefonds vormen t.z.t. een nagekomen ondernemingsbate (en

- vallen dus niet in de loonsfeer). Aldus wordt voor wat betreft de heffing aangesloten bij het moment waarop de uitkeringen plaatsvinden;
- Iedere MS sluit een vaststellingsovereenkomst met de Belastingdienst over de fiscale behandeling nu en in de toekomst m.b.t. zijn aanspraak op en de uitkering uit het transitiefonds; ✓
 - Bij het thans niet belasten van de aanspraak op de transitiefonds wordt - teneinde precedentwerking te vermijden - zoveel mogelijk aangesloten bij de voorwaarden die destijds zijn gesteld aan het Goodwillfonds Huisartsen; ✓
 - Tijdens de besprekingen in het najaar 2013 heeft uw ambtsvoorganger desgevraagd ingestemd met een benadering van de MS conform de destijds met de huisartsen getroffen regeling.¹ Dat was echter niet meer dan een "in beginsel"-instemming. ✓
 - De transitiefonds zullen t.z.t. aan de Belastingdienst rensignereren welke bedragen zij aan de individuele MS uitkeren; ✓

Achtergrond

Situatie 1 januari 2015

In beginsel vervalt per 1 januari 2015 voor de vrijgevestigde medisch specialisten het fiscaal ondernemerschap. Dit is afgesproken in het regeerakkoord Rutte II. In het daarna gesloten zorgakkoord d.d. 16 juli 2013 is ruimte geboden om een keuzemogelijkheid open te houden voor de MS tussen dienstbetrekking en ondernemerschap. Afgesproken is dat vanaf 1 januari 2015 gedeclareerd zal worden met een intégraal tarief: één tarief voor medisch specialist (hierna: MS) en ziekenhuis gezamenlijk. Het verlies van het zelfstandig declaratierecht door de MS en het dus niet langer "via" het ziekenhuis kunnen declareren, brengt - ceteris paribus - mee dat zij fiscaal niet langer als ondernemer aangemerkt kunnen worden. Als daarentegen MS substantieel meer risico's gaan lopen ten aanzien van het in dienst nemen van personeel en het verrichten van investeringen, kan het ondernemerschap behouden blijven.

Akkoord veldpartijen en FIN december 2013

Het eerder genoemde overleg van najaar 2013 heeft geresulteerd in een aantal afspraken die zijn vastgelegd in een brief van 17 december 2013 van de NVZ aan FIN (bijlage 2). In de antwoordbrief van 18 december 2013, nr. DGB 2013-6904U, heeft FIN de afspraken bevestigd (bijlage 3). Tevens is in laatstgenoemde brief aangegeven dat FIN bereid is eventuele vragen die opkomen bij de verdere uitwerking van de goodwillaangelegenheden te beantwoorden. Het gaat in dat verband om de fiscale behandeling van een transitiefonds om de overstap naar loondienst te faciliteren.

Transitiefonds MS

Uitgangspunt is dat een ziekenhuis met de vrijgevestigde MS overeenkomt dat zij overstappen naar een loondienstsituatie bij het ziekenhuis. Door de huidige MS is in het verleden vaak goodwill betaald ter gelegenheid van de toetreding tot de maatschap, van waaruit de praktijk wordt uitgeoefend. In een vrijgevestigde situatie zouden de MS bij uittreden weer een bedrag ontvangen van hun opvolger. Als echter gekozen wordt voor een loondienstsituatie, dan is deze betaling bij uittreden niet meer aan de orde en lopen de MS een vergoeding voor hun goodwill mis. Een oplossing zou gevonden kunnen worden in de oprichting van van (lokale) transitiefonds. Middels een dergelijk fonds kan een ziekenhuis de MS onder voorwaarden voor goodwill compenseren. Een deel van

¹ Het Besluit staatssecretaris van Financiën 9 maart 2001, nr. CPP2000/3022 is als bijlage 4 opgenomen (update eerdere besluit n.a.v. invoering Wet IB 2001).

de financiering is afkomstig zijn van VWS (de Subsidieregeling transitiegelden). VWS denkt daarbij aan een vergoeding van ca € 100.000 per MS. Afhankelijk van de individuele afspraken tussen ziekenhuis en MS kan dat bedrag door het ziekenhuis eventueel worden aangevuld.

Besprekingen april/mei 2014

In april en mei 2014 hebben naar aanleiding van de toezegging van FIN in de brief van 18 december 2013 gesprekken plaatsgevonden tussen FIN en de veldpartijen over de opzet van dergelijke lokale goodwillfondsen, door de veldpartijen overigens aangeduid als transitiefondsen (zie vorige alinea). Tijdens die gesprekken zijn alle bij de veldpartijen levende fiscale vragen met betrekking tot de IB, de LB, de VPB, de BTW en de OVB behandeld en beantwoord. Op deze manier zijn de MS goed geïnformeerd en kunnen zij in de tweede helft van 2014 een verantwoorde keuze maken tussen enerzijds de overstap naar een dienstbetrekking bij het ziekenhuis en anderzijds de in de brief van 17 december 2013 aangegeven mogelijkheden (samenwerkingsmodel of participatiemodel).



TER INFORMATIE
Aan
de Staatssecretaris

Direcoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

notitie

Fiscale aspecten goodwillfonds/transitiefonds voor
medisch specialisten

Datum
8 juli 2014
Notitienummer
DGBel 2014/4069
Rubriek
Winst
Auteur

Paraaf
de Staatssecretaris

Via
de SG

Via
de DGBel

Via
MT DGBel

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan
Bijlagen
1

Aanleiding

In de notitie van 20 juni 2014, nr. DGBel 2014/3369 (zie bijlage), hebt u een aantal vragen gesteld, waaruit blijkt dat sprake is van een misverstand. U heeft de volgende opmerkingen gemaakt: "Begrijp ik het goed; ze kunnen eventueel ondernemer blijven, maar zonder behorende fiscale voordelen" (...) "Geen belastingvoordelen meer voor specialisten? Realiseerde ik me niet." Deze notitie beoogt dit bij u levende misverstand weg te nemen. Hierna wordt een citaat uit een eerdere brief aan de Tweede Kamer opgenomen over de fiscale positie van medisch specialisten per 1 januari 2015. Vervolgens worden er vier situaties geschetst die zich dan kunnen voordoen.

Toelichting

De brief van 18 december 2013

Aan de Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 18 december 2013, nr. 184690-115598-CZ die mede namens uw ambtvoorganger aan de Tweede Kamer is verzonden, ontleen ik de volgende passage:

"De invoering van integrale tarieven heeft ook fiscale aspecten, die overigens niet behoren tot de zakelijke inhoud van de aanwijzing. Het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarmee samenhangende vervallen van het debiteurenrisico leidt er in beginsel toe dat niet langer sprake kan zijn van fiscaal ondernemerschap. In voormeld bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 is afgesproken dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in vrij beroep. In gezamenlijk overleg tussen de ministeries van Financiën en VWS, de Belastingdienst, de NVZ en Orde is vanuit die invalshoek inmiddels een aantal samenwerkings- en participatiemodellen (met maatschapstructuur en BV-structuur) uitgewerkt die enerzijds recht doen aan het uitgangspunt van gelijkgerichtheid van belangen tussen Instelling en medisch specialisten en anderzijds de keuze voor vrij beroep of dienstverband in stand laten. Het is vervolgens aan individuele partijen om deze modellen op lokaal niveau praktisch vorm te geven. In die praktische

vormgeving is behoud van fiscaal ondernemerschap voor vrijgevestigde specialisten in principe mogelijk, maar uitsluitend als deze specialisten daadwerkelijk in fiscale zin (ondernemers)risico gaan lopen, net als alle andere ondernemers. Daarbij valt met name te denken aan het in dienst nemen van personeel, het investeren in bedrijfsmiddelen door de specialistenmaatschap of het samen met het ziekenhuis deelnemen in het ziekenhuisbedrijf. Of daadwerkelijk sprake is van ondernemerschap wordt (achteraf) afgeleid uit de feiten en omstandigheden. Vrijgevestigde specialisten die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten zullen onder integrale bekostiging in de regel niet langer aangemerkt worden als fiscaal ondernemer en zullen daarom de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten verliezen. Een en ander conform hetgeen daarover opgenomen is in het regeerakkoord."

Vier situaties medisch specialisten per 1 januari 2015

Voor de thans vrijgevestigde medisch specialisten (die fiscaal ondernemer zijn) betekent dit dat er met ingang van 1 januari 2015 vier mogelijkheden zijn:

1. Zij blijven passief, ondernemen geen actie en worden om die reden getroffen door de gevolgen van de invoering van de integrale tarieven. Omdat het zelfstandig declaratierecht vervalt, zijn zij dan niet langer ondernemer in fiscale zin en genieten dan met ingang van 2015 loon dan wel resultaat uit overige werkzaamheden; ✓
2. Zij maken gebruik van de afspraken die FIN met de marktpartijen heeft gemaakt (brief van 18 december 2013, nr. DGB 2013-6904U) en gaan daadwerkelijk ondernemersrisico's lopen door voor eigen rekening en risico personeel aan te nemen en investeringen in apparatuur te plegen. Het behoud van het fiscaal ondernemerschap inclusief de daarbij behorende fiscale faciliteiten is dan mogelijk. Het gaat daarbij in het bijzonder om de zelfstandigenaftrek (€ 7280) en de mkb-winstvrijstelling van 14% over de (resterende) winst; ✓
3. Zij treden met ingang van 2015 in loondienst van het ziekenhuis. Dat betekent staking van hun onderneming. Zij ontvangen dan naast een salaris een aanspraak op een transitiefonds vanwege het mislopen van de goodwill (zie notitie van 20 juni 2014, nr. DGB 2014/3369). ✓
4. Zij brengen hun onderneming in in een BV (personal holding). Zij zijn dan niet langer ondernemer voor de inkomstenbelasting en missen dan de hiervoor in onderdeel 2 genoemde fiscale faciliteiten die zijn verbonden aan het ondernemerschap voor de IB (zelfstandigenaftrek, MKB-winstvrijstelling). Daarvoor in de plaats komt een gecombineerde heffing in de IB over het salaris uit hun BV en een box 2 heffing over de dividenden die zij uit hun BV ontvangen. ✓



Ministerie van Financiën

TER BESLISSING

Aan
de Staatssecretaris

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

notitie

Fiscale aspecten goodwillfonds/transitiefonds voor
medisch specialisten

Datum
20 juni 2014
Notifienummer
DGBel 2014/3369
Rubriek
Winst
Auteur

Paraaf
de Staatssecretaris

Via

Via
de directeur Directie

Via
MT DGBel

de directeur Algemene
Fiscale Politiek

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan
Bijlagen
4

Aanleiding

In het najaar 2013 heeft overleg plaatsgevonden tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), het Ministerie van VWS (hierna: VWS) en het Ministerie van Financiën (hierna: FIN) over een aantal mogelijke nieuwe besturingsmodellen of organisatiemodellen waarin (m.i.v. 2015) de verhouding tussen ziekenhuizen en de medisch specialisten (hierna: MS) kan worden vormgegeven. Insteek van de OMS was om het ondernemerschap te behouden, zodat er - zoals was overeengekomen in het zorgakkoord van 16 juli 2013 - voor de MS een keuzemogelijkheid en een alternatief voor loondienst blijft bestaan.

In de afspraken die naar aanleiding van het overleg zijn vastgelegd, heeft FIN aangegeven bereid te zijn eventuele vragen over goodwillaangelegenheden nog te zullen beantwoorden. In april en mei 2014 hebben gesprekken plaatsgevonden tussen FIN en de veldpartijen over de opzet van een lokaal (aan het ziekenhuis verbonden) goodwillfonds, door de veldpartijen overigens aangeduid als transitiefonds. Tijdens die gesprekken zijn alle bij de veldpartijen levende fiscale vragen met betrekking tot de IB, de LB, de VPB, de BTW en de OVB behandeld en beantwoord.

Beslispunten

Onder voorbehoud van uw instemming is op hoofdlijnen over de transitiefonds het volgende met de veldpartijen overeengekomen (het concept gespreksverslag is als bijlage 1 opgenomen):

- De aanspraken die de MS krijgen op het transitiefonds worden op dat moment niet in de heffing betrokken. De uitkeringen uit de transitiefonds vormen t.z.t. een nagekomen ondernemingsbate (en

de financiering is afkomstig zijn van VWS (de Subsidieregeling transitiegelden). VWS denkt daarbij aan een vergoeding van ca € 100.000 per MS. Afhankelijk van de individuele afspraken tussen ziekenhuis en MS kan dat bedrag door het ziekenhuis eventueel worden aangevuld.

Besprekingen april/mei 2014

In april en mei 2014 hebben naar aanleiding van de toezegging van FIN in de brief van 18 december 2013 gesprekken plaatsgevonden tussen FIN en de veldpartijen over de opzet van dergelijke lokale goodwillfondsen, door de veldpartijen overigens aangeduid als transitiefondsen (zie vorige alinea). Tijdens die gesprekken zijn alle bij de veldpartijen levende fiscale vragen met betrekking tot de IB, de LB, de VPB, de BTW en de OVB behandeld en beantwoord. Op deze manier zijn de MS goed geïnformeerd en kunnen zij in de tweede helft van 2014 een verantwoorde keuze maken tussen enerzijds de overstap naar een dienstbetrekking bij het ziekenhuis en anderzijds de in de brief van 17 december 2013 aangegeven mogelijkheden (samenwerkingsmodel of participatiemodel).



TER BESLISSING

Aan
de Staatssecretaris

**Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen**

notitie

Actuele stand van zaken dossier medisch specialisten

Datum
2 oktober 2014

Notitie nummer
DGBel 2014/5516 +

Rubriek
Winst

Auteur

Paraaf
de Staatssecretaris

Via
SG

Via
DGBel,

MT DGBel

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit

Kopie aan
Bijlagen

Inleiding

Dit memo is bedoeld om u op hoofdlijnen te informeren over de actuele stand van zaken over medisch specialisten. U kunt hierover worden aangesproken door de Minister Schippers van VWS.

Actuele stand van zaken

- Per 1 januari 2015 treden de nieuwe regels over integrale bekostiging in de zorg in werking.
- Hierbij is bepaald dat vanaf 1 januari 2015 gedeclareerd zal worden met een integraal tarief; één tarief voor medisch specialist en ziekenhuis gezamenlijk.
- Vrijgevestigd medisch specialisten (MS) die per 1-1-2015 geen investeringen in personeel en investeringen in bedrijfsmiddelen (medische apparatuur) verrichten, worden niet langer als ondernemer aangemerkt.
- Om de overstap naar de situatie van 1-1-2015 soepel te laten verlopen, is op 17 december 2013 een afspraak gemaakt met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), het Ministerie van VWS en het Ministerie van Financiën.
- Daarbij is in een aantal mogelijke nieuwe organisatie- en besturingsmodellen geschetst op welke wijze m.i.v. 2015 de verhouding tussen ziekenhuizen en specialisten kan worden vormgegeven. Ook zijn de bijbehorende fiscale gevolgen besproken.
- Het gaat daarbij om samenwerkings- en participatiemodellen tussen MS en ziekenhuis, die zowel fiscaal transparant als niet-transparant kunnen zijn (er zijn dus vier varianten).
- Op 29 september 2014 heeft een bestuurlijk overleg plaatsgevonden met VWS, OMS, NVZ en FIN.
- Daarbij is gesproken over o.m. de voortgang van de beoordeling van de verzoeken.

- De OMS en de NVZ maken zich daarover grote zorgen.
- Daarbij moet wel worden bedacht dat die verzoeken veelal in juli/augustus/september pas zijn ingediend.
- Er zijn thans zo'n 30 verzoeken ingediend waarbij aan de inspecteur een standpuntbepaling wordt gevraagd (er zijn zo'n 80 ziekenhuizen).
- Al deze verzoeken zijn gebaseerd op de modellen uit voormelde brief van 17 december 2013.
- Een groot aantal verzoeken is niet compleet, zodat ze nog niet in behandeling zijn genomen.
- Er is inmiddels met de OMS en NVZ gecommuniceerd waaraan een verzoek moet voldoen, wil het als compleet worden aangemerkt.
- Op verzoek van de OMS en NVZ is een aandachtspuntenlijst opgesteld en gedeeld, met daarin de opgedane ervaringen van de Belastingdienst tot nu toe.
- ~~Punt daarbij is dat van het lopen van ondernemersrisico's geen sprake is als niet wordt geïnvesteerd in bedrijfsmiddelen (medische apparatuur), maar slechts een achtergestelde lening wordt verstrekt waarmee het ziekenhuis investeert. En er dus geen sprake is van ondernemerschap van de MS.~~
- Ook spelen er nog (oplosbare) vraagstukken voor de BTW.
- Er is gecommuniceerd dat met betrekking tot na 15 oktober 2014 ingediende verzoeken niet de garantie kan worden afgegeven dat zij ook in 2014 door de Belastingdienst zullen worden afgewikkeld.
- Men is overigens niet verplicht een verzoek te doen, maar dat wordt veelal toch gedaan om zekerheid vooraf over de fiscale positie te krijgen.
- Volgens de NVZ en OMS wordt het lastig om de nieuwe structuur tijdig tot stand te brengen.
- Dit betekent dat bij de zogenoemde niet-transparante modellen de oprichting van de personal holdings van de MS, de inbreng van de onderneming en de doorinbreng in de gezamenlijke BV op 31 december 2014 moeten plaatsvinden.
- Daar komt bij dat de belangen van de MS en de ziekenhuizen lang niet altijd parallel lopen en dat levert vertraging op.
- ~~FIN heeft aangegeven dat de deadline al lang bekend is en dat het de verantwoordelijkheid van MS en ziekenhuizen is om de structuur tijdig tot stand te brengen.~~
- Fiscaal bestaat er ook geen ruimte om goed te keuren dat de BV later kan worden opgericht en dat de inbreng na 1 januari 2015 plaatsvindt omdat hetgeen dan wordt ingebracht geen onderneming vormt. Per 31-12-2014 heeft immers staking van de onderneming plaatsgevonden.
- ~~Of anders geformuleerd: er is geen mogelijkheid tot terugwerkende kracht.~~
- Het is ook in het belang van VWS, MS en ziekenhuizen dat de structuur in 2014 helemaal wordt vormgegeven omdat dit allerlei onduidelijkheden voorkomt.
- Verder kan worden gemeld dat op korte termijn er een beleidsbesluit over het transitiefonds zal worden gepubliceerd dat de overstap van een vrijgevestigd MS naar loondienstverband met het ziekenhuis faciliteert (u bent hierover al eerder geïnformeerd).



Aan
Staatssecretaris

Via
SG

Van

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

Datum
17 oktober 2014

Auteur

memo

Medisch specialisten en gemaakte afspraken

Aanleiding

Minister Dijsselbloem heeft naar aanleiding van een bericht in de media een vraag gesteld over de fiscale behandeling van medisch specialisten per 1-1-2015 (zie bijlage 1 en 2). Hierna treft u een overzicht aan van de relevante gebeurtenissen en gemaakte afspraken inzake het dossier van de medisch specialisten (MS). Wij stellen voor om niet rechtstreeks (ambtelijk) te reageren op de vraag van de minister, maar dat u onderstaande lijn onder zijn aandacht brengt.

Kern

Binnen de gemaakte afspraken is het mogelijk dat het ondernemerschap van de MS behouden blijft. Daarbij is van belang dat de maatschap van MS reële en substantiële investeringen verricht in apparatuur en personeel.

Toelichting

Overzicht relevante gebeurtenissen in dossier medisch specialisten

Regeerakkoord

In het regeerakkoord is opgenomen dat het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten in 2015 vervalt als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt. Bovendien wordt de vorming van mega- of regiomaatschappen ontmoedigd.

Bestuurlijk akkoord 16 juli 2013

In het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 van 16 juli 2013 waarbij de Minister van VWS ook partij is, is onder meer het volgende opgenomen "Partijen onderschrijven dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het vrij beroep. De keuze voor vrij beroep of dienstverband wordt gemaakt door medisch specialist én instelling op basis van lokale en individuele afwegingen. NVZ, Orde, VWS en het ministerie van Financiën onderzoeken gezamenlijk de mogelijkheden. Medio september 2013 zijn deze mogelijkheden in kaart gebracht."

Periode tussen 16 juli 2013 en november 2013

Gelet op het voormelde bestuurlijk akkoord heeft er gedurende juli t/m november 2013 intensief overleg plaatsgevonden tussen OMS, NVZ, VWS en FIN/BD. Daarbij

is gesproken over zogenoemde samenwerkings- en participatiemodellen, die fiscaal transparant en niet-transparant kunnen zijn.

Ministerraad begin december 2013

In december 2013 is in de MR besloten een gezamenlijke brief van Minister Schippers en Staatssecretaris Weekers naar de Tweede Kamer te zenden. In de voorbereiding van die MR is een notitie opgesteld voor Stas FIN met kople naar de MIN FIN (zie bijlage 3).

Brief van Minister VWS en Staatssecretaris FIN van 18 december 2013

De Brief van Minister Schippers en Staatssecretaris Weekers is 18 december 2013 verzonden naar de Tweede Kamer (zie bijlage 4). In de fiscale paragraaf van die brief is het volgende opgenomen: "Fiscale aspecten. De invoering van integrale tarieven heeft ook fiscale aspecten, die overigens niet behoren tot de zakelijke inhoud van de aanwijzing. Het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarmee samenhangende vervallen van het debiteurenrisico leidt er in beginsel toe dat niet langer sprake kan zijn van fiscaal ondernemerschap. In voormeld bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 is afgesproken dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in vrij beroep. In gezamenlijk overleg tussen de ministeries van Financiën en VWS, de Belastingdienst, de NVZ en Orde is vanuit die invalshoek inmiddels een aantal samenwerkings- en participatiemodellen (met maatschapstructuur en BV-structuur) uitgewerkt die enerzijds recht doen aan het uitgangspunt van gelijkgerichtheid van belangen tussen instelling en medisch specialisten en anderzijds de keuze voor vrij beroep of dienstverband in stand laten. Het is vervolgens aan individuele partijen om deze modellen op lokaal niveau praktisch vorm te geven. In die praktische vormgeving is behoud van fiscaal ondernemerschap voor vrijgevestigde specialisten in principe mogelijk, maar uitsluitend als deze specialisten daadwerkelijk in fiscale zin (ondernemers)risico gaan lopen, net als alle andere ondernemers. Daarbij valt met name te denken aan het in dienst nemen van personeel, het investeren in bedrijfsmiddelen door de specialistenmaatschap of het samen met het ziekenhuis deelnemen in het ziekenhuisbedrijf. Of daadwerkelijk sprake is van ondernemerschap wordt (achteraf) afgeleid uit de feiten en omstandigheden. Vrijgevestigde specialisten die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten zullen onder integrale bekostiging in de regel niet langer aangemerkt worden als fiscaal ondernemer en zullen daarom de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten verliezen. Een en ander conform hetgeen daarover opgenomen is in het regeerakkoord."

