

ONDER REDACTIE VAN: BART BERDEN, LOUIS HOUWEN EN STAN STEVENS

Financiering van zorg- instellingen

MET SPECIALE
AANDACHT VOOR
MEDISCH-SPECIALISTISCHE
ZORG

Financiering van zorginstellingen

Met speciale aandacht voor de
medisch-specialistische zorg

Onder redactie van
Bart Berden
Louis Houwen
Stan Stevens

Samensteller(s) en de uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een zo betrouwbaar mogelijke uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

Omslagontwerp en illustraties: Bottenheft

Opmaak: Integra

ISBN 978 94 6276 068 4

© 2015 Vakmedianet, Deventer

www.overmanagement.nl

Alle rechten voorbehouden: niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a database or retrieval system, or published, in any form or in any way, electronically, mechanically, by print, photo print, microfilm or any other means without prior written permission from the publisher.

Inhoud

DEEL I ALGEMEEN 11

1 Inleiding: financieringsmodellen en privaat kapitaal

Bart Berden, Louis Houwen en Stan Stevens 13

- 1.1 Wetsvoorstel privaat kapitaal 13
- 1.2 Financiering en bekostiging 15
- 1.3 Financieringsmodellen zorgsector 16

2 Relatie tussen financiering en bekostiging van zorgondernemingen

Michiel Verkoulen en Marcel Canoy 27

- 2.1 Overzicht van de (historische) ontwikkeling van de verschillende bekostigingsregimes in de zorgsector 28
- 2.2 Hoe functioneert het bekostigingsmodel voor ziekenhuizen correct of: anno 2015? 31
- 2.3 Welke gevolgen heeft het bekostigingsmodel voor de financiering van ziekenhuizen? 34
- 2.4 Welke maatregelen zijn vanuit een bekostigingsperspectief nodig in de verschillende financieringsmodellen om relevante belangen te borgen? 37
- 2.5 Conclusies en aanbevelingen 40

3 Zorgondernemingen in internationaal perspectief

Patrick Jeurissen en Hans Maarse 43

- 3.1 Inleiding 43
- 3.2 Omvang ziekenhuizen met winstoogmerk 43
- 3.3 Korte typering van het bedrijfsmodel 45
- 3.4 Groei private ziekenhuizen: Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland 47
- 3.5 Waarom groeit de for-profitziekenhuissector? 55

DEEL II BESTUURLIJK-ORGANISATORISCH 57

4 Het geïntegreerde medisch bedrijf van de toekomst

Guus van Montfort en Rob van Wylick 59

- 4.1 Inleiding 59
- 4.2 Korte historische schets van ontwikkelingen in algemene ziekenhuizen 60
- 4.3 Ontwikkelingen in de context van de algemene ziekenhuizen en effecten op de ziekenhuisorganisatie 65
- 4.4 Invloed van de marktordening in de zorg op het belangenevenwicht 78
- 4.5 Toenemende complexiteit van de patiënteninstroom in ziekenhuizen 80
- 4.6 Vier perioden in de ontwikkelingen in de ziekenhuisorganisatie 80
- 4.7 Resultaatverantwoordelijke eenheden 86
- 4.8 Modernisering governancestructuur ziekenhuizen 88
- 4.9 Slotopmerkingen: grote innovatie- en investeringsopgave voor ziekenhuis en medisch specialisten 90

5 Veranderende interne verhoudingen in het algemene ziekenhuis door integrale bekostiging en het Wetsvoorstel privaat kapitaal

Piet-Hein Buiting 93

- 5.1 Inleiding 93
- 5.2 Situatieschets 94
- 5.3 Twee gerelateerde veranderingen die elkaar versterken 99
- 5.4 Effecten van het Wetsvoorstel privaat kapitaal (Wpk) 103
- 5.5 Implementatievraagstukken 105
- 5.6 Conclusie 107

6 Winst in de zorg: een clash van paradigma's

Gerty Lensvelt-Mulders 109

- 6.1 Inleiding tot het probleem 110
- 6.2 De betekenis van winst in het rationeel economisch paradigma 111
- 6.3 De betekenis van winst in een relationeel paradigma 112
- 6.4 Het paradigma van de zorgafnemer 114
- 6.5 De zieke als kwetsbare mens 115

DEEL III FINANCIËEL-ECONOMISCH DEEL 117

7 Waardering van (investerings in) de zorgonderneming

Joost Plus 119

- 7.1 Waarderingsmethoden 119
- 7.2 Waardering niet absoluut 121
- 7.3 Empirische ervaringen met de waardering van zorgondernemingen 125
- 7.4 Typen investeerders 125
- 7.5 Conclusie 125

8 Winstuitdeling en de gevolgen voor de vermogenskosten en financiële continuïteit

Wouter Klijn, Christiaan Hameeteman en Remco van Daal 127

- 8.1 De huidige financieringsstructuur 127
- 8.2 De relatie tussen de verschillende financieringsmodellen en de kosten van de financiering 133
- 8.3 De relatie tussen de verschillende financieringsmodellen en de continuïteit van de zorgonderneming 139
- 8.4 Het financiële risico bij de verschillende financieringsmodellen en de relatie met de continuïteit van de zorgverlening 140
- 8.5 Conclusie en samenvatting 141