Gezamenlijke brief OMS/NVZ 17-12-2013 en accordering FIN 18-12-2013

In de gezamenlijke brief van de OMS en NVZ zijn diverse besturings- en organisatie-modellen tussen ziekenhuizen en MS voorgelegd en de fiscale gevolgen daarvan (zie bijlage 5). Aan die brief is intensief overleg voorafgegaan waarbij constructief is samengewerkt met de collega's van VWS. De brief is door FIN geaccordeerd op 18 december 2013.

Laatste stand van zaken ingediende verzoeken

Inmiddels zijn er ca. 60 (van totaal ca 80) verzoeken binnengekomen bij de BD over het door partijen (ziekenhuis en MS) gewenste model. Die verzoeken worden gecoördineerd binnen de BD behandeld.

Gezamenlijke brief Minister VWS en Stas FIN

Na het herfstreces zal er een gezamenlijke brief van de MIN VWS en Stas FIN naar de Tweede Kamer worden verzonden. Een inventarisatie van de onderwerpen voor die brief is opgenomen als bijlage 6.

-0-

**Bijlage 1: mail van Minister Dijsselbloem aan
van 16-102-14**

Van: "Dijsselbloem, JRVA (Jeroen)"
Datum: 16 oktober 2014 09:59:11 CEST
Aan:

Kopie:

Onderwerp: Specialisten

Hoi

In de media lees ik : heeft als eerste ziekenhuis in Nederland toestemming gekregen van de fiscus voor een 'supermaatschap'. Vanaf 1 januari 2015 ziet de fiscus vrijgevestigde medisch specialisten niet meer automatisch als fiscale ondernemers. Daarvoor moeten ze net als 'echte' ondernemers aantonen dat ze ondernemersrisico lopen".

Persoonlijke beleidsopvatting; geen openbaarmaking vanwege art. 11, lid 1, Wob

We moeten nu de druk op de specialisten houden. Dat betekent dus geen nieuwe fiscale constructies (supermaatschap?) om toch weer ondernemersfaciliteiten te kunnen behouden.

Graag bevestiging dat dit ook ons beleid is en dat de BD langs deze lijn werkt.

vr gr Jeroen

Fiscus geeft groen licht voor "supermaatschap"

Het Wilhelmina Canisius Ziekenhuis in Nijmegen heeft als eerste ziekenhuis in Nederland toestemming gekregen van de fiscus voor een 'supermaatschap'. 'Het gaat in de kern om het ziekenhuis.'



Foto: Copyright: CWZ

Vanaf 1 januari 2015 ziet de fiscus vrijgevestigde medisch specialisten niet meer automatisch als fiscale ondernemers. Daarvoor moeten ze net als 'echte' ondernemers aantonen dat ze ondernemersrisico lopen. Dat kan door investeringen in apparatuur of personeel. De Orde van Medisch Specialisten en de NVZ vereniging van ziekenhuizen hebben met de ministeries van Financiën en VWS twee modellen afgesproken die in principe voldoen, namelijk het samenwerkings- en het participatiemodel. Van beide modellen bestaat in fiscaal vakjargon een transparante en een niet-transparante variant.

Supermaatschap

Veruit de meeste medisch specialisten voelen voor de transparante vorm van het samenwerkingsmodel. Daarin verenigen de medisch specialisten zich in één collectief, ofwel een 'supermaatschap'. De supermaatschap maakt met de raad van bestuur afspraken over zorginkoop, tarieven, zorgvolumes, kwaliteit en veiligheid en investeringen. Het eerste ziekenhuis dat groen licht heeft gekregen van de fiscus is het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen.

Medisch specialistisch bedrijf

Gosse van der Veen, lid raad van bestuur CWZ, spreekt liever niet van 'supermaatschap', maar over het medisch specialistisch bedrijf (MSB). De goedkeuring voor het MSB van de fiscus is volgens hem te danken aan 'voldoende ondernemersrisico's laden voor personeelskosten en investeringen'. 'De basis voor het succes is een goede samenwerking tussen medisch specialisten en bestuur. Het gaat om gelijkgerichtheid van belangen

tussen medisch specialisten en het ziekenhuisbestuur. We waren het er steeds met elkaar over eens dat het in de kern om het ziekenhuis gaat.'

Outsourcen core-business

Verzekeraars en banken hebben zich eerder kritisch uitgelaten over de supermaatschap. Ze vinden het outsourcen van de core-business van het ziekenhuis in een apart medisch bedrijf risicovol. Dat roept associaties op met de moeizame werkverhouding tussen de NS en Pro Rail. Critici betwijfelen of ziekenhuisbestuurders in deze variant hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg wel kunnen waarmaken. Maar volgens Van der Veen valt dat allemaal heel goed te regelen in het samenwerkingsmodel. 'Als er problemen zijn met kwaliteit, dan zijn wij als bestuur in staat om op te treden.'

Overeenkomst tussen ondernemingen

Vice-voorzitter Janko de Jonge van de Orde van Medisch Specialisten is blij met de uitspraak van de Belastingdienst. Hij spreekt over stafmaatschap in plaats van supermaatschap. 'De fiscus ziet de overeenkomst tussen de medisch specialisten en het ziekenhuis als een overeenkomst tussen twee ondernemingen en niet als een arbeidsovereenkomst. In dat laatste geval zouden medisch specialisten ongewild in loondienst komen.'

Supermaatschap populair

Op 1 oktober hadden 29 van de ruim 80 ziekenhuizen hun voorstellen voorgelegd bij de fiscus. Wat de andere ziekenhuizen doen is niet bekend. Op 1 januari moet alles in kannen en kruiken zijn. Minister van VWS Edith Schippers heeft verklaard dat ziekenhuizen die uiterlijk 15 oktober hun voorstellen inleveren bij de Belastingdienst nog dit jaar antwoord krijgen. In veruit het merendeel van de plannen kiezen de medisch specialisten voor een supermaatschap. In circa 8 ziekenhuizen willen de dokters participeren in het ziekenhuis.



TER INFORMATIE

Aan
de Minister
de Staatssecretaris

**Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen**

Datum
21 oktober 2014

Notitienummer:
DGBel 2014/5874

Rubriek
ondernemerschap

Auteur

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit

Kopie aan

Bijlagen

notitie

Medisch specialisten en gemaakte afspraken

Via *low*
de SG

Via
de DGBel

Via
MT DGBel

Aanleiding

U (de Minister) heeft naar aanleiding van een bericht in de media een vraag gesteld over de fiscale behandeling van medisch specialisten per 1-1-2015 (zie bijlage 1). U (de Stas) heeft naar aanleiding daarvan gevraagd naar de geschiedenis van de totstandkoming van de besluitvorming van de met de ziekenhuizen en medisch specialisten (MS) gemaakte afspraken. Hierna is een overzicht van de relevante gebeurtenissen en gemaakte afspraken inzake het dossier van de MS opgenomen.

Kern

Binnen de gemaakte afspraken is het mogelijk dat het ondernemerschap van de MS behouden blijft. Daarbij is van belang dat de maatschap van MS reële en substantiële investeringen verricht in apparatuur en personeel.

Toelichting

Overzicht relevante gebeurtenissen in dossier medisch specialisten

Regeerakkoord

In het regeerakkoord is opgenomen dat het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten in 2015 vervalt als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt. Bovendien wordt de vorming van mega- of regiomaatschappen ontmoedigd.

Bestuurlijk akkoord 16 juli 2013

In het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 van 16 juli 2013 waarbij de Minister van VWS ook partij is, is onder meer het volgende opgenomen "Partijen onderschrijven dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het

vrij beroep. De keuze voor vrij beroep of dienstverband wordt gemaakt door medisch specialist én instelling op basis van lokale en individuele afwegingen. NVZ, Orde, VWS en het ministerie van Financiën onderzoeken gezamenlijk de mogelijkheden. Medio september 2013 zijn deze mogelijkheden in kaart gebracht."

Periode tussen 16 juli 2013 en november 2013

Gelet op het voormelde bestuurlijk akkoord heeft er gedurende juli t/m november 2013 intensief overleg plaatsgevonden tussen de Orde, NVZ, VWS en FIN/BD.¹ Daarbij is gesproken over zogenoemde samenwerkings- en participatiemodellen, die fiscaal transparant (maatschap-structuur) en niet-transparant (BV- of Coöperatie-structuur) kunnen zijn.

Ministerraad begin december 2013

In december 2013 is in de MR besloten een gezamenlijke brief van Minister Schippers en Staatssecretaris Weekers naar de Tweede Kamer te zenden. In de voorbereiding van die MR is een notitie opgesteld voor Stas FIN met kopie naar de MIN FIN.

Brief van Minister VWS en Staatssecretaris FIN van 18 december 2013

De Brief van Minister Schippers en Staatssecretaris Weekers is 18 december 2013 verzonden naar de Tweede Kamer (zie bijlage 3). In de fiscale paragraaf van die brief is het volgende opgenomen: "Fiscale aspecten. De invoering van integrale tarieven heeft ook fiscale aspecten, die overigens niet behoren tot de zakelijke inhoud van de aanwijzing. Het vervallen van het zelfstandig declaratierecht en het daarmee samenhangende vervallen van het debiteurenrisico leidt er in beginsel toe dat niet langer sprake kan zijn van fiscaal ondernemerschap. In voormeld bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 is afgesproken dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in vrij beroep. In gezamenlijk overleg tussen de ministeries van Financiën en VWS, de Belastingdienst, de NVZ en Orde is vanuit die invalshoek inmiddels een aantal samenwerkings- en participatiemodellen (met maatschapstructuur en BV-structuur) uitgewerkt die enerzijds recht doen aan het uitgangspunt van gelijkgerichtheid van belangen tussen instelling en medisch specialisten en anderzijds de keuze voor vrij beroep of dienstverband in stand laten. Het is vervolgens aan individuele partijen om deze modellen op lokaal niveau praktisch vorm te geven. In die praktische vormgeving is behoud van fiscaal ondernemerschap voor vrijgevestigde specialisten in principe mogelijk, maar uitsluitend als deze specialisten daadwerkelijk in fiscale zin (ondernemers)risico gaan lopen, net als alle andere ondernemers. Daarbij valt met name te denken aan het in dienst nemen van personeel, het investeren in bedrijfsmiddelen door de specialistenmaatschap of het samen met het ziekenhuis deelnemen in het ziekenhuisbedrijf. Of daadwerkelijk sprake is van ondernemerschap wordt (achteraf) afgeleid uit de feiten en omstandigheden. Vrijgevestigde specialisten die hun huidige praktijk ongewijzigd voortzetten zullen onder integrale bekostiging in de regel niet langer aangemerkt worden als fiscaal ondernemer en zullen daarom de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten verliezen. Een en ander conform hetgeen daarover opgenomen is in het regeerakkoord."

¹ Orde staat voor Orde van medisch specialisten en NVZ voor Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Gezamenlijke brief Orde/NVZ 17-12-2013 en accordering FIN 18-12-2013

In een gezamenlijke brief van de Orde en NVZ zijn diverse besturings- en organisatiemodellen tussen ziekenhuizen en MS voorgelegd daarbij zijn de fiscale gevolgen van de verschillende modellen in kaart gebracht. Aan die brief is intensief overleg voorafgegaan waarbij constructief is samengewerkt met de collega's van VWS. De brief is door FIN geaccordeerd op 18 december 2013.

Laatste stand van zaken ingediende verzoeken

Inmiddels zijn er ca. 60 (van totaal ca 80) verzoeken binnengekomen bij de BD over het door partijen (ziekenhuis en MS) gewenste model. Die verzoeken worden gecoördineerd binnen de BD behandeld. Er spelen naar aanleiding van de ingediende verzoeken diverse fiscale vraagstukken die gecoördineerd worden opgepakt en van een reactie worden voorzien.

Gezamenlijke brief Minister VWS en Stas FIN

Zoals is afgesproken zal na het herfstreces een gezamenlijke brief van de MIN VWS en u (de Stas) naar de Tweede Kamer worden verzonden. In die brief zal onder meer worden aangegeven dat de ziekenhuizen en MS de komende maanden echt hard aan de slag moeten gaan om de besturings- en organisatiemodellen verder uit te werken, zodat ze op 1 januari 2015 klaar zijn. De inbreng van FIN in die brief zal betrekking hebben op:

- de mededeling dat verzoeken die voor 15 oktober 2014 zijn ingediend nog dit jaar zullen worden afgewikkeld;
- de melding dat er thans 60 verzoeken zijn voorgelegd aan de Belastingdienst waarvan er inmiddels 3 zijn geaccordeerd;
- het verstrekken van helderheid over openstaande fiscale vragen;
- wat de kritische succesfactoren in de goedgekeurde modellen zijn.

Bijlage 4 artikel Zorgvisie 16 oktober 2014

Fiscus geeft groen licht voor "supermaatschap"

Het Wilhelmina Canisius Ziekenhuis in Nijmegen heeft als eerste ziekenhuis in Nederland toestemming gekregen van de fiscus voor een 'supermaatschap'. 'Het gaat in de kern om het ziekenhuis.'

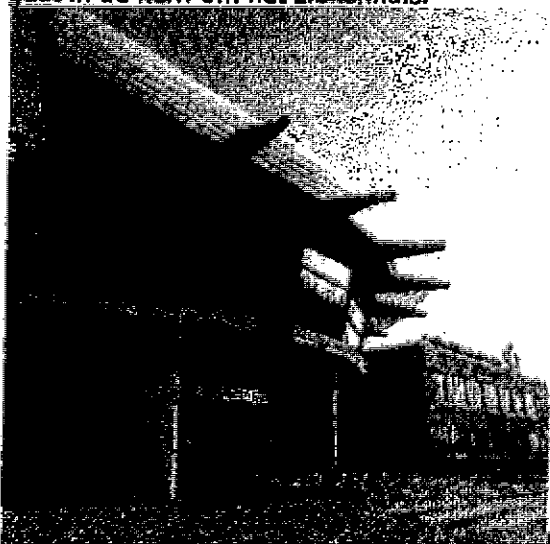


Foto: Copyright: CWZ

Vanaf 1 januari 2015 ziet de fiscus vrijgevestigde medisch specialisten niet meer automatisch als fiscale ondernemers. Daarvoor moeten ze net als 'echte' ondernemers aantonen dat ze ondernemersrisico lopen. Dat kan door investeringen in apparatuur of personeel. De Orde van Medisch Specialisten en de NVZ vereniging van ziekenhuizen hebben met de ministeries van Financiën en VWS twee modellen afgesproken die in principe voldoen, namelijk het samenwerkings- en het participatiemodel. Van beide modellen bestaat in fiscaal vakjargon een transparante en een niet-transparante variant.

Supermaatschap

Veruit de meeste medisch specialisten voelen voor de transparante vorm van het samenwerkingsmodel. Daarin verenigen de medisch specialisten zich in één collectief, ofwel een 'supermaatschap'. De supermaatschap maakt met de raad van bestuur afspraken over zorginkoop, tarieven, zorgvolumes, kwaliteit en veiligheid en investeringen. Het eerste ziekenhuis dat groen licht heeft gekregen van de fiscus is het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen.

Medisch specialistisch bedrijf

Gosse van der Veen, lid raad van bestuur CWZ, spreekt liever niet van 'supermaatschap', maar over het medisch specialistisch bedrijf (MSB). De goedkeuring voor het MSB van de fiscus is volgens hem te danken aan

'voldoende ondernemersrisico's laden voor personeelskosten en investeringen'. 'De basis voor het succes is een goede samenwerking tussen medisch specialisten en bestuur. Het gaat om gelijkgerichtheid van belangen tussen medisch specialisten en het ziekenhuisbestuur. We waren het er steeds met elkaar over eens dat het in de kern om het ziekenhuis gaat.'

Outsourcen core-business

Verzekeraars en banken hebben zich eerder kritisch uitgelaten over de supermaatschap. Ze vinden het outsourcen van de core-business van het ziekenhuis in een apart medisch bedrijf risicovol. Dat roept associaties op met de moeizame werkverhouding tussen de NS en Pro Rail. Critici betwijfelen of ziekenhuisbestuurders in deze variant hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg wel kunnen waarmaken. Maar volgens Van der Veen valt dat allemaal heel goed te regelen in het samenwerkingsmodel. 'Als er problemen zijn met kwaliteit, dan zijn wij als bestuur in staat om op te treden.'

Overeenkomst tussen ondernemingen

Vice-voorzitter Janko de Jonge van de Orde van Medisch Specialisten is blij met de uitspraak van de Belastingdienst. Hij spreekt over stafmaatschap in plaats van supermaatschap. 'De fiscus ziet de overeenkomst tussen de medisch specialisten en het ziekenhuis als een overeenkomst tussen twee ondernemingen en niet als een arbeidsovereenkomst. In dat laatste geval zouden medisch specialisten ongewild in loondienst komen.'

Supermaatschap populair

Op 1 oktober hadden 29 van de ruim 80 ziekenhuizen hun voorstellen voorgelegd bij de fiscus. Wat de andere ziekenhuizen doen is niet bekend. Op 1 januari moet alles in kannen en kruiken zijn. Minister van VWS Edith Schippers heeft verklaard dat ziekenhuizen die uiterlijk 15 oktober hun voorstellen inleveren bij de Belastingdienst nog dit jaar antwoord krijgen. In veruit het merendeel van de plannen kiezen de medisch specialisten voor een supermaatschap. In circa 8 ziekenhuizen willen de dokters participeren in het ziekenhuis.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
184690-115598-CZ

Bijlagen
2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 18 december 2013
Betreft Invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg

Geachte voorzitter,

Op 19 juni 2013 (TK 2012-2013 32 620, nr. 88) heb ik u het NZa-advies omtrent regiomaatschappen aangeboden. Ik heb daarbij aangegeven dat ik na de zomer van 2013 met een reactie zou komen op het toen nog aanstaande NZa-advies over de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Inmiddels heeft de NZa dat advies opgeleverd, inclusief een aanvullend advies met betrekking tot de invoering van integrale tarieven voor kaakchirurgie (beide adviezen zijn bijgevoegd). In deze brief zal ik nader in gaan op de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Ik zal in een separate mededingsbrief ingaan op het NZa-advies en de huidige ACM-beleidslijn omtrent regiomaatschappen.

Deze brief bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven over de invoering met ingang van 2015 van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Overeenkomstig artikel 8 van de WMO ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Indien van de kant van een van de Kamers in die periode vragen worden gesteld zal ik die uiteraard zo spoedig mogelijk beantwoorden. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

Integrale bekostiging

Waarom doen we het?

Invoering van integrale bekostiging is een cruciale volgende stap in de ontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Deze vervolgstap is noodzakelijk omdat de bestaande regulering ten eerste forse belemmeringen oplevert voor taakherschikking. Ook selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars wordt erdoor bemoeilijkt. Ten slotte heeft de bestaande regulering tot gevolg dat (financiële) belangen van instelling en specialisten niet altijd gelijk op lopen. Dat zet een onnodige rem op het realiseren van doelmatigheid en kwaliteit binnen de instellingen.

afschaffing van het huidige beheersmodel en de bijbehorende honorariumomzetplafonds. De beheersing van de uitgaven binnen het integrale macrokader zal worden vormgegeven door middel van het macrobeheersinstrument. Tevens wil ik het aanvullende advies van de NZa overnemen om in 2015 over te gaan op integrale tarieven voor kaakchirurgie. Het bestaande macrokader voor de honoraria van kaakchirurgen zal daarom met ingang van 2015 worden samengevoegd met de eerdergenoemde kaders voor ziekenhuiskosten en vrijgevestigd medisch specialisten.

Kenmerk
184690-115598-CZ

Wat zijn de gevolgen?

Governance

De NZa geeft aan dat binnen de huidige deeregulering instellingen voor medisch-specialistische zorg en (vrijgevestigd) medisch specialisten als aparte spelers kunnen worden beschouwd. Beide spelers kunnen nu nog zelfstandig declareren aan de zorgverzekeraar of patiënt. De NZa is van mening dat bij het vervallen van de deelregulering het past om - in ieder geval in het kader van de bekostiging - beide spelers, op het lokale niveau van de instelling (het ziekenhuis of de ZBC), als één geheel te beschouwen. Het denken in gescheiden sferen kan immers ten koste gaan van de doelmatigheid die behaald kan worden met de integrale benadering. Ik ben het hier mee eens. Zoals ook door de commissie Meurs signaleerd zal de medisch specialist onder integrale tarieven meer worden beschouwd als één van de mogelijke productiefactoren en zal deze een meer integraal onderdeel vormen van de onderhandelingen tussen instellingen en verzekeraars. Ook binnen instellingen zal door deze stap een stimulans uitgaan richting een meer gelijk speelveld tussen Raden van Bestuur en medisch specialisten.

De NZa merkt overigens op dat deze systematiek, waarbij het declaratierecht bij de instelling zal komen te liggen, inhoudt dat extramuraal werkende specialisten in solopraktijk niet meer rechtstreeks aan de zorgverzekeraar of patiënt kunnen declareren. De NZa adviseert daarom nader te bezien of het nodig is om in het Uitvoeringsbesluit WTZi vrijgevestigd medisch specialisten in solopraktijk als aparte categorie te vermelden. Ik heb evenwel moeten constateren dat deze route geen oplossing zal bieden voor het door de NZa signaleerde vraagstuk. Ik zal de NZa daarom opdragen dit punt via aanpassing van de door de NZa zelf vast te stellen declaratiebepalingen op te lossen.

Kwaliteit en toegankelijkheid

Aan de hand van integrale tarieven kan door verzekeraars en instellingen worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Dit leidt er toe dat zorgaanbieders meer vrijheden en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten, rekening houdend met kwaliteit en toegankelijkheid.

Taakherschikking is een hiermee nauw verweven thema. Daarover heb ik de Tweede Kamer in een brief op 22 april 2013 (TK 2012-2013 29689, nr. 437) geïnformeerd dat ik per 2015, parallel aan de invoering van integrale tarieven, een aantal bestaande regels omtrent registratie en declaratie van zorgaanbieders die taakherschikking op dit moment belemmeren door de NZa zal laten aanpassen. Zo mogen vanaf 2015 ook de verpleegkundig specialist en de physician assistant een DBC openen. Ook zal de beleidsregel met betrekking tot het zogenaamde face-to-face contact worden uitgebreid met de verpleegkundig specialist en de physician assistant.

Uiteraard zal in dit kader aandacht moeten worden besteed aan de eventuele toepassing van een btw-vrijstelling. In dit kader acht ik nader overleg met het ministerie van Financiën nodig. Een uitbreiding van de huidige btw-vrijstellingen voor de gezondheidszorg tot andere, bijvoorbeeld secretariële diensten die bij derden worden ingekocht, is niet mogelijk.

Kenmerk
184690-115598-CZ

Op weg naar 2015

In het akkoord medisch-specialistische zorg is afgesproken dat er middelen beschikbaar worden gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren en dat betrokken partijen voor 1 februari 2014 afspraken zullen maken over de wijze waarop een objectieve en transparante toekenning van deze middelen kan plaatsvinden. Deze middelen zijn ook in de preambel bij de VWS-begroting 2014 verwerkt. Op dit moment vinden hierover verkennende gesprekken plaats met de bij het akkoord medisch-specialistische zorg betrokken partijen. Ik zal u hierover in de eerste helft van 2014 nader informeren.

Hoogachtend,
mede namens de staatssecretaris van Financiën,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers



TER BESLISSING; REACTIE UITERLIJK 29 OKTOBER 2014

Aan
de Minister
de Staatssecretaris

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

Datum
28 oktober 2014

Notifiënummer
DGBel 2014/5970

Rubriek
ondernemerschap

Auteur

notitie

Medisch specialisten: 1) brief Min. VWS en Stas FIN en
2) reactie op opmerkingen Min. en stas FIN over notitie
DGB 2014/5B74

Via
de ßG

Via
de DGBel

Via
MT DGBel

Medeparaaf

Medeparaaf

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan

Bijlagen
3

Aanleiding

Bijgaand treft U (Stas) de brief van de Minister van VWS aan die mede namens U (Stas) naar de Tweede Kamer zal worden verzonden (zie bijlage 1). U beiden (Stas en Min) bent over de Financiën-inbreng in deze brief al op hoofdlijnen geïnformeerd in (het laatste onderdeel van) de notitie DGB 2014/5B74 (zie bijlage 2). De brief geeft de stavaza weer die n.a.v. van een inventarisatie van VWS en NZA naar voren komen over de overgang naar integrale bekostiging van medische specialisten per 2015. De brief geeft aan voor welke bestuursmodellen ziekenhuizen en medisch specialisten kiezen, dat er nog werk ligt en dat de subsidieregeling voor de transitie naar loondienst ook wordt opgesteld voor medisch specialisten die met pensioen gaan (zie p4). U (Min) heeft naar aanleiding van de notitie DGB 2014/5B74 nog een aantal opmerkingen gemaakt over de 'koninkrijken in de zorg'. U (Stas) heeft gevraagd naar de onderverdeling van medisch specialisten die na de transitie als vrije beroepsuitoefenaar ondernemer willen blijven (fiscaal transparante model), en zij die willen overstappen naar een loondienstverband met het ziekenhuis (loondienstmodel), zie bijlage 3. Ook is overigens van belang hoeveel medisch specialisten het BV-model willen hanteren (fiscaal niet-transparante model). In deze notitie zullen we mede op uw opmerkingen (Min en Stas) ingaan. Voor U (Stas) hebben we de passage over de fiscale aspecten in de Kamerbrief van de Minister van VWS opgenomen. Wij vragen hiervoor uw akkoord.

Beslispunt

- Gaat U (Stas) akkoord met verzending van bijgevoegde brief die mede namens u door de Minister van VWS worden verzonden.
- Gaat u (Min) akkoord met het voorstel om het thema van de machtspositie specialisten een hoofdpunt te maken van bredere thematische M-staf over het zorglandschap (eerste helft 2015). Binnen

de politieke afspraken en de akkoorden met het zorgveld, is het nu niet mogelijk veel te doen aan de loondienst zelf, maar rond machtsposities lopen nog wel discussies (zie toelichting).

Toelichting

Passages over fiscale aspecten in de brief Minister VWS

In de Kamerbrief van de Minister van VWS die mede namens U (stas) naar de Tweede Kamer zal worden verzonden, zijn de volgende passages opgenomen over de fiscale aspecten.

"Hoewel het in eerste instantie aan de ziekenhuizen en medisch specialisten is om te zorgen voor een verantwoorde organisatie van de zorg per 1 januari 2015 zetten de Ministeries van VWS en Financiën zich maximaal in om de overgang naar integrale bekostiging soepel te laten verlopen. Zo biedt het Ministerie van Financiën partijen de mogelijkheid om hun organisatie- en besturingsmodellen vooraf te laten beoordelen door de Belastingdienst. Deze modellen zijn veelal gebaseerd op hetgeen is verwoord in de gezamenlijke brief die de OMS en de NVZ van 17 december 2013 aan de Belastingdienst. Om de eenheid van beleid en uitvoering te waarborgen vindt er landelijke coördinatie plaats. De Belastingdienst heeft aangegeven dat alle compleet ingediende verzoeken die voor 15 oktober 2014 zijn ingediend vóór 1 januari 2015 worden beoordeeld. Circa 60 ziekenhuizen/medisch specialisten hebben van deze mogelijkheid gebruikt gemaakt. De Belastingdienst heeft inmiddels de eerste goedkeurende beoordelingen afgegeven. Het betreft zowel het samenwerkingsmodel als het participatiemodel. De kritische succesfactoren bij deze positieve beoordelingen waren de volgende:

- Bij de fiscaal transparante modellen is noodzakelijk dat de specialisten daadwerkelijk in fiscale zin reële en substantiële ondernemersrisico's gaan lopen, net als alle andere ondernemers.
- Personeel dient rechtstreeks in dienst te komen bij de maatschap. Inhuur van personeel vanuit het ziekenhuis is slechts in het kader van de transitie aanvaardbaar gedurende een beperkte periode, waarbij kan worden gedacht aan maximaal één jaar.
- Ten aanzien van de omvang van de investeringen in bedrijfsmiddelen, zoals apparatuur, moet sprake zijn van reële en substantiële investeringen door de maatschap.
- Bij de fiscaal niet-transparante modellen is het noodzakelijk dat de oprichting en de inbreng van de onderneming in een BV uiterlijk op 31 december 2014 om 24.00 uur plaatsvindt. Terugwerkende kracht in 2015 (of nog later) is niet mogelijk omdat bij een later inbrengmoment (dus na 1 januari 2015 om 0.00 uur) datgene dat wordt ingebracht niet langer een onderneming vormt.
- In algemene zin geldt dat voor het niet aannemen van een dienstbetrekking of fictieve dienstbetrekking voor de LH – tussen het ziekenhuis en de specialist – het essentieel is dat de specialist zich vrijelijk kan laten vervangen en dat hij niet verplicht is persoonlijk de overeengekomen arbeid te verrichten.

Het is aan de professionaliteit van partijen om adequaat invulling te geven aan de hiervoor genoemde aspecten. Op basis van de ingediende verzoeken heeft

het Ministerie van Financiën de afgelopen periode een aantal keer een aandachtspuntenlijst rondgestuurd naar de NVZ en de OMS, zodat ziekenhuizen en medisch specialisten hierin hun planvorming rekening mee kunnen houden. Zo nodig verstrekt het ministerie van Financiën nogmaals een update van deze lijst. De Belastingdienst geeft in overleg met het Ministerie van Financiën antwoord op fiscale vragen die door de veldpartijen worden ingebracht."

Vraag Minister m.b.t. kostenbeheersing en de machtsverhoudingen maatschappen-ziekenhuisbesturen

Uw vraag was of het laten bestaan van zowel fiscale voordelen als maatschappen negatief is voor kostenbeheersing, omdat nu één grote maatschap tegenover een zwak ziekenhuis bestuur kan staan, en wat de visie van IRF en AFEP hierop is.

- Er zijn vanaf 2015 geen bijzondere fiscale voordelen meer voor medisch specialisten. Zij moeten – net als alle andere ondernemers – voldoen aan de eisen die de Belastingdienst stelt aan het ondernemerschap. Daarmee wordt invulling gegeven aan het regeerakkoord.
- Op dit moment kiezen veel specialisten en ziekenhuizen voor nieuwe bestuursmodellen, waarmee medisch specialisten conform de standardeisen van de Belastingdienst fiscaal ondernemer zijn. Het is nog onduidelijk hoe de modellen in de praktijk gaan uitwerken.
- De keuze voor het medisch specialistisch bedrijf (in de media: de supermaatschap), hoeft in principe niet tot een verslechtering in machtsverhoudingen te leiden t.o.v. de huidige situatie. Breed onderschreven uitgangspunt is de gelijkgerichtheid van belangen. Er zijn meerdere checks and balances in het stelsel die bijdragen aan een evenwichtige machtsverhouding tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. De spelers hierbij zijn onder meer zorgverzekeraars, financiers, ACM en NZa. De ontwikkelingen m.b.t. gekozen bestuursmodellen worden actief gevolgd en begeleid vanuit VWS, fiscaliteit, NZa (jaarlijkse monitor) en IGZ (handreiking). Zo is er de afgelopen maanden veelvuldig bestuurlijk overleg geweest over de bestuursmodellen tussen ambtelijk VWS, fiscaliteit, Medische specialisten (OMS) en ziekenhuizen (NVZ). Ook IRF/AFEP zijn betrokken en kaarten dit regelmatig aan in overleg met VWS en veldpartijen.
- Tevens heeft minister Schippers in een brief aan de Kamer van juli jl. toegezegd de Wet marktordening gezondheidszorg zodanig aan te passen, dat het voor de NZa ook mogelijk wordt om de marktmacht van maatschappen aan te pakken (behandeling van de wetswijziging naar verwachting dit najaar). Ook zullen de ACM en de NZa de ontwikkelingen bij de maatschappen nauwgezet volgen en indien nodig het toezicht aanpassen.
- De nieuwe verhoudingen kunnen impact hebben op de kostenbeheersing. Risico daarbij is dat de onderhandelingspositie van de specialisten verbetert. Er zijn echter ook waarborgen in het stelsel die de eventuele impact mitigeren. Ten eerste pakken zorgverzekeraars steeds meer hun rol bij kritische en selectieve inkoop van zorg. Zij vormen hiermee een belangrijk tegenwicht tegen mogelijke kostenopdrijvende effecten. Ten tweede loopt het onderhandelingsakkoord met de medisch specialistische sector t/m 2017. De maximale groeiruimte voor de medisch specialistische sector (inclusief specialisten honoraria) bedraagt 1,5% in 2014 en 1% per jaar in 2015-2017 (dit is exclusief loon- en prijsbijstelling. Indien de kosten achteraf hoger uit zouden komen, hebben we het macrobeheersinstrument (mbi) als ultimatum remedium. Daarmee kunnen eventuele overschrijdingen teruggehaald worden bij de sector. Het mbi is tot op heden nog niet ingezet en het is daarmee een onbeproefd instrument.

- Meer algemeen zijn er gemengde signalen over de werking van de checks and balances in het stelsel. Zo zien we dat er discussie is over de effectiviteit van het toezicht op dominante marktposities. Dit speelt o.a. rond de huidige ziekenhuisfusies. Volgens sommige zorgverzekeraars gaat de ACM te makkelijk akkoord met het ontstaan van dominante marktposities. Aan de andere kant lijken verzekeraars steeds meer in staat om op of zelfs onder de groeirulmte binnen de akkoorden te contracteren (er zijn nog geen harde realisaties beschikbaar).
- Om Financiën actiever bij deze discussie aan te laten sluiten hebben wij eerder dit jaar een thematische Mstaf over dit onderwerp voorbereid met VWS. Deze is toen door omstandigheden komen te vervallen. Het voorstel is deze in de eerste helft van 2015 te houden waarbij ook het punt van de supermaatschappen aan de orde kan komen.

Specialisten in loondienst?

- In het regeerakkoord is er niet voor gekozen om alle medische specialisten onder loondienst te laten vallen. Wel is de stap naar integrale tarieven per 2015 herbevestigd. In juli 2013 heeft VWS een nieuw hoofdlijnenakkoord gesloten met de medisch specialistische sector (in het kader van bijdrage van de zorg aan het 6 mld. pakket). Onderdeel was ook de bevestiging van de vrije keuze tussen dienstverband en vrije beroep. Dit akkoord loopt tot en met 2017.
- Wanneer medisch specialisten in loondienst treden, leidt dit mogelijk tot een betere aansturing vanuit het ziekenhuisbestuur en daarmee tot een hogere bestuurlijke kwaliteit. Het ziekenhuis kan dan effectiever sturen op kostenbeheersing. Ook kan de prikkel tot overproductie voor medisch specialistische zorg afnemen. Anderzijds dragen specialisten in een medisch specialistisch bedrijf grotere financiële risico's en verantwoordelijkheden dan nu. Daarmee worden ze ook geprikkeld om efficiënter om te gaan met de inzet van personeel en materieel. Verder is het onduidelijk welk effect loondienst heeft op de productiviteit. Er zijn signalen dat de productiviteit lager ligt in loondienst. Loondienst is in elk geval geen panacee: ook bij mensen in loondienst zijn perverse prikkels denkbaar; bankiers zijn ook in loondienst.
- Vanwege de mogelijke voordelen van loondienst (met name voor de aansturing), was de subsidieregeling voor overstappers onderdeel van het akkoord: geen verbod op het vrije beroep, maar wel stimulering van loondienst.
- Voor de periode na 2017 is het mogelijk om hier weer een nieuwe keuze in te maken en bijvoorbeeld te verkennen of alle specialisten in loondienst kunnen. Daarbij zijn verschillende aandachtspunten.
- De budgettaire gevolgen van het onderbrengen van alle medische specialisten in loondienst zijn onzeker. Het CPB boekt vanwege de complexiteit tot nu toe geen budgettair effect in bij doorrekeningen. In het traject Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) zoeken we op dit moment nader uit wat de effecten kunnen zijn. Bij ZiK wordt nu allereerst gekeken of en hoe deze maatregel *juridisch* haalbaar is. Indien de maatregel juridisch haalbaar is, is het de vraag of alle genoemde effecten, zoals een betere bestuurlijke kwaliteit, een lagere (over)productieprikkel en eventuele effecten op de arbeidsproductiviteit, te kwantificeren zijn. Dit is ook onderwerp van ZiK.

Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg

- Deze subsidieregeling biedt medische specialisten die in loondienst gaan een tegemoetkoming. In het hoofdlijnenakkoord van juli 2013 heeft de medisch specialistische sector cumulatief 500 mln. vrijgespeeld voor deze subsidie.

- De subsidie beoogt een meer gelijk speelveld te creëren voor de verschillende opties die vrijgevestigd medisch specialisten hebben. De subsidie maakt de stap naar loondienst aantrekkelijker.
- Uit inventarisatie van VWS blijkt dat weinig specialisten lijken te kiezen voor de stap naar loondienst (minder dan 10%). De meeste maatschappen kiezen voor het oprichten van een medisch specialistisch bedrijf. Hier speelt ook de huidige discussie over de WNT mee (specialisten zouden minder geneigd zijn in loondienst te gaan omdat zij daarmee in toekomst mogelijk onder WNT gaan vallen).
- Voor sommige maatschappen die op zich wel de stap naar loondienst willen maken, blijkt de uitwerking van de subsidieregeling voor specialisten die met pensioen gaan een belemmering. Deze 'pensionerende specialisten' hebben geen recht op een tegemoetkoming en kunnen de overstap van de hele maatschap naar loondienst tegenhouden (ziekenhuizen willen namelijk dat de hele maatschap overstapt naar loondienst niet alleen individuele specialisten).
- Min VWS stelt in de voorliggende brief voor om de regeling ook open te stellen voor medisch specialisten die met pensioen gaan. Hiermee beoogt VWS dat meer maatschappen de stap naar loondienst maken.
- Dit kan overigens wel gevoelig liggen in de beeldvorming: bezuinigen op de zorg, maar wel extra 'pensioen' voor arts. Voor de pensionerende arts compenseert de vergoeding een deel van het verlies aan goodwill uit de maatschap (onderdeel van zijn pensioen).
- Budgettair zijn er geen bezwaren: de aanpassing past volgens VWS binnen de budgetten. VWS heeft ons toegezegd het gebruik van de subsidieregeling te monitoren.

Vragen Staatssecretaris naar onderverdeling van medisch specialisten na transitie

Cijfers over aantallen medisch specialisten in loondienst / vrijgevestigd zijn niet exact te geven. Op dit moment is grosso modo 45% loondienst en 55% vrijgevestigd. Naar verwachting zal dit slechts marginaal wijzigen na de transitie per 1 januari 2015. Overigens zitten de specialisten in loondienst voor een groot deel in de academische ziekenhuizen. Bij de overige ziekenhuizen is verreweg het grootste deel vrijgevestigd.

In de structuur per 1-1-2015 is een vijftal besturings- en organisatie modellen te onderscheiden te weten:

Type model	Transparantie	Fiscale gevolgen MS
Samenwerkingsmodel	Ja	MS behoud ondernemerschap
Samenwerkingsmodel	Nee	Inbreng onderneming in BV door MS
Participatiemodel	Ja	MS behoud ondernemerschap
Participatiemodel	Nee	Inbreng onderneming in BV door MS
Loondienstmodel	n.v.t.	MS in loondienst bij ziekenhuis

Een exacte onderverdeling over het gebruik van bovengenoemde modellen is (nog) niet te geven. Op basis van de tot op heden bij de Belastingdienst ingediende verzoeken en het "belronde" van VWS langs de ziekenhuizen ontstaat het volgende beeld:

- In verreweg de meeste verzoeken is gekozen voor het samenwerkingsmodel;

- Binnen het samenwerkingsmodel gaat de voorkeur uit naar het transparante model;
- Als in het transparante samenwerkingsmodel naar het oordeel van de Belastingdienst onvoldoende ondernemingsrisico's worden gelopen (investeren in personeel en apparatuur door de maatschap), is een escape om uit te wijken naar het niet-transparante samenwerkingsmodel;
- Het participatiemodel wordt slechts in een beperkt aantal gevallen gehanteerd;
- Slechts in een beperkt aantal gevallen wordt gekozen voor overstap naar het loondienstmodel.

-0-

Bijlage 1

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
682971-128729-CZ

Bijlage
1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum
Betreft Stand van zaken invoering integrale bekostiging

Geachte voorzitter,

Per 1 januari 2015 wordt integrale bekostiging ingevoerd in de medisch specialistische zorg (zie mijn brief van 18 december 2013, TK 32620, nr. 105). De invoering van integrale bekostiging dient meerdere doelen: de bevordering 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.

De invoering van integrale bekostiging betekent, naast een wijziging in het declaratieverkeer, een verandering in de verhoudingen binnen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's)¹. Waar specialisten tot nu toe zelf onderhandelden met verzekeraars over hun honorariumcomponent, onderhandelt de verzekeraar straks in principe alleen nog met het ziekenhuis en dienen ziekenhuizen en medisch specialisten onderling afspraken te maken over het inkomensdeel van de medisch specialist. Ziekenhuizen en medisch specialisten dienen daarmee gezamenlijk een keuze te maken over de aansturing en de verhoudingen binnen het ziekenhuis. Ook fiscaal heeft dit gevolgen. Nu de medisch specialisten geen eigenstandig declaratierecht meer hebben verliezen zij, zonder aanvullende maatregelen, hun ondernemersstatus. Medisch specialisten die dit niet willen zullen zich anders moeten organiseren. Op hoofdlijnen zijn hier door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS), drie modellen uitgewerkt die per brief op 17 december 2013 zijn voorgelegd aan de Belastingdienst: het loondienstmodel, waarbij de vrijgevestigd specialisten de overstap maken naar een dienstverband, het al dan niet fiscaal transparante participatiemodel, waarbij medisch specialisten actief gaan participeren in het ziekenhuis, en het al dan niet fiscaal transparante samenwerkingsmodel waarbij medisch specialisten zich verzamelen in een

¹ In het vervolg van de brief wordt, omwille van de leesbaarheid, gesproken over ziekenhuizen in plaats van ziekenhuizen en ZBC's.

Hoewel de verschillende modellen al in december 2013 waren uitgewerkt en met de NVZ en OMS besproken, hebben veel ziekenhuizen en medisch specialisten pas in de loop van 2014 de stap gezet om hier ook echt concrete afspraken over te maken. Veel ziekenhuizen geven dan ook aan tijdsdruk te ervaren richting 1 januari 2015. De aanpak van ziekenhuizen is verschillend. Waar in het ene ziekenhuis een complete strategie voor de komende jaren wordt uitgewerkt, waarbij vanuit de inhoud van de zorg een passend organisatie-model wordt gezocht, worden in een ander ziekenhuis de keuzes vooral ingegeven door fiscale aspecten. Wat het proces voor de ziekenhuizen spannend maakt is dat de plannen en/of de uitwerking ervan in de praktijk ook worden getoetst door externe partijen, zoals de Belastingdienst, verzekeraars, banken, het Waarborgfonds Zorg (WFZ), toezichthouders, et cetera. Zowel ten aanzien van kwaliteit, fiscaliteit als financiën dienen de plannen op orde te zijn. Ziekenhuizen geven aan behoefte te hebben aan helderheid over de eisen op deze onderdelen. Tot slot geven ziekenhuizen in de belronde aan dat ze positief zijn over de regeling integrale bekostiging, die een tegemoetkoming biedt voor ziekenhuizen en medisch specialisten die besluiten tot een overstap naar een dienstverband. Wel geven ziekenhuizen aan dat de voorwaarden voor gebruikmaking van deze regeling op een enkel onderdeel te strak zijn geformuleerd, waardoor een deel van de geïnteresseerden hier geen gebruik van kunnen/willen maken.

Naast de belronde van VWS is de NZa, vooruitlopend op de monitor integrale bekostiging, gestart met een interviewronde bij een aantal ziekenhuizen (verderop in deze brief wordt ingegaan op de opzet van de monitor integrale bekostiging). Uit deze interviewronde is een aantal aandachtspunten naar voren gekomen, welke deels overlappen met de resultaten van de belronde en deels een verdere precisering zijn van de genoemde aandachtspunten. Genoemde aandachtspunten zijn verwoord in een brief van de NZa die ik als bijlage bij de voorliggende brief heb gevoegd. In aanvulling op eerdergenoemde aandachtspunten, vraagt de NZa aandacht voor het feit dat in veel ziekenhuizen nog geen afspraken zijn gemaakt over de vergoedingssystematiek en de hoogte van vergoedingen van medisch specialisten, voor het handhaven van kwaliteit van de registraties, voor de keuzes inzake overlegstructuren binnen de ziekenhuizen. De NZa heeft deze brief ook verstuurd aan de NVZ, OMS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) met het verzoek deze te delen met hun achterbannen, zodat partijen hier nog mee aan de slag kunnen richting 2015.

Aanpak richting 2015 en daarna

Ziekenhuizen

Uit de belronde van VWS en de interviewronde van de NZa volgt wat mij betreft een aantal aandachtspunten. Ik hoop dat partijen die dat nog niet hebben gedaan op korte termijn de verdere uitwerking van hun plannen afronden, zodat voor alle partijen tijdig helder is hoe de organisatie er vanaf 1 januari 2015 uit komt te zien. Een visie op de zorgverlening voor de langere termijn zou het uitgangspunt moeten zijn in de keuzes die raden van bestuur en medisch specialisten maken (richting 2015, maar ook daarna). Alleen een fiscale insteek leidt niet noodzakelijkerwijs tot de beoogde gelijkgerichtheid. Ik raad de ziekenhuizen aan om de plannen niet alleen te laten beoordelen door de Belastingdienst (op de fiscale aspecten), maar om ze ook te bespreken met andere betrokken partijen zoals verzekeraars en financiers (naast banken, indien van toepassing, het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) en College Sanering Zorginstellingen (CSZ)), waarbij juist ook aandacht is voor andere aspecten, zoals

1 januari 2015 om 0.00 uur) datgene dat wordt ingebracht niet langer een onderneming vormt.

- In algemene zin geldt dat voor het niet aannemen van een dienstbetrekking of fictieve dienstbetrekking voor de loonheffing – tussen het ziekenhuis en de specialist – het essentieel is dat de specialist zich vrijelijk kan laten vervangen en dat hij niet verplicht is persoonlijk de overeengekomen arbeid te verrichten.

Het is aan de professionaliteit van partijen om adequaat invulling te geven aan de hiervoor genoemde aspecten. Op basis van de ingediende verzoeken heeft het ministerie van Financiën de afgelopen periode een aantal keer een aandachtspuntenlijst rondgestuurd naar de NVZ en de OMS, zodat ziekenhuizen en medisch specialisten hier in hun planvorming rekening mee kunnen houden. Zonodig verstrekt het ministerie van Financiën nogmaals een update van deze lijst. De Belastingdienst geeft in overleg met het ministerie van Financiën antwoord op fiscale vragen die door de veldpartijen worden ingebracht.

Ministerie van VWS

De eerdergenoemde handvol ziekenhuizen die de komende maanden een extra inspanning moeten verrichten om de benodigde acties richting 1 januari 2015 uit te voeren worden op korte termijn een tweede keer door ambtenaren van VWS benaderd. Met hen wordt besproken waar de uitdagingen richting 1 januari 2015 zitten en of er activiteiten zijn die VWS kan ondernemen om hen te ondersteunen. Een van de aandachtspunten die uit de beelde van het ministerie van VWS naar voren kwam is dat de regeling integrale bekostiging te beperkt geformuleerd zou zijn, waardoor een deel van de geïnteresseerden hier geen gebruik van kan maken. Ik heb op basis van deze signalen de regeling nog eens goed onder de loep genomen en ben tot de conclusie gekomen dat ik de regeling op één punt ga aanpassen. In de huidige versie van de regeling zijn medisch specialisten die gedurende de looptijd van de regeling met pensioen gaan uitgesloten van toekenning. Veel ziekenhuizen koppelen aan een eventuele overstap naar loondienst de voorwaarde dat dit op het niveau van de gehele maatschap (dus niet per individuele specialist) plaatsvindt. Dit maakt dat de uitsluiting van individuele medisch specialisten die gedurende de looptijd van de regeling met pensioen gaan effect heeft op de mogelijkheden voor gehele maatschappen om over te stappen. Mijn doel van de regeling is dat partijen keuzevrijheid hebben om voor een van de modellen te kiezen. Om die reden heb ik besloten de regeling op dit punt aan te passen. Ik zal zo snel mogelijk een wijzigingsbesluit in de Staatscourant plaatsen dat er voor zorgt dat ook medisch specialisten die gedurende de looptijd van de regeling met pensioen gaan gebruik kunnen maken van de regeling.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Ook de IGZ heeft aandacht voor de invoering van integrale bekostiging. De gewijzigde verhoudingen tussen de raad van bestuur, de raad van toezicht en de medisch specialisten binnen een ziekenhuis kunnen gevolgen hebben voor de besturing van het ziekenhuis. Ongeacht het besturingsmodel van een ziekenhuis moeten er waarborgen voor kwaliteit en veiligheid aanwezig zijn. Het signaleren van (mogelijke) risico's en het nemen van beheersmaatregelen is een verantwoordelijkheid van zorginstellingen zelf. Als handreiking aan deze partijen heeft de IGZ in een aantal overleggen met de NVZ en de OMS gewezen op vraagstukken, waar raden van bestuur, raden van toezicht en medisch specialisten minimaal aandacht voor moeten hebben. Het betreft daarbij steeds het zodanig accommoderen van de raad van bestuur, dat deze in staat is haar (wettelijke)

minder kosten dan voorheen bestempeld worden als 'kosten medisch specialisten'. De NZa zal in de komende jaren bij ziekenhuizen opvragen welk deel van hun omzet wordt uitgegeven aan medisch specialisten. Indien medisch specialisten zich organiseren in een MSB, dan leveren ziekenhuizen alle uitgaven aan dit MSB aan. Hier kunnen bijvoorbeeld ook uitgaven aan personeel in dienst van het MSB en investeringen die vanuit het MSB worden gedaan in apparatuur onderdeel van uit maken. De waarde van deze cijfers op zichzelf is beperkt. Immers, dit kan er toe leiden dat, bij een gelijkblijvend inkomen per medisch specialist, een toename aan de 'kosten medisch specialist' in beeld komt. Overigens zou er ook sprake kunnen zijn van een afname van de totale 'kosten medisch specialisten' wanneer er veelvuldig overgestapt wordt naar loondienst. In de presentatie van de cijfers zal de NZa hier rekening mee houden. Deze cijfers zullen dan ook altijd bezien moeten worden in relatie tot de overige uitgaven aan medisch specialistische zorg.

De eerste resultaten van de Interviewronde 2014 zijn eerder in deze brief al genoemd onder *stand van zaken invoering integrale bekostiging op lokaal niveau* en zijn als gezegd gedeeld met de veldpartijen. De gehele eerste meting wordt eind 2014 uitgebracht en de monitor over de jaren 2015 en 2016 verschijnt respectievelijk eind 2016 en eind 2017.

Concluderend

Het is goed om te zien dat ziekenhuizen en medisch specialisten overal in het land druk bezig zijn met het opzetten van een organisatie die voorbereid is op de invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2015. De betrokken overheidsorganisaties en andere partijen spannen zich, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en taak, maximaal in om de invoering van integrale bekostiging soepel te laten verlopen. Veel ziekenhuizen en medisch specialisten zullen de komende maanden nog een extra inspanning moeten plegen om helemaal gereed te zijn voor de invoering van integrale bekostiging. Wanneer dit gebeurt heb ik er vertrouwen in dat alle ziekenhuizen in staat zijn om de juiste stappen richting 2015 te zetten, zodat de beoogde doelen van de invoering van integrale bekostiging daadwerkelijk worden gerealiseerd.

Hoogachtend,
mede namens de staatssecretaris van Financiën,
De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers



Ministerie van Financiën

TER INFORMATIE
Aan
de Minister
de Staatssecretaris

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

notitie

Medisch specialisten en gemaakte afspraken

Datum
21 oktober 2014
Notitie nummer
DGBel 2014/5874
Rubriek
ondernemerschap
Auteur

Via loco
de SG

Via
de DGBel

Via
MT DGBel

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan

Bijlagen

Aanleiding

U (de Minister) heeft naar aanleiding van een bericht in de media een vraag gesteld over de fiscale behandeling van medisch specialisten per 1-1-2015 (zie bijlage 1). U (de Stas) heeft naar aanleiding daarvan gevraagd naar de geschiedenis van de totstandkoming van de besluitvorming van de met de ziekenhuizen en medisch specialisten (MS) gemaakte afspraken. Hierna is een overzicht van de relevante gebeurtenissen en gemaakte afspraken inzake het dossier van de MS opgenomen.

Kern

Binnen de gemaakte afspraken is het mogelijk dat het ondernemerschap van de MS behouden blijft. Daarbij is van belang dat de maatschap van MS reële en substantiële investeringen verricht in apparatuur en personeel.

Toelichting

Overzicht relevante gebeurtenissen in dossier medisch specialisten

Regeerakkoord

In het regeerakkoord is opgenomen dat het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten in 2015 vervalt als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt. Bovendien wordt de vorming van mega- of regio maatschappen ontmoedigd.

Bestuurlijk akkoord 16 juli 2013

In het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 van 16 juli 2013 waarbij de Minister van VWS ook partij is, is onder meer het volgende opgenomen "Partijen onderschrijven dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het

Gezamenlijke brief Orde/NVZ 17-12-2013 en accordering FIN 18-12-2013

In een gezamenlijke brief van de Orde en NVZ zijn diverse besturings- en organisatiemodellen tussen ziekenhuizen en MS voorgelegd daarbij zijn de fiscale gevolgen van de verschillende modellen in kaart gebracht. Aan die brief is intensief overleg voorafgegaan waarbij constructief is samengewerkt met de collega's van VWS. De brief is door FIN geaccordeerd op 18 december 2013.

Laatste stand van zaken ingediende verzoeken

Inmiddels zijn er ca. 60 (van totaal ca 80) verzoeken binnengekomen bij de BD over het door partijen (ziekenhuis en MS) gewenste model. Die verzoeken worden gecoördineerd binnen de BD behandeld. Er spelen naar aanleiding van de ingediende verzoeken diverse fiscale vraagstukken die gecoördineerd worden opgepakt en van een reactie worden voorzien.

Gezamenlijke brief Minister VWS en Stas FIN

Zoals is afgesproken zal na het herfstreces een gezamenlijke brief van de MIN VWS en u (de Stas) naar de Tweede Kamer worden verzonden. In die brief zal onder meer worden aangegeven dat de ziekenhuizen en MS de komende maanden echt hard aan de slag moeten gaan om de besturings- en organisatiemodellen verder uit te werken, zodat ze op 1 januari 2015 klaar zijn. De inbreng van FIN in die brief zal betrekking hebben op:

- de mededeling dat verzoeken die voor 15 oktober 2014 zijn ingediend nog dit jaar zullen worden afgewikkeld;
- de melding dat er thans 60 verzoeken zijn voorgelegd aan de Belastingdienst waarvan er inmiddels 3 zijn geaccordeerd;
- het verstrekken van helderheid over openstaande fiscale vragen;
- wat de kritische succesfactoren in de goedgekeurde modellen zijn.

'voldoende ondernemersrisico's laden voor personeelskosten en investeringen'. 'De basis voor het succes is een goede samenwerking tussen medisch specialisten en bestuur. Het gaat om gelijkgerichtheid van belangen tussen medisch specialisten en het ziekenhuisbestuur. We waren het er steeds met elkaar over eens dat het in de kern om het ziekenhuis gaat.'

Outsourcen core-business

Verzekeraars en banken hebben zich eerder kritisch uitgelaten over de supermaatschap. Ze vinden het outsourcen van de core-business van het ziekenhuis in een apart medisch bedrijf risicovol. Dat roept associaties op met de moeizame werkverhouding tussen de NS en Pro Rail. Critici betwijfelen of ziekenhuisbestuurders in deze variant hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg wel kunnen waarmaken. Maar volgens Van der Veen valt dat allemaal heel goed te regelen in het samenwerkingsmodel. 'Als er problemen zijn met kwaliteit, dan zijn wij als bestuur in staat om op te treden.'

Overeenkomst tussen ondernemingen

Vice-voorzitter Janko de Jonge van de Orde van Medisch Specialisten is blij met de uitspraak van de Belastingdienst. Hij spreekt over stafmaatschap in plaats van supermaatschap. 'De fiscus ziet de overeenkomst tussen de medisch specialisten en het ziekenhuis als een overeenkomst tussen twee ondernemingen en niet als een arbeidsovereenkomst. In dat laatste geval zouden medisch specialisten ongewild in loondienst komen.'

Supermaatschap populair

Op 1 oktober hadden 29 van de ruim 80 ziekenhuizen hun voorstellen voorgelegd bij de fiscus. Wat de andere ziekenhuizen doen is niet bekend. Op 1 januari moet alles in kannen en kruiken zijn. Minister van VWS Edith Schippers heeft verklaard dat ziekenhuizen die uiterlijk 15 oktober hun voorstellen inleveren bij de Belastingdienst nog dit jaar antwoord krijgen. In veruit het merendeel van de plannen kiezen de medisch specialisten voor een supermaatschap. In circa 8 ziekenhuizen willen de dokters participeren in het ziekenhuis.



Ministerie van Financiën

Bijlage 3

TER INFORMATIE

Aan
de Minister
de Staatssecretaris

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

Datum
21 oktober 2014

Notifienummer:
DGBel 2014/5874

Rubriek
ondernemerschap

notitie

Medisch specialisten en gemaakte afspraken

Via *loc*
de SG

Via
de DGBel

Via
MT DGBel

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan

Bijlagen

Aanleiding

U (de Minister) heeft naar aanleiding van een bericht in de media een vraag gesteld over de fiscale behandeling van medisch specialisten per 1-1-2015 (zie bijlage 1). U (de Stas) heeft naar aanleiding daarvan gevraagd naar de geschiedenis van de totstandkoming van de besluitvorming van de met de ziekenhuizen en medisch specialisten (MS) gemaakte afspraken. Hierna is een overzicht van de relevante gebeurtenissen en gemaakte afspraken inzake het dossier van de MS opgenomen.

Kern

Binnen de gemaakte afspraken is het mogelijk dat het ondernemerschap van de MS behouden blijft. Daarbij is van belang dat de maatschap van MS reële en substantiële investeringen verricht in apparatuur en personeel.

Toelichting

Overzicht relevante gebeurtenissen in dossier medisch specialisten

Regeerakkoord

In het regeerakkoord is opgenomen dat het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten in 2015 vervalt als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuysbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt. Bovendien wordt de vorming van mega- of regiomaatschappen ontmoedigd.

Bestuurlijk akkoord 16 juli 2013

In het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017 van 16 juli 2013 waarbij de Minister van VWS ook partij is, is onder meer het volgende opgenomen "Partijen onderschrijven dat er ook vanaf 2015 een vrije keuze moet zijn om als medisch specialist te werken in dienstverband of in het



Kedouard. Lincalibant

TER INFORMATIE

Aan
de Staatssecretaris
de minister cc

EW

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

notitie

Uw vraag of MS als vrije beroepsbeoefenaren hun fiscale faciliteiten verliezen

Datum
30 oktober 2014
Notitienummer
DGBel 2014/6041
Rubriek
ondernemerschap
Auteur

Via
de SG

Via
de DGBel

Via
MT DGBel

30/10
Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan:
Minister

Bijlagen

Aanleiding (uw vraag)

Naar aanleiding van de notitie DGB 2014/5970 heeft u gevraagd of medisch specialisten (MS) die vrije beroepsuitoefenaar blijven per 1-1-2015 hun fiscale faciliteiten verliezen.

Antwoord op uw vraag

Per 1-1-2015 vervalt het zelfstandig declaratierecht van MS en dus ook het daarmee samenhangende debiteurenrisico. Als MS geen nadere actie ondernemen, vervalt daarmee het ondernemerschap en logischerwijs ook de daaraan gekoppelde fiscale faciliteiten, zoals de zelfstandigenaftrek (€ 7270) en de mkb-winstvrijstelling van 14% van de winst.

Als MS ter compensatie van het vervallen van voormeld zelfstandig declaratierecht aanvullende ondernemersrisico's gaan lopen, kan het ondernemerschap behouden blijven. Daarbij kan worden gedacht aan het investeren in personeel en apparatuur door (de maatschap van) MS.

Als per 1-1-2015 het ondernemerschap behouden blijft dan geldt dat evenzeer voor de fiscale faciliteiten. Met andere woorden die blijven van toepassing!

Cijfervoorbeeld fiscale faciliteiten MS¹

Volgens het CBS was de gemiddelde winst van een vrij gevestigde medisch specialist in 2010 € 215.900. Bij een zelfstandigenaftrek van € 7280 en de MKB-winstvrijstelling van 14%, dan betekent dit een fiscaal voordeel per vrij gevestigde medisch specialist van bijna € 19.000.

Per 1-1-2015 is voorgaand cijfervoorbeeld dus nog steeds actueel.

¹ Belastingplan 2014. Nota naar aanleiding van het verslag, Kamerstukken II 2013/14, 33752, nr. 11.



TER INFORMATIE

Aan
de Staatssecretaris
de Minister (cc)

Directoraat-Generaal
Belastingdienst
Inlichtingen

Datum
5 november 2014

Notitienummer
DGBel 2014/6113

Rubriek
ondememersbegrip

Auteur

notitie

Fiscale uitlating door MIN VWS in kamerbrief van
30 oktober 2014

Via
de SG

Via
de DGBel

Via
MT DGBel

Van
DGBel/cluster Fiscaliteit
Kopie aan

Bijlagen
2

Aanleiding

Op 30 oktober 2014 is mede namens u door Minister Schippers van VWS een brief naar de Tweede Kamer verzonden over de stand van zaken met betrekking tot de integrale bekostiging in de zorg die per 1 januari 2015 zal ingaan. U hebt ingestemd met verzending van die brief (zie DGB 2014-5970 van 28 oktober 2014, opgenomen als bijlage 1).

De door FIN aangeleverde fiscale aangeleverde fiscale passages zijn ongewijzigd in de brief opgenomen (zie p 4 en 5 van de brief). In de eerste alinea van die brief is echter – zonder medeweten van FIN – door de MIN VWS een passage over de fiscaliteit opgenomen.

Kern

In de eerste alinea van de brief van 30-10-2014 is opgemerkt dat de integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg per 1 januari 2015 meerdere doelen dient, maar dat 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.

De bewuste passage is minder gelukkig en doet voorkomen alsof voor de fiscaliteit het stelsel in de zorg overhoop wordt gehaald en dat is naar mijn mening niet zo. De fiscaliteit is slechts een afgeleide.

Toelichting

In bijlage 2 is de tekst van de eerste alinea van de tekst van de uitgaande brief aan de TK opgenomen, waarbij de gewraakte passage onderstreept is.

Daaronder is de versie opgenomen zoals die de lijn bij VWS is ingegaan. Die versie was ook als bijlage opgenomen bij voormelde notitie DGB 2014-5970 van 28 oktober 2014.

BIJLAGE 2

TEKST UITGAANDE BRIEF

Geachte voorzitter,

Hierbij breng ik u mede namens de staatssecretaris van Financiën op de hoogte van de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg. Per 1 januari 2015 wordt integrale bekostiging ingevoerd (zie mijn brief van 18 december 2013, TK 32620, nr. 105). Dat dient meerdere doelen. 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.

(...)

TEKST BRIEF ZOALS DE LIJN IN IS GEGAAN

Geachte voorzitter,

Per 1 januari 2015 wordt integrale bekostiging ingevoerd in de medisch specialistische zorg (zie mijn brief van 18 december 2013, TK 32620, nr. 105). De invoering van integrale bekostiging dient meerdere doelen: de bevordering 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.

(...)



TER BESLISSING; REACTIE UITERLIJK 15 DECEMBER 2014

Aan
de Staatssecretaris
 de Minister (kopie)

Directoraat-Generaal
 Belastingdienst
 Inlichtingen

notitie

Medisch specialisten: reactie Min. VWS en Stas FIN op verslag schriftelijk overleg TK n.a.v. brief 31 oktober 2014

Datum
 12 december 2014

Notificatienummer
 DGBel 2014/6805 N

Rubriek
 ondernemerschap

Auteur

Via
 de SG

Via
 de DGBel

Via
 MT DGBel

Van
 DGBel/cluster Fiscaliteit

Kopie aan

CC:

Bijlagen
 2

Aanleiding

Door de Minister van VWS is mede namens U (Stas) een brief van 31 oktober 2014 naar de Tweede Kamer verzonden.¹ Die brief geeft de stand van zaken weer die uit een inventarisatie van VWS en NZA naar voren komen over de overgang naar integrale bekostiging van medische specialisten per 2015. De brief geeft onder meer aan voor welke bestuursmodellen ziekenhuizen en vrij gevestigd medisch specialisten kunnen kiezen. Ook zijn in die brief enkele fiscale passages opgenomen.

Naar aanleiding van voormelde brief is door vaste commissie voor VWS een verslag vastgesteld. In dat verslag zijn diverse vragen en opmerkingen opgenomen die bij een aantal fracties leven. Een groot aantal van de vragen heeft betrekking op de fiscaliteit. In bijlage 1 treft u de reactie op de vragen aan. De antwoorden op de fiscale vragen zijn in een kader geplaatst. Voor zover nodig heeft IRF contact gehad met VWS voor de beantwoording van een paar niet-fiscale vragen. De reactie op het verslag gaat vandaag ook de lijn in naar de Minister van VWS. De vaste commissie voor VWS heeft verzocht om beantwoording voor het kerstreces.

Beslispunt

- Gaat U (Stas) akkoord met bijgevoegde reactie op de fiscale vraagpunten zodat de reactie op het verslag mede namens u door de Minister van VWS kan worden verzonden.

¹ Kamerstuk 32.620, nr 139

Toelichting

De brief van 31 oktober 2014 die door de Minister van VWS mede namens U (Stas) naar de Tweede Kamer is verzonden, is opgenomen als bijlage 2.

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.² 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 planning van de Belastingdienst is om de verzoeken deze week af te wikkelen.

-0-

² Brief van het Ministerie van Financiën van 5 december, kenmerk DGB 2014-6702M

Bijlage 1: 32 620, Nr. REACTIE OP VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij een aantal fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 31 oktober 2013 over de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg (32620, nr. 139).

De op 4 december 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders
De griffier van de commissie,
Teunissen

(...)

I. 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 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

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

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 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 aantal 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.

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.

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 steit eisen die niet passen binnen de wet- en regelgeving van de ander. Daarbij zijn we vanuit onze 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 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 (bijgevoegd als bijlage 2). De IGZ redeneert dat de verschillende modellen allemaal moeten voldoen aan wet- en regelgeving. De belangrijkste bepaling 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. De IGZ kan 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 bestuursmodel, 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 organisatie modellen. 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 verheideren 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 langetermijnontwikkeling van een participatiemodel waarbij op korte termijn wordt gekozen voor een samenwerkingsmodel.

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 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 voorsnog 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

⁴ Kamerstukken II, 2013-14, 32620, nr. 129

⁵ Kamerstukken II, 2013-14, 33 980, nr. 2

een nieuwe samenwerkingsovereenkomst af 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 regelling 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 geduld. Wel zal de Belastingdienst er in het kader van haar gebruikelijke handhavingstaak op toezien dat de voorgelegde structuur ook daadwerkelijk juist wordt geïmplementeerd.

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 blijft in staat zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg waar te maken. De artikelen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid van zorg in de model samenwerkingsovereenkomst zijn gebaseerd op dezelfde artikelen uit de huidige 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 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 NVZ en 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 verzekeraar. 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.

Ik verwijs naar mijn antwoord hierboven over het beleid omtrent regiomaatschappen.

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?

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. Dat staat los van de invoering van integrale bekostiging. De IGZ spreekt de bestuurder ongeacht het gekozen model en de uitwerking aan op diens eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit 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. Ik verwijs hierbij ook naar de NZa-monitor.

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 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.

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 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'?

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 organisatie model 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 toetsingskader 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 zo'n samenwerkingsmodel personeel overnemen van het ziekenhuis dan zal dit niet zonder onderlinge overeenstemming kunnen en moeten ziekenhuis en medisch specialistisch bedrijf zich houden aan de vigerende wet- en regelgeving. Het samenwerkingsmodel is een verzakelijking en verzwaring 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.

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 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 verantwoordelijkheid 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 op grond van de 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 begrepen van NVZ en OMS dat er op dit moment slechts 1 ziekenhuis bekend is waar meerdere medisch specialistische bedrijven worden opgericht. Hiermee hebben NVZ en OMS contact om te bezien hoe dit beter vorm kan krijgen. In de overige 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 huidige 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 al 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 (€ 7280) 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.

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

Ik verwacht, gezien zowel het lange voortraject als de recente vorderingen van ziekenhuizen en medisch specialisten, dat instellingen gewoon op tijd klaar zijn. 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 inkoopende 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 bezien 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 in het voorgaande genoemde modellen is ervan 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 vice-voorzitter 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.'

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.

PM MC Maurice

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. Hierbij zal ook een toetsing door het WFZ plaatsvinden op grond van het Reglement van Deelneming. Het WFZ heeft haar leden daarop expliciet gewezen in een mail op 2 oktober 2014. Aan de ziekenhuizen is 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 fiscus. De ziekenhuizen zijn er ook door het WFZ op gewezen dat het wachten met het

toezenden aan het WFZ tot nadat een formele reactie is ontvangen van de belastingdienst, leidt tot onnodig veel tijdverlies. Gelet op de beperkte tijd die nog resteert, heeft het WFZ ook 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 kan er een complexe situatie 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. (NB: op grond van de bepalingen bij leningscontracten dienen ook banken in te stemmen met ingrijpende organisatieveranderingen.)

Het WFZ kan niet op voorhand tot in detail aangeven welke aspecten frictie kunnen opleveren. Dit kan alleen worden beoordeeld op basis van een concrete uitwerking van de specifieke situatie van elke organisatie. In het algemeen kan gesteld worden dat de toetspunten die eerder door de NVZ zijn opgesteld ook vanuit het oogpunt van een financier belangrijke invalshoeken vormen. Meer specifiek vanuit het WFZ bezien zijn alle veranderingen die afbreuk doen aan de kredietwaardigheid van de organisatie aandachtspunten. De toets van het WFZ spitst zich daarbij toe op: 1) de bestuurbaarheid/slagvaardigheid van de organisatie, 2) veranderingen in de eigendomsstructuur, 3) (mogelijke) financiële gevolgen voor het ziekenhuis.

De kans dat het WFZ en/of de banken modellen van zorginstelling die door de belastingdienst zijn goedgekeurd alsnog afkeurt, acht ik niet heel erg groot. Ik kan echter niet uitsluiten dat dit in een sporadisch geval zou kunnen plaatsvinden. In dergelijke gevallen zal in overleg met de Belastingdienst moeten worden bezien welke wijzigingen binnen de grenzen van wet mogelijk zijn.

In principe dienen alle ziekenhuizen die zijn aangesloten bij het WFZ hun veranderingen in organisatie- en eigendomsstructuur voor te leggen. Het gaat om de volgende ziekenhuizen:

PM (WFZ maakt deze lijst nog)

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;
- dat deze voordelen in voldoende mate ten goede komen aan de patiënten/verzekeraars en opwegen tegen de nadelen van de concurrentiebeperking;

- dat de afspraak noodzakelijk is om deze voordelen te realiseren en niet verder gaat dan nodig (bijvoorbeeld niet zelfstandig behaald kunnen worden);
- dat 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.

Bijlage 2: brief van 31 oktober 2014 van Minister VWS die mede namens Stas Fin naar TK is verzonden

Geachte voorzitter,

Hierbij breng ik u mede namens de staatssecretaris van Financiën op de hoogte van de stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg. Per 1 januari 2015 wordt integrale bekostiging ingevoerd (zie mijn brief van 18 december 2013, TK 32620, nr. 105). Dat dient meerdere doelen. 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.

De invoering van integrale bekostiging betekent, naast een wijziging in het declaratieverkeer, een verandering in de verhoudingen binnen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's)⁶. Waar specialisten tot nu toe zelf onderhandelden met verzekeraars over hun honorariumcomponent, onderhandelt de verzekeraar straks in principe alleen nog met het ziekenhuis en dienen ziekenhuizen en medisch specialisten onderling afspraken te maken over het inkomensdeel van de medisch specialist. Ziekenhuizen en medisch specialisten dienen daarmee gezamenlijk een keuze te maken over de aansturing en de verhoudingen binnen het ziekenhuis. Ook fiscaal heeft dit gevolgen. Nu de medisch specialisten geen eigenstandig declaratierecht meer hebben verliezen zij, zonder aanvullende maatregelen, hun ondernemersstatus. Medisch specialisten die dit niet willen zullen zich anders moeten organiseren. Op hoofdlijnen zijn hier door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS), drie modellen uitgewerkt die per brief op 17 december 2013 zijn voorgelegd aan de Belastingdienst: het loondienstmodel, waarbij de vrijgevestigd specialisten de overstap maken naar een dienstverband, het al dan niet fiscaal transparante participatiemodel, waarbij medisch specialisten actief gaan participeren in het ziekenhuis, en het al dan niet fiscaal transparante samenwerkingsmodel waarbij medisch specialisten zich verzamelen in een zogenaamd Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) en vanuit daar afspraken maken met het ziekenhuisbestuur over de te leveren zorg.

De invoering van integrale bekostiging betekent voor de ziekenhuizen en medisch specialisten een majeure verandering. Hoewel het aan de ziekenhuizen en medisch specialisten is om hier verantwoorde keuzes in te maken vond ik het aan de vooravond van de invoering van belang om me persoonlijk te laten informeren over de lokale aanpak en de vorderingen die ziekenhuizen maken met het oog op de naderende Invoeringsdatum. Ambtenaren van VWS hebben daarom begin oktober alle ziekenhuizen gebeld om hen te bevragen op de stand van zaken. In deze brief ga ik in op de resultaten van deze beironde, de aandachtspunten en activiteiten die daaruit voortkomen richting 2015. Daarna ga ik in op de opzet van de monitor integrale bekostiging waartoe ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opdracht heb gegeven.

⁶ In het vervolg van de brief wordt, omwille van de leesbaarheid, gesproken over ziekenhuizen in plaats van ziekenhuizen en ZBC's.

Stand van zaken invoering integrale bekostiging op lokaal niveau

Uit de bovengenoemde belronde met de ziekenhuizen komt het volgende beeld naar voren. Alle ziekenhuizen zijn druk bezig met de invoering van integrale bekostiging en het merendeel is zich (inmiddels) voldoende bewust van deadlines en verantwoordelijkheden. Een handvol ziekenhuizen is helemaal gereed voor de invoering per 1 januari 2015. Veel ziekenhuizen zijn redelijk ver gevorderd; ze hebben al een keuze gemaakt voor een nieuw organisatiemodel, maar moeten de komende maanden nog wel aan de slag om enkele zaken tijdig uitgewerkt te hebben richting 1 januari 2015. Hierbij kan worden gedacht aan het vaststellen van een samenwerkingsovereenkomst, het maken van financiële afspraken of het vormgeven van de overlegstructuren. Tot slot is er een handvol ziekenhuizen dat de komende periode nog een forse inspanning moet leveren om de datum van 1 januari 2015 te halen. Deze ziekenhuizen hebben begin oktober te kennen gegeven dat er nog geen besluit is genomen door de raad van bestuur en medische staf over het te kiezen model en de verdere invulling van de randvoorwaarden.

Uit de belronde blijkt dat alle uitgewerkte modellen aan bod komen. In een beperkt aantal ziekenhuizen maken alle specialisten de overstap naar een dienstverband. Een aantal ziekenhuizen kiest voor het participatiemodel, waarbij de wijze waarop de medisch specialisten participeren verschillend wordt ingevuld. In de meeste ziekenhuizen wordt echter gekozen voor het samenwerkingsmodel. De wijze waarop medisch specialisten zich verenigen in een MSB en de afspraken die tussen de raden van bestuur en het MSB worden gemaakt kennen lokaal verschillende invullingen. Tot slot is er een aantal ziekenhuizen dat kiest voor een hybride model. Zo zijn er ziekenhuizen die naast het samenwerkingsmodel ook een loondienstaanbod doen en waar een deel van de specialisten de overstap maakt naar een dienstverband. Er zijn ziekenhuizen die kiezen voor het loondienstmodel, waarbij medisch specialisten de mogelijkheid krijgen om naast het dienstverband te gaan participeren in het ziekenhuis. Tot slot is er een aantal ziekenhuizen dat eigenlijk kiest voor het participatiemodel, maar waarvoor 1 januari 2015 te vroeg komt om dit tot in detail uit te werken. In deze ziekenhuizen wordt er voor gekozen om als tijdelijke stap het samenwerkingsmodel in te voeren om daarnaast het participatiemodel verder uit te werken, zodat dit op enig moment de komende jaren kan worden ingevoerd.

Uit de belronde blijkt dat de overstap van vrijgevestigde medisch specialisten naar loondienst om twee redenen achterblijft. Ten eerste is er de ervaren politieke drelging van de Wet Normering Topinkomens. Daarnaast wordt de beperking van de subsidieregeling integrale bekostiging aan het einde van de loopbaan als belemmerend ervaren. Juist hier kan een overstap aantrekkelijk zijn, mede omdat de opvolging dan ook in loondienst werkt. Ik heb derhalve besloten de subsidieregeling op dit punt aan te passen.

Hoewel de verschillende modellen al in december 2013 waren uitgewerkt en met de NVZ en OMS besproken, hebben veel ziekenhuizen en medisch specialisten pas in de loop van 2014 de stap gezet om hier ook echt concrete afspraken over te maken. Veel ziekenhuizen geven dan ook aan tijdsdruk te ervaren richting 1 januari 2015. De aanpak van ziekenhuizen is verschillend. Waar in het ene ziekenhuis een complete strategie voor de komende jaren wordt uitgewerkt,

waarbij vanuit de inhoud van de zorg een passend organisatie-model wordt gezocht, worden in een ander ziekenhuis de keuzes vooral ingegeven door fiscale aspecten. Wat het proces voor de ziekenhuizen spannend maakt is dat de plannen en/of de uitwerking ervan in de praktijk ook worden getoetst door externe partijen, zoals de Belastingdienst, verzekeraars, banken, het Waarborgfonds Zorg (WFZ), toezichthouders, et cetera. Zowel ten aanzien van kwaliteit, fiscaliteit als financiën dienen de plannen op orde te zijn. Ziekenhuizen geven aan behoefte te hebben aan helderheid over de eisen op deze onderdelen.

Naast de belronde van VWS is de NZa, vooruitlopend op de monitor integrale bekostiging, gestart met een interviewronde bij een aantal ziekenhuizen (verderop in deze brief wordt ingegaan op de opzet van de monitor integrale bekostiging). Uit deze interviewronde is een aantal aandachtspunten naar voren gekomen, welke deels overlappen met de resultaten van de belronde en deels een verdere precisering zijn van de genoemde aandachtspunten. Genoemde aandachtspunten zijn verwoord in een brief van de NZa die ik als bijlage bij de voorliggende brief heb gevoegd. In aanvulling op eerdergenoemde aandachtspunten, vraagt de NZa aandacht voor het feit dat in veel ziekenhuizen nog geen afspraken zijn gemaakt over de vergoedingssystematiek en de hoogte van vergoedingen van medisch specialisten, voor het handhaven van kwaliteit van de registraties, voor de keuzes inzake overlegstructuren binnen de ziekenhuizen. De NZa heeft deze brief ook verstuurd aan de NVZ, OMS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) met het verzoek deze te delen met hun achterbannen, zodat partijen hier nog mee aan de slag kunnen richting 2015.

Aanpak richting 2015 en daarna

Ziekenhuizen

Uit de belronde van VWS en de interviewronde van de NZa volgt wat mij betreft een aantal aandachtspunten. Ik hoop dat partijen die dat nog niet hebben gedaan op korte termijn de verdere uitwerking van hun plannen afronden, zodat voor alle partijen tijdig helder is hoe de organisatie er vanaf 1 januari 2015 uit komt te zien. Een visie op de zorgverlening voor de langere termijn zou het uitgangspunt moeten zijn in de keuzes die raden van bestuur en medisch specialisten maken (richting 2015, maar ook daarna). Alleen een fiscale insteek leidt niet noodzakelijkerwijs tot de beoogde gelijkgerichtheid. Het is evident dat de ziekenhuizen de plannen niet alleen laten beoordelen door de Belastingdienst (op de fiscale aspecten), maar ze ook bespreken met andere betrokken partijen zoals verzekeraars en financiers (naast banken, indien van toepassing, het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) en het College Sanering Zorginstellingen (CSZ)), waarbij juist ook aandacht is voor andere aspecten, zoals governance/bestuurbaarheid van de organisatie, mogelijke verandering in eigendomsstructuur en mogelijke financiële risico's voor het ziekenhuis. Het WFZ heeft begin oktober een uitgebreide toelichting aan de ziekenhuizen gegeven over de wijze waarop getoetst zal worden. Het WFZ heeft ziekenhuizen daarbij verzocht om, zodra deze in enige vorm beschikbaar is, de concrete uitwerking van de voorgestane organisatie- en eigendomsstructuur zo spoedig mogelijk ter toetsing aan het WFZ voor te leggen om tijdig een reactie te kunnen ontvangen. Van belang vind ik ook dat ziekenhuizen zich afdoende voorbereiden op een onverhoopt negatieve beoordeling door de Belastingdienst. Een open gesprek tussen raad van bestuur en medische staf over de gevolgen van bijvoorbeeld een fictief loondienstverband is van belang voor de bestuurbaarheid van het ziekenhuis.

Zorgverzekeraars en banken

Uit de gesprekken die de NZa met zorgverzekeraars heeft gevoerd blijkt dat zorgverzekeraars het onderwerp integrale bekostiging beperkt ter sprake brengen in het overleg met ziekenhuizen. Dit wordt door zorgverzekeraars toch vooral gezien als 'iets achter de voordeur van ziekenhuizen'. Als vertegenwoordiger van haar verzekerden ga ik ervan uit dat zorgverzekeraars dit in de komende tijd meer en indringender aan de orde stellen in hun gesprekken met ziekenhuizen. Hoe is het ziekenhuis georganiseerd? Kan een verzekeraar er op vertrouwen dat ook in de nieuwe structuur de kwaliteit van zorg wordt geleverd die ze wil inkopen? In hoeverre vraagt een gekozen organisatiemodel om een ander type afspraken in de contractering? Ik verwacht dat ook banken de invoering van integrale bekostiging en de keuzes voor organisatiemodellen laten meewegen in de oordeelsvorming over de financiering van de ziekenhuizen.

Ministerie van Financiën en de Belastingdienst

Hoewel het in eerste instantie aan de ziekenhuizen en medisch specialisten is om te zorgen voor een verantwoorde organisatie van de zorg per 1 januari 2015 zetten de ministeries van VWS en Financiën zich maximaal in om de overgang naar integrale bekostiging soepel te laten verlopen. Zo biedt het ministerie van Financiën partijen de mogelijkheid om hun organisatie- en besturingsmodellen vooraf te laten beoordelen door de Belastingdienst. Deze modellen zijn veelal gebaseerd op hetgeen is verwoord in de gezamenlijke brief die de OMS en de NVZ van 17 december 2013 aan de Belastingdienst. Om de eenheid van beleid en uitvoering te waarborgen vindt er landelijke coördinatie plaats. De Belastingdienst heeft aangegeven dat alle compleet ingediende verzoeken die voor 15 oktober 2014 zijn ingediend vóór 1 januari 2015 worden beoordeeld. Circa 60 ziekenhuizen/medisch specialisten hebben van deze mogelijkheid gebruikt gemaakt. De Belastingdienst heeft inmiddels de eerste goedkeurende beoordelingen afgegeven; het betreft zowel het samenwerkingsmodel als het participatiemodel. De kritische succesfactoren bij deze positieve beoordelingen waren de volgende:

- Bij de fiscaal transparante modellen is noodzakelijk dat de specialisten daadwerkelijk in fiscale zin reële en substantiële ondernemersrisico's gaan lopen, net als alle andere ondernemers.
- Personeel dient rechtstreeks in dienst te komen bij de maatschap. Inhuur van personeel vanuit het ziekenhuis is slechts in het kader van de transitie aanvaardbaar gedurende een beperkte periode, waarbij kan worden gedacht aan maximaal één jaar.
- Ten aanzien van de omvang van de investeringen in bedrijfsmiddelen, zoals apparatuur, moet sprake zijn van reële en substantiële investeringen door de maatschap.
- Bij de fiscaal niet-transparante modellen is het noodzakelijk dat de oprichting en de inbreng van de onderneming in een BV uiterlijk op 31 december 2014 om 24.00 uur plaatsvindt. Terugwerkende kracht in 2015 (of nog later) is niet mogelijk omdat bij een later inbrengmoment (dus na 1 januari 2015 om 0.00 uur) datgene dat wordt ingebracht niet langer een onderneming vormt.
- In algemene zin geldt dat voor het niet aannemen van een dienstbetrekking of fictieve dienstbetrekking voor de loonheffing – tussen het ziekenhuis en de specialist – het essentieel is dat de specialist zich vrijelijk kan laten

vervangen en dat hij niet verplicht is persoonlijk de overeengekomen arbeid te verrichten.

Het is aan de professionaliteit van partijen om adequaat invulling te geven aan de hiervoor genoemde aspecten. Op basis van de ingediende verzoeken heeft het ministerie van Financiën de afgelopen periode een aantal keer een aandachtspuntenlijst rondgestuurd naar de NVZ en de OMS, zodat ziekenhuizen en medisch specialisten hier in hun planvorming rekening mee kunnen houden. Zonodig verstrekt het ministerie van Financiën nogmaals een update van deze lijst. De Belastingdienst geeft in overleg met het ministerie van Financiën antwoord op fiscale vragen die door de veldpartijen worden ingebracht.

Ministerie van VWS

De eerdergenoemde handvol ziekenhuizen die de komende maanden een extra inspanning moeten verrichten om de benodigde acties richting 1 januari 2015 uit te voeren worden op korte termijn een tweede keer door ambtenaren van VWS benaderd. Met hen wordt besproken waar de uitdagingen richting 1 januari 2015 zitten en of er activiteiten zijn die VWS kan ondernemen om hen te ondersteunen.

Daarnaast zal VWS de landelijke voortgang van de invoering van integrale bekostiging, een belangrijk onderdeel van de bestuurlijk hoofdlijnenakkoorden, de komende periode met de betrokken branchepartijen bestuurlijk bespreken om op de hoogte te blijven van de actuele stand van zaken.

Een van de aandachtspunten die uit de beironde van het ministerie van VWS naar voren kwam is dat de subsidieregeling integrale bekostiging te beperkt geformuleerd zou zijn, waardoor een deel van de geïnteresseerden hier geen gebruik van kan maken. Zoals eerder in deze brief aangegeven zal ik de regeling op dit punt aanpassen. In de huidige versie van de regeling zijn medisch specialisten die gedurende de looptijd van de regeling met pensioen gaan uitgesloten van toekenning. Veei ziekenhuizen koppelen aan een eventuele overstap naar loondienst de voorwaarde dat dit op het niveau van de gehele maatschap (dus niet per individuele specialist) plaatsvindt. Dit maakt dat de uitsluiting van individuele medisch specialisten die gedurende de looptijd van de regeling met pensioen gaan effect heeft op de mogelijkheden voor gehele maatschappen om over te stappen. Mijn doel van de regeling is dat partijen keuzevrijheid hebben om voor een van de modellen te kiezen. Ik zal zo snel mogelijk een wijzigingsbesluit in de Staatscourant plaatsen dat er voor zorgt dat ook medisch specialisten die gedurende de looptijd van de regeling met pensioen gaan gebruik kunnen maken van de regeling.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ heeft uiteraard bijzondere aandacht voor de invoering van integrale bekostiging. De gewijzigde verhoudingen tussen de raad van bestuur, de raad van toezicht en de medisch specialisten binnen een ziekenhuis kunnen gevolgen hebben voor de besturing van het ziekenhuis. Ongeacht het besturingsmodel van een ziekenhuis moeten er waarborgen voor kwaliteit en veiligheid aanwezig zijn. Het signaleren van (mogelijke) risico's en het nemen van beheersmaatregelen is een verantwoordelijkheid van zorginstellingen zelf. Als handreiking aan deze partijen heeft de IGZ in een aantal overleggen met de NVZ en de OMS gewezen op vraagstukken, waar raden van bestuur, raden van toezicht en medisch specialisten minimaal aandacht voor moeten hebben. Het betreft daarbij steeds het zodanig accommoderen van de raad van bestuur, dat deze in staat is haar (wettelijke) eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid waar te maken.

Deze handreiking van de IGZ aan het veld, die de vorm heeft van een zelftest voor de raad van bestuur en medisch specialisten, bevat een aantal vragen voor ziekenhuizen over de relatie tussen de raad van bestuur en medisch specialisten. Deze vragen helpen raden van bestuur, raden van toezicht en medisch specialisten in het testen of zij verantwoorde keuzes hebben gemaakt in de gekozen modellen. De door de IGZ genoemde aandachtsgebieden en vragen zijn geen uitputtende lijst en vormen ook geen toetsingskader. Ik verwacht dat raden van bestuur en specialisten hun verantwoordelijkheid nemen in het benoemen en beheersen van de risico's binnen hun organisatie.

De IGZ ziet (risicogebaseerd) toe op de wijze waarop aan de governance van een ziekenhuis vorm en invulling wordt gegeven. In 2015 geldt governance als prioriteit binnen het toezicht van de IGZ, waarbij uit wordt gegaan van het wettelijk kader dat in alle sectoren van toepassing is. Als kader voor haar toezicht op governance hanteert de IGZ onder meer de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet Toelating Zorginstellingen, en de Zorgbrede Governancecode. De IGZ heeft dat uitgewerkt in het Toezichtkader "Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid". Voor wat betreft het toezicht op de medisch specialistische zorg heeft de IGZ aandacht voor specifieke risico's, wanneer deze zich in ziekenhuizen voordoen. Op zeer korte termijn zal ik uw Kamer ook de antwoorden doen toekomen op het Verslag Schriftelijke Overleg (VSO) over Goed Bestuur in de Zorg. Daarin ga ik nader in op de maatregelen die ik op het terrein van goed bestuur in de zorg wil treffen.

Monitor integrale bekostiging

Tijdens het Algemeen Overleg over integrale bekostiging van 24 april 2014 jongstleden heb ik u toegezegd u te informeren over de wijze waarop ik de gevolgen van de invoering van integrale bekostiging ga monitoren. Ik heb de NZa verzocht deze monitor vorm te geven waarbij ik hen heb gevraagd aandacht te besteden aan de volgende onderdelen:

1. Welke keuzes maken specialisten tussen de verschillende modellen (loondienst, samenwerking- en participatiemodel)?
2. Hoe ontwikkelen de uitgaven aan medisch specialisten zich?
3. Wat betekent de invoering van integrale tarieven voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg? Welke invloed hebben de veranderde verhoudingen in de ziekenhuizen hierop?
4. Welk effect heeft de beleidswijziging op de contractering door verzekeraars?

De NZa heeft mij laten weten deze monitor jaarlijks uit te voeren, te starten met een eerste meting eind 2014, met een herhaling over de jaren 2015 en 2016. De jaarlijkse monitor kent twee elementen; een kwantitatief en een kwalitatief element. Gegevens hiervoor worden verzameld door interviews, enquêtes en door het opvragen van informatie bij externe bronnen. Met name voor vraag 3 en 4 wordt op een kwalitatieve manier informatie verzameld. In aanvulling op de kwalitatieve data worden kwantitatieve gegevens verzameld over het aantal overstappers naar loondienst, het aantal nieuwe toetreders en de uitgaven van ziekenhuizen aan medisch specialisten. Ten aanzien van dit laatste punt dient wel een voorbehoud gemaakt te worden over de vergelijkbaarheid van de gegevens over de uitgaven aan medisch specialisten voor en na invoering van integrale bekostiging. Met de invoering van integrale bekostiging vervalt immers de honorariumcomponent van medisch specialisten en zou het kunnen dat meer of minder kosten dan voorheen bestempeld worden als 'kosten medisch

specialisten'. De NZa zal in de komende jaren bij ziekenhuizen opvragen welk deel van hun omzet wordt uitgegeven aan medisch specialisten. Indien medisch specialisten zich organiseren in een MSB, dan leveren ziekenhuizen alle uitgaven aan dit MSB aan. Hier kunnen bijvoorbeeld ook uitgaven aan personeel in dienst van het MSB en investeringen die vanuit het MSB worden gedaan in apparatuur onderdeel van uit maken. De waarde van deze cijfers op zichzelf is beperkt. Immers, dit kan er toe leiden dat, bij een gelijkblijvend inkomen per medisch specialist, een toename aan de 'kosten medisch specialist' in beeld komt. Overigens zou er ook sprake kunnen zijn van een afname van de totale 'kosten medisch specialisten' wanneer er veelvuldig overgestapt wordt naar loondienst. In de presentatie van de cijfers zal de NZa hier rekening mee houden. Deze cijfers zullen dan ook altijd gezien moeten worden in relatie tot de overige uitgaven aan medisch specialistische zorg.

De eerste resultaten van de interviewronde 2014 zijn eerder in deze brief al genoemd onder *stand van zaken invoering integrale bekostiging op lokaal niveau* en zijn als gezegd gedeeld met de veldpartijen. De gehele eerste meting wordt eind 2014 uitgebracht en de monitor over de jaren 2015 en 2016 verschijnt respectievelijk eind 2016 en eind 2017.

Concluderend

Het is goed om te zien dat ziekenhuizen en medisch specialisten overal in het land druk bezig zijn met het opzetten van een organisatie die voorbereid is op de invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2015. De betrokken overheidsorganisaties en andere partijen spannen zich, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en taak, maximaal in om de invoering van integrale bekostiging soepel te laten verlopen. Veel ziekenhuizen en medisch specialisten zullen de komende maanden nog een extra inspanning moeten plegen om helemaal gereed te zijn voor de invoering van integrale bekostiging; ik ga er van uit dat de NVZ en OMS hen daarbij met raad en daad terzijde zullen staan. Wanneer dit gebeurt heb ik er vertrouwen in dat alle ziekenhuizen in staat zijn om de juiste stappen richting 2015 te zetten, zodat de beoogde doelen van de invoering van integrale bekostiging daadwerkelijk worden gerealiseerd.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Ministerie van Financiën
Directoraat-Generaal Belastingdienst
t.a.v. drs. T.W.M. Poolen
Postbus 20201
2500 EE Den Haag

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	1/14

Onderwerp

Akkoord fiscale behandeling samenwerking medisch specialisten/ziekenhuizen vanaf 1-1-2015

Geachte heer Poolen,

Vanaf begin juli 2013 heeft diverse malen overleg plaatsgevonden tussen het ministerie van Financiën, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: 'ministerie van VWS'), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (hierna: 'NVZ'), de Orde van Medisch Specialisten (hierna: 'OMS'), EY, Van der Feltz Advocaten en PwC.

De aanleiding voor deze gesprekken vormt de invoering per 1 januari 2015 van de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg en de voorgenomen afschaffing van het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren jegens de patiënten en de zorgverzekeraars.

Tijdens deze besprekingen is gesproken over de fiscale aspecten van verschillende besturingsmodellen voor ziekenhuizen en medisch specialisten op grond waarvan medisch specialisten hun zelfstandige status zouden kunnen behouden. Dit ook als uitvloeisel van het op 16 juli 2013 gesloten Zorgakkoord waarin is bevestigd dat de medisch specialist een vrije keuze moet hebben om zijn/haar beroep in loondienst danwel als zelfstandig beroepsbeoefenaar uit te oefenen.

In deze brief leggen we de uitkomsten van de besprekingen vast. In de bijlage hebben we een factsheet opgenomen met daarin een samenvatting op hoofdlijnen, bedoeld om in combinatie met deze brief aan onze achterbannen te verstrekken.

1. Afschaffing zelfstandig declaratierecht, fiscaal ondernemerschap en alternatieve wijze van declareren

Bij invoering van de integrale bekostiging met ingang van 1 januari 2015 en de daarmee samenvallende afschaffing van het zelfstandig declaratierecht van de medisch specialist jegens de patiënten en de zorgverzekeraars, zoals voorgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit op 28 juni 2013, zal naar de mening van het ministerie van Financiën het fiscaal ondernemerschap in beginsel komen te vervallen. Het ministerie van Financiën ziet momenteel het zelfstandig declaratierecht jegens de patiënten en de zorgverzekeraars (ook wel 'via' declareren genoemd) in combinatie met het daarmee verband houdende debiteurenrisico namelijk als een essentieel onderdeel van het fiscaal ondernemerschap voor de medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	2/14

Of er sprake is van ondernemerschap wordt door het ministerie van Financiën over het algemeen getoetst aan de hand van criteria die in de jurisprudentie zijn ontwikkeld (zie o.m. kamerstukken II 2009/2010, 32 222, nr. 11). Daarbij spelen de volgende aspecten - in onderlinge samenhang bezien - een rol:

- de duurzaamheid en de omvang van de werkzaamheden;
- de grootte van de bruto baten;
- de winstverwachting;
- het lopen van ondernemersrisico (niet ieder risico is overigens een ondernemersrisico);
- de beschikbare tijd;
- de bekendheid die naar buiten toe aan de werkzaamheden wordt gegeven;
- het aantal opdrachtgevers.

Door de OMS en de NVZ zijn in dit verband de criteria van zelfstandigheid, ondernemersrisico en continuïteit naar voren gebracht. Het ministerie van Financiën is van mening dat het vervallen van het 'via' declareren niet aan het fiscaal ondernemerschap in de weg staat, indien compensatie gevonden wordt in het lopen van ondernemersrisico's. Het ministerie van Financiën heeft voorts aangegeven dat de ondernemersrisico's van wezenlijke betekenis moeten zijn. Deze moeten substantie en gewicht hebben.

Daarbij heeft het ministerie van Financiën aangegeven dat het enkel "mee-ademen" met het resultaat van het ziekenhuis niet voldoende is voor het ondernemerschap.

Ook ziet het ministerie van Financiën andere declaratievarianten, zoals het 'mede namens', het 'samen' of het 'mede ten behoeve van' declareren, in fiscale zin niet als (juridische) varianten van het zelfstandig declaratierecht op basis waarvan het fiscaal ondernemerschap behouden kan blijven.

Hierna worden de fiscale aspecten van verschillende besturingsmodellen voor ziekenhuizen en medisch specialisten besproken op grond waarvan medisch specialisten hun fiscale ondernemersstatus zouden kunnen behouden. Daarbij worden zogenaamde samenwerkingsmodellen en participatiemodellen onderscheiden, zowel in een transparante (zie modellen 2.1 en 3.1) als niet-transparante rechtsvorm (zie modellen 2.2 en 3.2). De modellen 2.2 en 3.2 zien niet op het ondernemerschap van de medisch specialist, maar op een combinatie van aanmerkelijk belang en dienstbetrekking.

2. Samenwerkingsmodellen

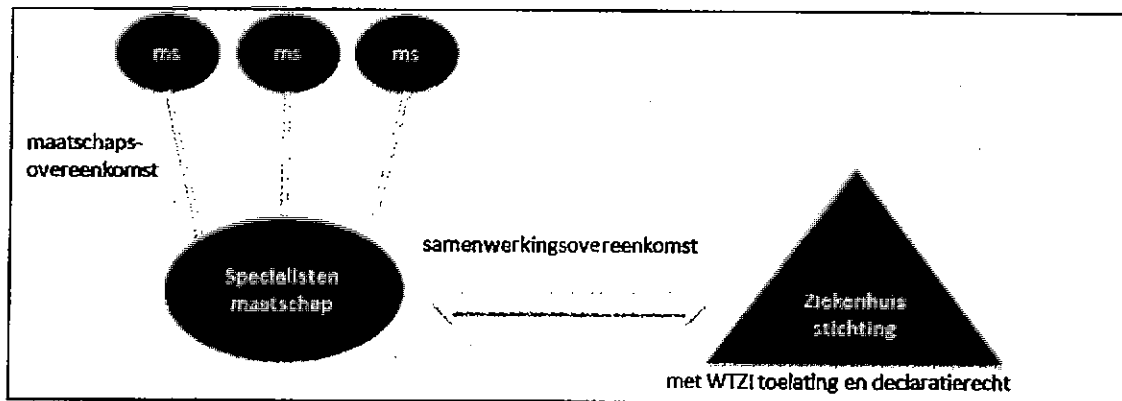
2.1. Transparant: Specialistenmaatschap - Ziekenhuis

2.1.1. Beschrijving

In dit model participeren medisch specialisten in een Specialistenmaatschap die als medisch specialistisch bedrijf functioneert. Dat wil zeggen dat de maatschap diensten verleent in de vorm van medisch specialistische kennis, kunde en capaciteit. De maatschap loopt onder meer een positief en negatief inkomensrisico. Daarnaast heeft de maatschap personeel in loondienst. Dat kan variëren van medisch ondersteunend en/of niet-medisch personeel tot medisch specialisten in loondienst. Voorts investeert de maatschap in medische en/of niet-medische activa. Deze personeelscomponent en de investeringscomponent moeten van reële en substantiële betekenis zijn en dienovereenkomstige risico's met zich meebrengen. De

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	3/14

maatschap sluit een samenwerkingsovereenkomst (onderlinge verdeling verantwoordelijkheden, governance aspecten, etc.) met het ziekenhuis waarvoor zij werkt. De specialisten verrichten op basis van deze samenwerkingsovereenkomst werkzaamheden voor het ziekenhuis. Het ministerie van Financiën heeft aangegeven dat de samenwerkingsovereenkomst (net als de huidige MTO) voldoende substantie moet bevatten zodat de conclusie dat sprake is van fiscaal ondernemerschap gerechtvaardigd is. In de samenwerkingsovereenkomst kan een variabel onderdeel van een beloning worden gekoppeld aan meetbare Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) op het gebied van kwaliteit, prestaties en bijdrage aan organisatie-doelstellingen.



2.1.2. Inkomstenbelasting medisch specialist

Het ministerie van Financiën bevestigt dat als medisch specialisten zich als natuurlijke personen verenigen in een maatschap, zij in de Inkomstenbelasting belast zullen worden voor hun aandeel in het resultaat van de maatschap. Conform de volgorde van de Wet Inkomstenbelasting 2001 wordt eerst getoetst of de inkomsten van de medisch specialisten kwalificeren als 'winst uit onderneming'. De omvang van de maatschap is daarbij niet relevant. Als geen sprake is van winst uit onderneming, zal doorgaans sprake zijn van loon uit (fictieve) dienstbetrekking bij het ziekenhuis.

'Winst uit onderneming' is door de Hoge Raad gedefinieerd. Hierna volgen de vier hoofdcriteria, die uit de betreffende rechtspraak kunnen worden afgeleid en van belang kunnen zijn bij de beantwoording van de vraag of de medisch specialist, tevens maat, in materiële zin een onderneming drijft:

1. Zelfstandigheid
2. Inkomensrisico
3. Personeelsrisico
4. Investeringsomvang en investeringsrisico

De beantwoording van de vraag of sprake is van 'winst uit onderneming' volgt in beginsel uit een weging van de mate waarin aan de (bovengenoemde) ondernemerschapscriteria wordt voldaan in combinatie met de in paragraaf 1 genoemde criteria. Daarbij geldt dat, bij het vervallen van het zelfstandig declaratierecht, het feit dat de Specialistenmaatschap uitsluitend aan het ziekenhuis declareert er op zichzelf niet aan in de weg hoeft te staan dat de medisch specialisten/maten fiscaal ondernemer kunnen zijn. In dat geval kan immers sprake zijn van

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	4/14

fiscaal ondernemerschap doordat een substantieel (ondernemers)risico wordt gelopen op genoemde hoofdcriteria genoemd onder 2 t/m 4.

Voor het inkomensrisico stelt het ministerie van Financiën zich op het standpunt dat het niet enkel moet gaan om goede kansen, maar ook om potentiële kwade kansen voor de medisch specialist. Bij de beoordeling van het ondernemerschap worden alle relevante feiten en omstandigheden in de beschouwing betrokken. Daarbij wegen niet alle hiervoor genoemde aspecten even zwaar. Ook als men op één element minder scoort, kan dat worden gecompenseerd door op een ander element beter te scoren, zodat het totaalbeeld wat betreft het ondernemerschap per saldo toch positief kan uitvallen.

2.1.3. Vennootschapsbelasting ziekenhuis

De stichting drijft een ziekenhuis en blijft zorgdiensten verrichten, waardoor dit model in beginsel de zorgvrijstelling van artikel 5, eerste lid, onderdeel c, Wet op de vennootschapsbelasting 1969 (Wet VPB 1969) van het ziekenhuis niet raakt. Het ministerie van Financiën bevestigt dat de zorgvrijstelling van artikel 5, eerste lid, onderdeel c, (Wet VPB 1969) in beginsel van toepassing is. Overigens gelden voor de toepassing van de vrijstelling de gebruikelijke voorwaarden, namelijk de activiteitentoets en de winstbestemmingstoets, op het niveau van de stichting.

2.1.4. Loonheffingen

Bij het hierna volgende geldt het uitgangspunt dat de maatschap een onderneming drijft en de maten voor fiscale doeleinden als ondernemer kwalificeren, zoals bedoeld in de Wet inkomstenbelasting 2001. Over loonheffingen aspecten bij dit model is ter zake van de volgende punten alsdan overeenstemming bereikt:

1. De Stichting Ziekenhuis is niet inhoudingsplichtig voor de loonheffingen van de specialisten die maat zijn van de specialistenmaatschap.
2. Specialist en ander personeel die in dienst zijn van de maatschap, zijn in beginsel niet in dienstbetrekking van de Stichting Ziekenhuis. Dit is naar de mening van het ministerie van Financiën alleen anders indien het personeel als specifieke persoon werkzaam is en niet vrijelijk vervangbaar is door een persoon met gelijke kwalificaties. Als (om die reden) toch sprake is van een fiscale dienstbetrekking bij de Stichting Ziekenhuis, dan kan de stichting gebruik maken van de doorbetaaldloonregeling van artikel 32d van de Wet op de loonbelasting (Wet LB 1964). Dat geldt ook voor de werknemersverzekeringen indien de werknemer bij de specialistenmaatschap verplicht verzekerd is voor de werknemersverzekeringen. Ook als fiscaal sprake is van een dienstbetrekking bij de Stichting Ziekenhuis, leidt dit er dus niet toe dat het ziekenhuis loonheffingen of premies hoeft af te dragen. Mocht binnen de specialistenmaatschap geen verplichte verzekering bestaan voor de werknemersverzekeringen dan kan de doorbetaaldloonregeling ter zake niet worden toegepast en zullen vanuit Stichting Ziekenhuis de werknemersverzekeringen moeten worden afgedragen.
3. Voor het ziekenhuis geldt in beginsel geen ketenaansprakelijkheid. Inlenersaansprakelijkheid is wel mogelijk voor de heffingen die samenhangen met het werk van de specialisten en ander personeel bij het ziekenhuis, terwijl het ziekenhuis voor deze specialisten niet inhoudingsplichtig is.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	5/14

2.1.5. Omzetbelasting

Over de omzetbelasting aspecten bij dit model is over de volgende punten overeenstemming bereikt:

1. De maten van de maatschap zijn geen btw-ondernemer Indien en voor zover ze hun werkzaamheid inbrengen in de maatschap m.b.t. gezondheidskundige diensten die behoren tot hun deskundigheidsterrein In de zin van de Wet BIG en onderdeel zijn van hun opleiding.
2. Diensten van de maatschap zijn vrijgesteld van omzetbelasting op grond van art. 11, eerste lid, onderdeel g van de Wet op de Omzetbelasting 1968 (Wet OB 1968) als het gaat om gezondheidskundige verzorging van de mens door medisch specialisten, voor zover deze diensten tot het gebied van deskundigheid van deze medisch specialisten (Wet BIG) behoren en onderdeel zijn van hun opleiding, waarbij de leden van de maatschap zelfstandig hun gezondheidskundige diensten verrichten en niet onder leiding en toezicht van het ziekenhuis staan en er geen sprake is van uitlenen van personeel/terbeschikkingstelling van arbeid. Dit geldt ook voor gezondheidskundige diensten die werknemers van de maatschap zelfstandig namens de maatschap verrichten, voor zover zij een Wet BIG-registratie hebben en deze diensten tot het gebied van hun deskundigheid (Wet BIG) behoren en onderdeel zijn van hun opleiding, waarbij zij niet onder leiding en toezicht van het ziekenhuis staan en er geen sprake is van uitlenen van personeel/terbeschikkingstelling van arbeid.

2.1.6. Regiomaatschappen

Ten aanzien van het fenomeen van de ziekenhuisoverstijgende maatschappen van medisch specialisten, ook wel regiomaatschappen genoemd, merkt het ministerie van Financiën op dat de betrokkenheid van de medisch specialisten/participanten van deze maatschappen bij meerdere ziekenhuizen op zichzelf niet het ondernemerschap met zich brengt, omdat het enkel werkzaam zijn voor meerdere ziekenhuizen volgens het ministerie van Financiën in beginsel als de aanwezigheid van meerdere (fiscale) dienstbetrekkingen kan worden aangemerkt. Bepalend is de weging van het geheel van kenmerken op het gebied van zelfstandigheid, ondernemersrisico en continuïteit.

2.2. Niet-transparant: BV(-structuur) - Ziekenhuis

2.2.1. Beschrijving

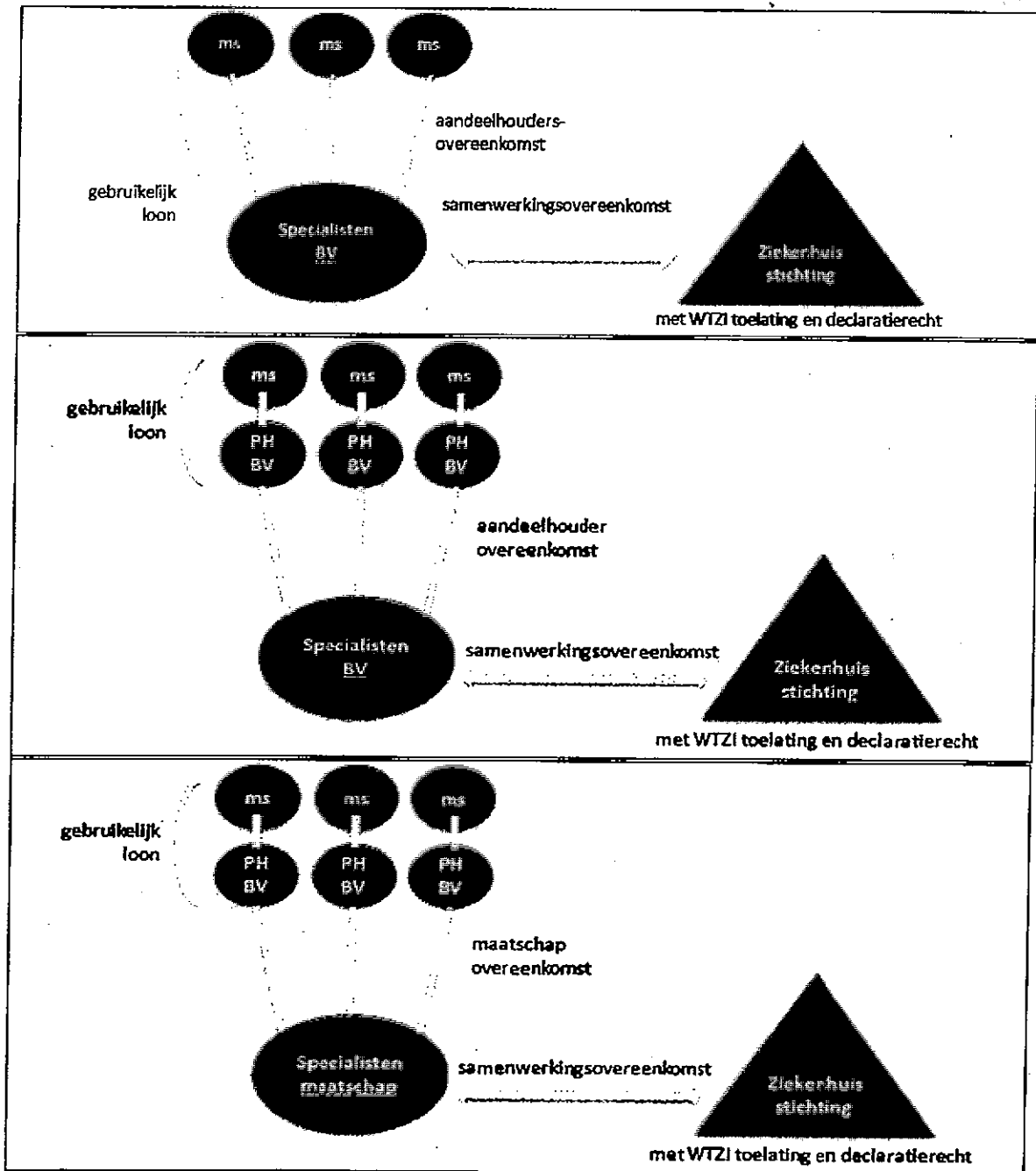
De varianten binnen dit model kenmerken zich doordat de medisch specialisten als aanmerkelijk belanghouder participeren in een BV. De BV sluit een samenwerkingsovereenkomst (onderlinge verdeling verantwoordelijkheden, governance aspecten, etc.) met het ziekenhuis waarvoor zij werkt. De medisch specialisten/aanmerkelijkbelanghouders zijn in loondienst bij hun personal holding vennootschap (PH), dan wel bij de Specialisten BV. De volgende schematische weergaven geven drie voorbeelden van structuren voor dit model.

In de samenwerkingsovereenkomst kan een variabel onderdeel van een beloning worden gekoppeld aan meetbare Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) op het gebied van kwaliteit, prestaties en bijdrage aan organisatiedoelstellingen.

Datum
17 december 2013

Referentie
10008350/kn.hp

Pagina
6/14



2.2.2. Inkomstenbelasting / vennootschapsbelasting medisch specialist

De BV is zelfstandig belastingplichtig voor de vennootschapsbelasting en drijft met zijn gehele vermogen een onderneming. Dit geldt zowel voor de PH als voor de Specialisten-BV.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	7/14

De afspraken met het ministerie van Financiën gaan er steeds van uit dat de aandelen van de medisch specialisten in de BV in deze modellen een aanmerkelijk belang vormen, zoals bedoeld in de Wet Inkomstenbelasting 2001. De Inkomsten die de medisch specialist uit zijn (Specialisten-)BV geniet zijn een vergoeding voor zijn arbeid respectievelijk aandeelhouderschap. Het loon wordt met inachtneming van de gebruikelijkloonregelling vastgesteld. Het gebruikelijk loon van de specialist dient volgens het ministerie van Financiën vastgesteld te worden op basis van de afroommethode.¹ Anderzijds, wat het restant betreft, kwalificeren de opbrengsten uit aandelen als inkomen uit aanmerkelijk belang, zoals bedoeld in de aanmerkelijk belang regeling van de Wet inkomstenbelasting 2001.

2.2.3. Vennootschapsbelasting ziekenhuis

De stichting drijft een ziekenhuis en blijft zorgdiensten verrichten, waardoor dit model in beginsel de zorgvrijstelling van artikel 5, eerste lid, onderdeel c, Wet VPB 1969 van het ziekenhuis niet raakt. Het ministerie van Financiën bevestigt dat de zorgvrijstelling van artikel 5, eerste lid, onderdeel c, Wet VPB 1969 in beginsel van toepassing is. Overigens gelden voor de toepassing van de vrijstelling de gebruikelijke voorwaarden, namelijk de activiteitentoets en de winstbestemmingstoets, op het niveau van de stichting.

2.2.4. Loonheffingen

Over loonheffingen aspecten bij dit model is over de volgende punten overeenstemming bereikt.

1. Specialisten en ander personeel die in dienst zijn van de specialisten BV of maatschap, zijn in beginsel niet in dienstbetrekking van de Stichting Ziekenhuis. Dit is naar de mening van het ministerie van Financiën alleen anders indien het personeel als specifieke persoon werkzaam is en niet vrijelijk vervangbaar is door een persoon met gelijke kwalificaties, zoals bij een PH. Als in het kader van de dienstbetrekking tot de Specialisten BV, de PH of de specialistenmaatschap sprake is van een fiscale dienstbetrekking bij de Stichting Ziekenhuis kan de stichting gebruik maken van de doorbetaaldloonregeling van artikel 32d van de Wet LB 1964. Dat geldt ook voor de werknemersverzekeringen indien de werknemer bij de specialistenmaatschap, specialisten BV of PH verplicht verzekerd is voor de werknemersverzekeringen. Ook als fiscaal sprake is van een dienstbetrekking bij de Stichting Ziekenhuis, leidt dit er dus niet toe dat het ziekenhuis loonheffingen of premies hoeft af te dragen. Mocht binnen de specialistenmaatschap of specialisten BV geen verplichte verzekering bestaan voor de werknemersverzekeringen dan kan de doorbetaaldloonregeling ter zake niet worden toegepast en zullen vanuit Stichting Ziekenhuis de werknemersverzekeringen moeten worden afgedragen.

¹ De afroommethode is namelijk van toepassing als de opbrengsten van een BV (nagenoeg) geheel voortvloeien uit de door de directeur daarvan - in zijn hoedanigheid van werknemer van die BV - verrichte arbeid. Dit houdt in dat het gebruikelijk loon wordt berekend op basis van de opbrengsten van de betreffende BV, verminderd met de aan die opbrengsten toe te rekenen kosten (exclusief het loon van die werknemer), lasten en afschrijvingen.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	8/14

Voor de PH geldt bovendien dat op grond van de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep echter geen sprake is van verzekeringsplicht indien voldoende materiële indicaties voor gezamenlijk ondernemerschap aanwezig zijn. Dit heeft te maken met de formele en materiële zeggenschap die specialist/aandeelhouder heeft in relatie tot andere aandeelhouders.

Het gebruikelijk loon van de specialist/aanmerkelijkbelanghouder wordt vastgesteld op basis van de afroommethode (zie noot 1).

2. Voor het ziekenhuis geldt in beginsel geen ketenaansprakelijkheid. Inlenersaansprakelijkheid is wel mogelijk voor de heffingen die samenhangen met het werk van de specialisten bij het ziekenhuis, terwijl het ziekenhuis voor deze specialisten niet inhoudingsplichtig is.

2.2.5. Omzetbelasting

Over de omzetbelastingaspecten bij dit model is over de volgende punten overeenstemming bereikt:

1. De aandeelhouders van de Specialisten BV c.q. PH zijn geen btw-ondernemer.
2. Diensten van de Specialisten BV zijn vrijgesteld van omzetbelasting op grond van art. 11, eerste lid, onderdeel g van de Wet OB 1968 als het gaat om gezondheidskundige verzorging van de mens door medisch specialisten, voor zover deze diensten tot het gebied van deskundigheid van deze medisch specialisten (Wet BIG) behoren en onderdeel zijn van hun opleiding en niet onder leiding en toezicht van het ziekenhuis staan en er geen sprake is van uitlenen van personeel/terbeschikkingstelling van arbeid.

2.2.6. Coöperatie

Ten aanzien van het gebruik van een coöperatie als rechtsvorm voor het collectief van medisch specialisten merkt het ministerie van Financiën op dat deze rechtsvorm op basis van artikel 2, eerste lid, onderdeel b, Wet VPB 1969 onderworpen is aan de vennootschapsbelasting. De lidmaatschapsrechten zullen kwalificeren als een aanmerkelijk belang en op het loon is de gebruikelijkloonregeling van toepassing.

3. Participatiemodellen

3.1. Transparant: VOF-model

3.1.1. Beschrijving

In dit model brengen enerzijds de stichting waarin het ziekenhuis wordt gedreven en anderzijds de specialistenmaatschap hun activiteiten in in een voor inkomsten- en vennootschapsbelasting transparant samenwerkingsverband, te weten een vennootschap onder firma (hierna: VOF). De VOF drijft een onderneming in objectieve zin. De stichting brengt in ieder geval haar vastgoed en goodwill niet in en de medisch specialist brengt zijn goodwill niet in. De gezamenlijke ziekenhuisonderneming bestaat uit een VOF met twee participanten: de stichting en de specialistenmaatschap.

Datum

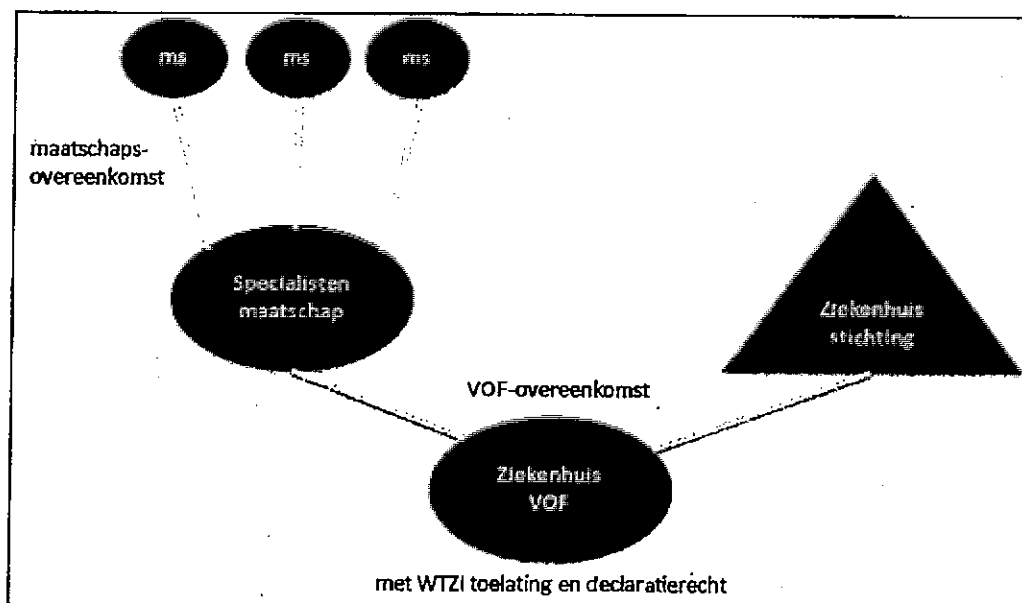
17 december 2013

Referentie

10008350/kn.hp

Pagina

9/14



3.1.2. Inkomstenbelasting medisch specialist

Het ministerie van Financiën bevestigt in dit model het fiscaal ondernemerschap voor inkomstenbelastingdoeleinden bij de maten van de specialistenmaatschap à priori, vanwege de directe participatie in de ziekenhuisonderneming. Het aandeel van de maten van de specialistenmaatschap in het resultaat van de VOF kwalificeert voor hen als 'winst uit onderneming'.

3.1.3. Venootschapsbelasting ziekenhuis

Het ministerie van Financiën bevestigt dat de zorgvrijstelling van artikel 5, eerste lid, onderdeel c, Wet VPB 1969 in beginsel van toepassing is op het aandeel van de stichting in het resultaat van de VOF. Overigens gelden voor de toepassing van de vrijstelling de gebruikelijke voorwaarden, namelijk de activiteitentoeets en de winstbestemmingstoets, op het niveau van de stichting.

3.1.4. Loonheffingen

Over loonheffingenaspecten bij dit model is over de volgende punten overeenstemming bereikt:

1. Ervan uitgaand dat de specialisten die maat zijn in de specialistenmaatschap, kwalificeren als ondernemer voor de inkomstenbelasting, is noch de specialistenmaatschap, noch de Stichting Ziekenhuis inhoudingsplichtig voor de loonheffingen ten aanzien van de maten van de specialistenmaatschap.
2. Als specialisten in loondienst zijn van de ziekenhuis-VOF, dan is de Stichting Ziekenhuis voor hen niet inhoudingsplichtig voor de loonheffingen.

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	10/14

3.1.5. Omzetbelasting

Over de omzetbelasting aspecten bij dit model is over het volgende overeenstemming bereikt.

1. Op basis van de huidige wet- en regelgeving is het ministerie van Financiën van mening dat de ziekenhuis-VOF in dit model nog geen succesvol beroep kan doen op de btw-vrijstelling voor de verpleging en verzorging van in een inrichting opgenomen personen (artikel 11, eerste lid, onderdeel c, Wet OB 1968). Het ministerie van Financiën heeft toegezegd dat als winstuitkering in de zorg mogelijk wordt, de btw-vrijstelling voor dat deel van toepassing wordt. Voor het geval het wetsvoorstel winstuitkering niet vóór 1 januari 2015 is aanvaard of delen daarvan later inwerking treden dan 1 januari 2015, of als de wetswijziging met betrekking tot de btw-heffing niet tijdig zou zijn vastgesteld, heeft het ministerie van Financiën de bereidheid uitgesproken om in een beleidsbesluit goed te keuren dat de btw-vrijstelling van toepassing is.
2. Voor de toepassing van de vrijstelling van gezondheidskundige diensten op grond van art. 11, eerste lid 1, onderdeel g Wet OB 1968 is het geen beletsel dat naar winst wordt gestreefd.

3.2. Niet-transparant: BV-model

3.2.1. Beschrijving

In dit model is een deel van de medisch specialisten via hun personal holding vennootschap (PH) lid in een coöperatie ('de specialistencoöperatie'). De medisch specialisten brengen hun onderneming (al dan niet met goodwillverwachting) in in hun PH. Vervolgens worden de ondernemingen door de PH's ingebracht in de specialistencoöperatie tegen uitreiking van lidmaatschapsrechten. De coöperatie brengt de onderneming dan verder in in de ziekenhuis-BV tegen uitreiking van (gewone) aandelen. De coöperatie heeft dan dus een aandelenbelang in het ziekenhuis, gedreven in de vorm van een BV. Een ander deel van de medisch specialisten is in loondienst bij de ziekenhuis-BV.

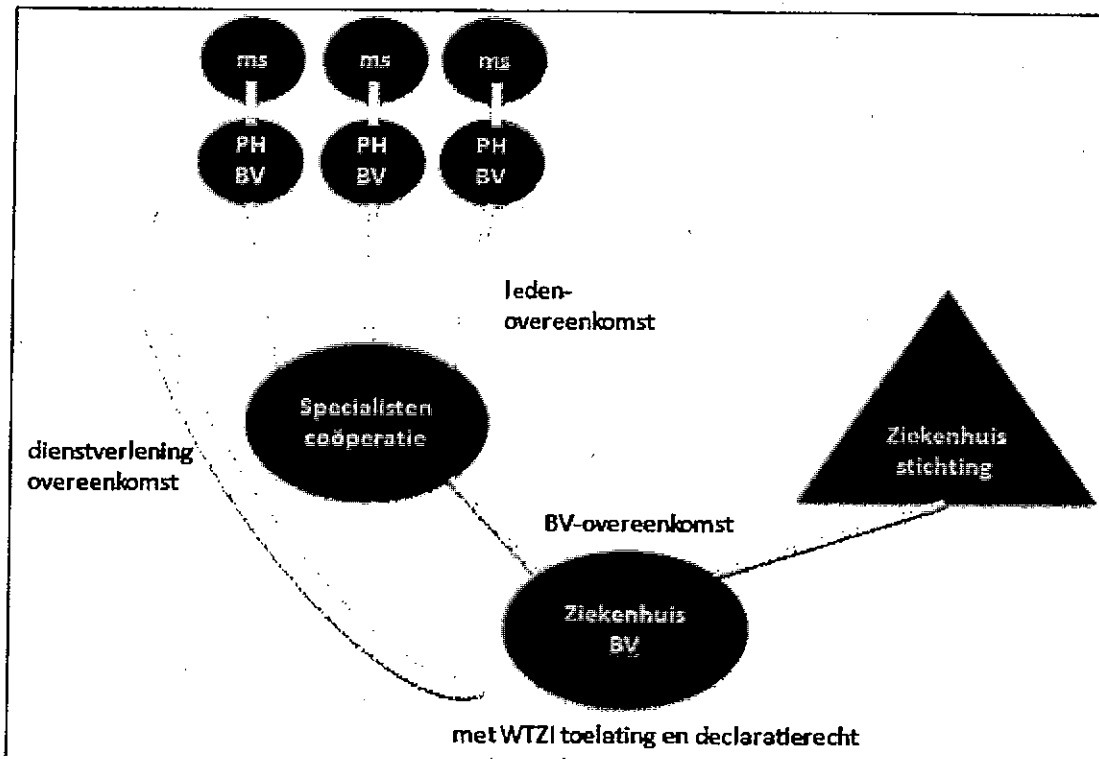
De stichting, waarin het ziekenhuis in de oude situatie was opgenomen, houdt ook een aandelenbelang in de ziekenhuis-BV.

De medisch specialisten die via het lidmaatschap van de specialistencoöperatie aandelen houden in het ziekenhuis, zijn in dit model in loondienst bij de PH. De ziekenhuis-BV heeft met de PH's een dienstverleningsovereenkomst gesloten, op basis waarvan de specialisten werkzaamheden voor de ziekenhuis-BV verrichten.

Datum
17 december 2013

Referentie
10008350/kn.hp

Pagina
11/14



3.2.2. Inkomstenbelasting medisch specialist

De specialisten zijn in loondienst bij hun PH. Hun inkomen is belast met inkomstenbelasting in box 1 als loon uit dienstbetrekking en de gebruikelijkloonregelling is van toepassing. Dividend dat zij ontvangen uit de PH is belast met inkomstenbelasting in box 2.

De inbreng van de onderneming (al dan niet met goodwillverwachting) in de PH kan plaatsvinden zonder afrekeningsmoment op grond van artikel 3.65 Wet Inkomstenbelasting 2001. Dit geldt in elk geval ook als deze inbreng gevoigd wordt door een 'doorinbreng' in de coöperatie en vervolgens in de Ziekenhuis-BV in het geval dat sprake is van uittreking van gewone lidmaatschapsrechten en gewone aandelen.

De inbreng van de specialistencoöperatie in de Ziekenhuis-BV kan plaatsvinden zonder afrekeningsmoment op grond van artikel 14 Wet Vpb 1969 op basis van het normale wettelijke kader.

3.2.3. Vennootschapsbelasting ziekenhuis

Het ministerie van Financiën is van mening dat de ziekenhuis-BV geen beroep kan doen op de zorgvrijstelling van artikel 5, 1, c, Wet op de vennootschapsbelasting 1969. Dit geldt naar de mening van het ministerie van Financiën ongeacht hetgeen er statutair geregeld is. Ook als bijvoorbeeld in de statuten winstuitkeringen onmogelijk worden gemaakt of als enkel winstrechtloze aandelen worden uitgegeven, is deze vrijstelling niet van toepassing. Het ministerie van Financiën heeft aangegeven dat artikel 5, eerste lid, onderdeel c, Wet VPB 1969 niet van toepassing is op de Ziekenhuis stichting.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	12/14

3.2.4. Loonheffingen

Over loonheffingen aspecten bij dit model is over het volgende punt overeenstemming bereikt.

1. De dienstbetrekking bij de PH BV (of bij de specialistencoöperatie) verhindert niet dat sprake kan zijn van een dienstbetrekking bij de Ziekenhuis BV. Een dienstbetrekking bij de Ziekenhuis BV komt met name in beeld als de specialist als specifieke persoon werkzaam is en niet vrijelijk vervangbaar is door een persoon met gelijke kwalificaties. Als in het kader van de dienstbetrekking tot de PH BV (dan wel de specialistencoöperatie) sprake is van een dienstbetrekking bij de Ziekenhuis BV kan de Ziekenhuis BV gebruik maken van de doorbetaaldloonregeling van artikel 32d van de Wet LB 1964. Bij doorbetaling aan de coöperatie geldt de doorbetaaldloonregeling ook voor de werknemersverzekeringen indien de werknemer bij de coöperatie verplicht verzekerd is voor de werknemersverzekeringen. Als de doorbetaling plaatsvindt aan de PH BV geldt de doorbetaaldloonregeling niet voor de werknemersverzekeringen. Op grond van de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep is echter geen sprake van verzekeringsplicht indien voldoende materiële indicaties voor gezamenlijk ondernemerschap aanwezig zijn. Dit heeft te maken met de formele en materiële zeggenschap die de specialist/aandeelhouder heeft in relatie tot andere aandeelhouders. Het gebruikelijk loon van de specialist/aanmerkelijk belanghouder wordt vastgesteld op basis van de afroonmethode (zie noot 1).

3.2.5. Omzetbelasting

Over de omzetbelasting aspecten bij dit model is over het volgende overeenstemming bereikt.

1. Op basis van de huidige wet- en regelgeving is het ministerie van Financiën van mening dat de ziekenhuis-BV in dit model nog geen succesvol beroep kan doen op de btw-vrijstelling voor de verpleging en verzorging van in een inrichting opgenomen personen (artikel 11, eerste lid, onderdeel c, Wet OB 1968). Het ministerie van Financiën heeft toegezegd dat als winstuitkering in de zorg mogelijk wordt, de btw-vrijstelling voor dat deel van toepassing wordt. Voor het geval het wetsvoorstel winstuitkering niet vóór 1 januari 2015 is aanvaard of delen daarvan later inwerking treden dan 1 januari 2015, of als de wetwijziging met betrekking tot de btw-heffing niet tijdig zou zijn vastgesteld, heeft het ministerie van Financiën de bereidheid uitgesproken om in een beleidsbesluit goed te keuren dat de btw-vrijstelling van toepassing is.
2. Voor de toepassing van de vrijstelling van gezondheidskundige diensten op grond van art. 11, eerste lid 1, onderdeel g Wet OB 1968 is het geen beletsel dat naar winst wordt gestreefd.



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	13/14

4. Beperking aansprakelijkheid door alternatieve rechtsvorm

4.1 Limited Liability Partnership

Als variant op het transparante samenwerkingsmodel en het transparante participatiemodel zou, ter beperking van de aansprakelijkheid van het privévermogen van medisch specialisten, het collectief van medisch specialisten ook als Limited Liability Partnership (LLP) kunnen worden vormgegeven.

Het ministerie van Financiën is niet bereid zekerheid vooraf te verstrekken over de fiscale behandeling van de LLP. Het ministerie van Financiën vindt in dit geval het gebruik van de LLP onwenselijk.

4.2. Commanditaire vennootschap

Als variant op het transparante samenwerkingsmodel zou, ter beperking van de aansprakelijkheid van het privévermogen van medisch specialisten, het collectief van medisch specialisten ook als besloten commanditaire vennootschap kunnen worden vormgegeven. Daarbij nemen de medisch specialisten, als commanditair vennoot in deze personenvennootschap deel.

Als variant op het transparante participatiemodel zouden, ter beperking van de aansprakelijkheid van het privévermogen van medisch specialisten, de medisch specialisten kunnen deelnemen in een commanditaire vennootschap met het ziekenhuis. Daarbij participeert de ziekenhuisstichting als behorend vennoot. De medisch specialisten nemen deel als commanditair vennoot in deze personenvennootschap.

Als de commanditaire vennoot kapitaal verstrekt en geen daden van beheer verricht, wordt hij als medegerechtigde in de zin van art. 3.3, 1, a Wet Inkomstenbelasting 2001 aangemerkt. Hij kan dan geen beroep doen op de ondernemersfaciliteiten (zelfstandigenaftrek en mkb-winstvrijstelling). Als de commanditaire vennoot daden van beheer verricht, is hij civielrechtelijk (hoofdelijk) aansprakelijk en kan hij als ondernemer worden aangemerkt.

5. Goodwill

Een van de punten die bij het overleg tussen OMS, NVZ, het ministerie van VWS en het ministerie van Financiën aan de orde zijn gekomen, betreft de door de huidige medische specialisten/vrije beroepsbeoefenaren in het verleden betaalde goodwill. Besproken is welke mogelijkheden er zijn om, in die gevallen waar het wenselijk is, de praktijk goodwillvrij te maken. In het bestuurlijk overleg tussen OMS, NVZ en het ministerie van VWS van 24 september 2013 is in dat verband gesproken over de transitiegelden voor ondersteuning van de overgang naar integrale tarieven, waarvan een deel ook zou kunnen worden besteed aan de inrichting van een goodwillfonds. Of ook daadwerkelijk een dergelijk fonds tot stand gaat komen, staat nog niet vast. Mocht een dergelijk fonds worden opgericht dan zijn onder meer de feitelijke vormgeving en uitwerking daarvan van belang, zoals de vorming van één centraal fonds of meerdere decentrale fondsen, de funding van het fonds en de looptijd van het fonds. Hierover bestaat thans nog geen helderheid.

Vooruitlopend op de mogelijke vorming van een of meerdere goodwillfonds(en) is aan het ministerie van Financiën de vraag voorgelegd of bij een eventuele oprichting van een dergelijk fonds ermee akkoord kan worden gegaan dat geen belasting wordt geheven op het moment



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Orde van Medisch Specialisten

Datum	Referentie	Pagina
17 december 2013	10008350/kn.hp	14/14

dat de specialist de aanspraak op het fonds verkrijgt, maar pas op het moment dat daadwerkelijk een uitkering uit het fonds wordt ontvangen ("pay as you earn"). Het ministerie van Financiën heeft toegezegd positief te staan tegenover een dergelijke fiscale behandeling en heeft de bereidheid uitgesproken daarbij qua systematiek aansluiting te zoeken bij de oplossing die destijds is getroffen voor het goodwillfonds huisartsen (zie besluit 9 maart 2001, CPP 2000/3022). Dit zal te zijner tijd in een beleidsbesluit worden gepubliceerd.

Het ministerie van Financiën heeft toegezegd eventuele vragen die opkomen bij de nadere uitwerking, daaronder begrepen de situatie van overgang van ondernemerschap naar dienstbetrekking, te zullen beantwoorden.

6. Coördinatie vragen over praktijkgevallen

NVZ en OMS hebben het ministerie van Financiën verzocht om centrale coördinatie van vragen over praktijkgevallen. Het ministerie van Financiën heeft dit toegezegd. Dit betekent dat eventuele vragen via de lokale belastinginspecteurs lopen en dat deze afstemmen met het centrale coördinatiepunt: Belastingdienst/LTO, t.a.v.

Hoogachtend,

Yvonne van Rooy,
voorzitter NVZ

Janko de Jonge,
voorzitter Kamer Vrij Beroep OMS

Bijlage: Factsheet

NVZ en OMS hebben met het ministerie van Financiën gesproken over fiscale aspecten van besturingsmodellen voor ziekenhuizen en medisch specialisten op grond waarvan medisch specialisten hun zelfstandige status zouden kunnen behouden.

In deze factsheet treft u een samenvatting op hoofdlijnen van de besproken fiscale aspecten van vier modellen waarin behoud van de zelfstandige status mogelijk kan zijn. Ook is het punt van aansprakelijkheid van medisch specialisten opgenomen in deze samenvatting.

Deze factsheet mag u slechts als leidraad beschouwen. Voor uitgangspunten, context en details van de modellen en resultaten van de gesprekken met Financiën verwijzen wij u naar de brief.

Model	IB Medisch specialist	Aansprakelijkheid Medisch specialist	VPB Ziekenhuis	LH Ziekenhuis	BTW Medisch specialist / maatschap
Specialistenmaatschap met samenwerkingsovereenkomst	Winst uit onderneming afhankelijk van weging criteria ondernemerschap, waarbij meerdere opdrachtgevers niet doorslaggevend is	Voor gelijke delen	Vrijgesteld, conform gebruikelijke voorwaarden	Niet inhoudingsplichtig voor maten. En in beginsel niet inhoudingsplichtig voor personeel in dienst van de maatschap. Wanneer dit toch het geval zou zijn, geldt de doorbetaald-loonregeling	Vrijgesteld m.b.t. gezondheidskundige (zorg) diensten en vergoedingen ziekenhuis voor hiermee verbonden kosten

Model	IB Medisch specialist	Aansprakelijkheid Medisch specialist	VPB Ziekenhuis	LH Ziekenhuis	BTW Medisch specialist / BV
Specialisten-BV met samenwerkingsovereenkomst	Inkomsten uit PH-BV voor arbeid kwalificeren als loon, het restant kwalificeert als inkomen uit aanmerkelijk belang	Beperkte aansprakelijkheid	Vrijgesteld conform gebruikelijke voorwaarden	Niet inhoudingsplichtig voor aanmerkelijk belanghouders. In beginsel niet inhoudingsplichtig voor personeel in dienst van de maatschap. Wanneer dit toch het geval zou zijn, geldt de doorbetaald-loonregeling	Vrijgesteld m.b.t. gezondheidskundige (zorg) diensten en vergoedingen ziekenhuis voor hiermee verbonden kosten

Model	IB Medisch specialist	Aansprakelijkheid Medisch specialist	VPB Ziekenhuis VOF	LH Ziekenhuis VOF	BTW Ziekenhuis VOF
Specialisten- maatschap met inbreng in ziekenhuis- VOF	Winst uit onderneming	Hoofdelijk, voor gelijke delen	Vrijgesteld voorzover het het zakelijk vastgestelde winsttaandeel uit de VOF van het ziekenhuis betreft	Niet inhoudings- plichtig	Vrijgesteld wanneer de wet winstuitkering mogelijk wordt (wanneer nodig via beleidsbesluit Financiën)

Model	IB Medisch specialist	Aansprakelijkheid Medisch specialist	VPB Ziekenhuis BV	LH Ziekenhuis BV	BTW Ziekenhuis BV
Specialisten coöperatie van PH BV's met aandelen in ziekenhuis- BV	Inkomsten uit PH- BV voor arbeid is loon, restant is inkomen uit aanmerkelijk belang	Beperkte aansprakelijkheid	Niet vrijgesteld	In beginsel niet inhoudings- plichtig. In geval dit toch zo zou zijn, geldt de doorbetaald- loonregeling	Vrijgesteld wanneer de wet winstuitkering mogelijk wordt (wanneer nodig via beleidsbesluit Financiën)



> Retouradres Postbus 20201 2500 EE Den Haag

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Orde van Medisch Specialisten

Per e-mail verzonden

**Directoraat-Generaal
Belastingdienst**

Korte Voorhout 7
2511 CW Den Haag
Postbus 20201
2500 EE Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen

Datum 18 december 2013

Betreft akkoord fiscale behandeling samenwerking medisch
specialisten/ziekenhuizen vanaf 1 januari 2015

Uw kenmerk
10008350/kn.hp

Ons kenmerk
DGB 2013-6904 U

Geachte

In uw gezamenlijke brief van 17 december 2013 is een aantal transparante en niet-transparante besturingsmodellen of organisatiemodellen uitgewerkt in verband met de invoering per 1 januari 2015 van de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg en de voorgenomen afschaffing van het zelfstandig declaratierecht van medisch specialisten die als vrij beroepsbeoefenaren werkzaam zijn.

Deze besturingsmodellen of organisatiemodellen en de geschetste fiscale uitwerking daarvan zijn een juiste weergave van hetgeen wij hebben besproken. Bij de beoordeling van de voorgelegde modellen vormen de huidige wettelijke bepalingen het uitgangspunt.

Ik hecht er aan te benadrukken dat de beoordeling van individuele situaties (achteraf) door de Belastingdienst zal plaatsvinden aan de hand van de feiten en omstandigheden zoals zij zich hebben voorgedaan.

Voor de goede orde merk ik op dat ik geen mening heb over de bij uw brief gevoegde factsheet.

Zoals eerder is opgemerkt, is het ministerie van Financiën niet bereid zekerheid vooraf te verstrekken over de fiscale behandeling van de Limited Liability Partnership (LLP). Het ministerie vindt in dit geval het gebruik van de LLP onwenselijk. De Belastingdienst zal dan ook geen vooroverleg voeren over een structuur waarbij van de LLP gebruik wordt gemaakt. Mocht dit in de praktijk toch plaatsvinden, dan zal dit door de Belastingdienst kritisch worden getoetst.

Tot slot spreek ik de bereidheid uit eventuele vragen die opkomen bij de nadere uitwerking van goodwillaangelegenheden, daaronder begrepen de situatie van de overgang van ondernemerschap naar dienstbetrekking, te zullen beantwoorden.

Hoogachtend,

DE STAATSSECRETARIS VAN FINANCIËN,
namens deze,

Drs. T.W.M. Poolen
Lid Managementteam Beiaungdienst

Document 14



Ministerie van Financiën

> Retouradres Postbus 20201 2500 EE Den Haag

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Orde van Medisch Specialisten

**Directoraat-Generaal
Belastingdienst**

Korte Voorhout 7
2511 CW Den Haag
Postbus 20201
2500 EE Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen

Per e-mail verzonden

Datum 5 december 2014

Betreft afwikkeling verzoeken i.v.m. invoering integrale bekostiging per 1 januari 2015 door de Belastingdienst en bijbehorende Q&A's

Uw kenmerk

Ons kenmerk
OGB 2014-6702M

Geachte

Tijdens het bestuurlijk overleg met het Ministerie van VWS, de NVZ en de OMS van 5 december 2014 is de afwikkeling van de individuele verzoeken van ziekenhuizen en medisch specialisten over de fiscale gevolgen van de nieuwe besturings- en organisatiemodellen aan de orde geweest. Deze verzoeken houden verband met de invoering van de integrale bekostiging in de medisch specialistische zorg per 1 januari 2015.

De afgelopen periode heeft hierover intensief contact plaatsgevonden tussen de Belastingdienst, de NVZ en de OMS. Verder zijn er naar aanleiding van de bij de Belastingdienst ingediende verzoeken inzake de voorgenomen besturings- en organisatiemodellen veel aanvullende vraagpunten opgekomen. Dit heeft geleid tot de bijgevoegde 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.

Hoogachtend,

DE STAATSSECRETARIS VAN FINANCIËN,
namens deze,

Drs. T.W.M. Poolen
Lid Managementteam Belastingdienst

Kantoor

Document 15

Telefoon
Telefax

> Postbus Postcode

naam ziekenhuis
naam geadresseerde
postadres

Datum
december 2014

Uw kenmerk

Kenmerk

Betreft

Geachte NAAM GEADRESSEERDE

U [naam bedrijf] heeft een verzoek bij de Belastingdienst ingediend namens het [medisch specialistisch bedrijf (naam)] (hierna: MSB) en [ziekenhuis (naam)].

U verzoekt om de fiscale kwalificatie van het door u gekozen niet transparante besturingsmodel / organisatiemodel in verband met de invoering per 1 januari 2015 van de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg. In uw verzoek beschrijft u hoe het MSB na haar oprichting zal worden ingericht.

In de gezamenlijke brief van 17 december 2013 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten zijn fiscale kaders van de verschillende besturingsmodellen vastgelegd. Het Ministerie van Financiën heeft in een brief met dagtekening 18 december 2013 haar akkoord gegeven over de fiscale gevolgen van de beschreven besturingsmodellen of organisatiemodellen voor de samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuizen vanaf 1 januari 2015.

Het door [u/uw cliënte] gekozen model en de voorgenomen wijze van realisatie daarvan past binnen de kaders, zoals deze zijn vastgelegd in de gezamenlijke brief van 17 december 2013 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Orde van Medisch Specialisten.

Er is geen fictieve dienstbetrekking van de medisch specialisten bij het ziekenhuis of het MSB als het MSB reële zelfstandige betekenis heeft alsmede voldoende substance. Bovendien moet de vrije vervangbaarheid van de medisch specialisten ten opzichte van het ziekenhuis op adequate wijze geregeld zijn (zie de bijlage). De medisch specialist is in dat geval in loondienst bij zijn eigen BV die een dienstverleningsovereenkomst met het MSB aangaat. De bepaling van het (gebruikelijk) loon vindt in dat geval plaats op basis van de wettelijke regeling die hiervoor met ingang van 2015 zal gelden.

De functie van het MSB mag zich niet beperken tot het faciliteren bij het innen, verdelen en doorbetalen van de vergoeding voor de medisch specialistische diensten.

Voorbeelden van belangrijke indicatoren van reële zelfstandige betekenis en voldoende substance zijn:

- het MSB gaat de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis aan (met jaarlijkse productie- en prijsafspraken);
- het MSB heeft een bestuurlijke organisatie met een substantiële tijdsbesteding, en betaalt een adequate vergoeding voor het bestuurswerk en bestuursondersteuning;

Bezoekadres

- het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de op grond van de samenwerkingsovereenkomst uit te voeren medisch specialistische diensten;
- het MSB bewaakt de kwaliteit van de medisch specialisten (zowel de participanten als het personeel in loondienst) en houdt een opleidingsbudget aan ten behoeve van het op peil houden van de voor de uitoefening van hun taak benodigde kennis;
- het MSB wordt zodanig ingericht en toegerust dat zij zelfstandig kan functioneren en de eigen risico's af kan dekken. Zij bouwt het hiertoe benodigde eigen vermogen op;
- de voor de adequate bedrijfsvoering benodigde investeringen en arbeid komen voor rekening en risico van het MSB.

Naar aanleiding van de vele vragen die zijn gesteld over de fiscale aspecten van het niet transparante besturingsmodel treft u in de bijlage bij deze brief per belastingmiddel een overzicht aan van de fiscale gevolgen. Ik verwacht hiermee een oplossing te hebben gegeven voor de fiscale discussiepunten die aan de Implementatie van de door u gekozen structuur in de weg konden staan.

De Belastingdienst kan op een later moment controleren of er feitelijk is / wordt gehandeld overeenkomstig het gestelde in uw verzoek en deze brief.

Als deze brief nog aanleiding geeft tot vragen, kunt u contact met mij opnemen via bovenstaand telefoonnummer.

Hoogachtend,

namens de inspecteur

Telefoon
Telefax

>

naam ziekenhuis
naam geadresseerde
postadres

Datum
december 2014

Uw kenmerk

Kenmerk

Betreft

Geachte NAAM GEADRESSEERDE

U [naam bedrijf] heeft op [datum] een verzoek bij de Belastingdienst ingediend namens het [medisch specialistisch bedrijf (naam)] (hierna: MSB) en [ziekenhuis (naam)].

U verzoekt om de fiscale kwalificatie van het door u gekozen transparante besturingsmodel / organisatiemodel in verband met de invoering per 1 januari 2015 van de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg. In uw verzoek stelt u onder meer dat er in uw optiek in 2015 voldoende ondernemersrisico's worden gelopen door het in de maatschap ondergebrachte MSB om het maatschapsaandeel van de maten in het MSB te laten kwalificeren als onderneming in de zin van paragraaf 3.2.2 van de Wet IB 2001 waaruit de maat /natuurlijke persoon belastbare winst uit onderneming geniet.

In de gezamenlijke brief van 17 december 2013 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten zijn fiscale kaders van de verschillende besturingsmodellen vastgelegd. Het Ministerie van Financiën heeft in een brief met dagtekening 18 december 2013 haar akkoord gegeven over de fiscale gevolgen van de beschreven besturingsmodellen of organisatiemodellen voor de samenwerking tussen medisch specialisten en ziekenhuizen vanaf 1 januari 2015.

Het door [u/uw cliënte] gekozen model en de voorgenomen wijze van realisatie daarvan past binnen de kaders, zoals deze zijn vastgelegd in de gezamenlijke brief van 17 december 2013 van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Orde van Medisch Specialisten.

Voorbeelden van belangrijke indicatoren om het MSB als onderneming te laten kwalificeren zijn:

- het MSB gaat de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis aan (met jaarlijkse productie- en prijsafspraken);
- het MSB bewaakt de kwaliteit en continuïteit van de op grond van de samenwerkingsovereenkomst uit te voeren medisch specialistische diensten;
- het MSB bewaakt de kwaliteit van de medisch specialisten (zowel de participanten als het personeel in loondienst) en houdt een opleidingsbudget aan ten behoeve van het op peil houden van de voor de uitoefening van hun taak benodigde kennis;
- het MSB wordt zodanig ingericht en toegerust dat zij als materiële onderneming kan functioneren;
- het voor de uitvoering van de samenwerkingsovereenkomst benodigde ondersteunend en medisch personeel (uitgezonderd de participanten) wordt door het MSB in loondienst genomen. Een

Bezoekadres

- uitzondering kan hierbij worden gemaakt voor het personeel dat door oorzaken buiten de beïnvloedingssfeer van het MSB (op korte termijn) niet in dienst kan worden genomen;
- de voor de adequate bedrijfsvoering benodigde investeringen worden voor rekening en risico van het MSB gerealiseerd;
 - het MSB bouwt voor het afdekken van de ondernemingsrisico's het benodigde eigen vermogen op.

Gelet op hetgeen is beschreven in het verzoek concludeer ik dat bij overeenkomstige uitvoering hiervan er voor de maten in de maatschap sprake is van ondernemerschap in de zin van artikel 3.4 Wet IB 2001.

Naar aanleiding van de vele vragen die zijn gesteld over de fiscale aspecten van het transparante besturingsmodel treft u in de bijlage bij deze brief per belastingmiddel een overzicht aan van de fiscale gevolgen. Ik verwacht hiermee een oplossing te hebben gegeven voor de fiscale discussiepunten die aan de implementatie van de door u gekozen structuur in de weg konden staan.

Als de vrije vervangbaarheid van de medisch specialisten ten opzichte van het ziekenhuis op adequate wijze geregeld is (zie de bijlage), is er in mijn optiek geen sprake van een (fictieve) dienstbetrekking van de medische specialisten bij het ziekenhuis.

De Belastingdienst kan op een later moment controleren of er feitelijk is /wordt gehandeld overeenkomstig het gestelde in uw verzoek en deze brief.

Als deze brief nog aanleiding geeft tot vragen, kunt u contact met mij opnemen via bovenstaand telefoonnummer.

Hoogachtend,

namens de inspecteur