9 Jaarverslaggeving ziekenhuizen en financiële risico's

Jos Blommaert en Bart Kamp 145

- 9.1 Inleiding 145
- 9.2 Het jaardocument 146
- 9.3 Operationele exploitatie 149
- 9.4 Financiering 151
- 9.5 Slotopmerkingen 156
- Appendix Bijzondere waardevermindering van vaste activa 157

DEEL IV JURIDISCH 159

10 Rechtsvorm en governance van privaat gefinancierde zorgondernemingen

Louis Houwen 161

- 10.1 Inleiding 161
- 10.2 Van verbod op winstoogmerk naar gereguleerde winstuitkering 162
- 10.3 Rechtsvorm ziekenhuisorganisaties 166
- 10.4 Governancestructuur ziekenhuis 175
- 10.5 Ter afsluiting 183

11 (Opheffen van) het verbod op winstuitkering en het EU-recht

Johan van Manen en Wolf Sauter 185

- 11.1 Inleiding 185
- 11.2 Verbod op winstuitkering en Europese regelgeving 186
- 11.3 Interne markt en staatssteun 186
- 11.4 Kenmerken oude financieringsstelsel 189
- 11.5 Het bestaande verbod op winstuitkering 190
- 11.6 Invoering prestatiebekostiging medisch-specialistische zorg 192
- 11.7 Toename risico aanbieders en effecten stelselwijziging op financiering 193
- 11.8 Toepassing verbod en voorwaarden winstuitkering op het huidige zorgstelsel 195
- 11.9 Het Wetsvoorstel privaat kapitaal en de randvoorwaarden voor winstuitkering 196
- 11.10 Conclusies 199

12 Winstuitkering en uitbesteding van medisch-specialistische zorg

Lieske de Jongh en Louis Houwen 203

- 12.1 Inleiding 203
- 12.2 Kwaliteitseisen bij uitbesteding van feitelijke zorgverlening 209
- 12.3 Uitbesteding van zorg onder het regime van het Wetsvoorstel
privaat kapitaal 216
- 12.4 Conclusie 221

13 Privaatrechtelijke waarborgen bij financieringsmodellen in de zorg

Ger van der Sangen 223

- 13.1 Inleiding 223
- 13.2 Doelstelling van de zorgonderneming 228
- 13.3 Transparantie 231
- 13.4 Belangenverstrengeling 232
- 13.5 Toetsing van beleid 235
- 13.6 Relatie met interne en externe aansprakelijkheid 240
- 13.7 Het doen van uitkeringen 243
- 13.8 Conclusie 252

14 Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders van zorgondernemingen

Wim Weterings 255

- 14.1 Inleiding 255
- 14.2 Terechte paniek? Uitgangspunt géén persoonlijke
aansprakelijkheid bestuurder 256
- 14.3 Kader: interne en externe bestuurdersaansprakelijkheid 257
- 14.4 Interne aansprakelijkheid bestuurder 258
- 14.5 Externe aansprakelijkheid bestuurder 266
- 14.6 Aansprakelijkheid leden toezichthoudend orgaan 273
- 14.7 Beschermingsmaatregelen: decharge, vrijtekening/vrijwaring
en verzekering 277
- 14.8 Conclusie 281

15 Publiekrechtelijke waarborgen en extern toezicht bij zorgondernemingen met verschillende financieringsmodellen

Emke Plomp 283

- 15.1 Inleiding 283
- 15.2 Risico's voor de publieke belangen in de gezondheidszorg 284
- 15.3 Bestaande en voorgestelde publiekrechtelijke waarborgen 288
- 15.4 Extern toezicht op publiekrechtelijke waarborgen 294
- 15.5 Aanvullende waarborgen voor de publieke belangen 295
- 15.6 Conclusies en aanbevelingen 297

16 Maatschappelijk vermogen in een veranderende ziekenhuisbekostiging

Hans Linders 299

- 16.1 Wat is maatschappelijk vermogen? 299
- 16.2 De huidige situatie: behoud maatschappelijk vermogen geborgd 300

16.3	Veranderende situatie: winstuitkering in de zorg	302
16.4	Maatschappelijk vermogen en winstuitkering	304
16.5	Behoud van ‘oud’ maatschappelijk vermogen	306
16.6	Positie van ‘nieuw’ maatschappelijk vermogen	309
16.7	Slot en conclusie	311

DEEL V FISCAAL 313

17 De invloed van alternatieve financieringsmodellen op de fiscale positie van ziekenhuizen

Marc van Dijl en Stan Stevens 315

17.1	Inleiding	315
17.2	Huidige fiscale positie	316
17.3	Wijziging in de financieringsverhoudingen	324
17.4	Positie van het zorgvastgoed	330
17.5	Conclusie	331

18 Fiscale positie medisch specialisten in de huidige en toekomstige financierings- en bekostigingssystematiek

Peter Essers, Marlijn Moors en Stan Stevens 333

18.1	Context	333
18.2	De fiscale positie van medisch specialisten vóór 1 januari 2015	334
18.3	De fiscale positie van medisch specialisten vanaf 1 januari 2015	337
18.4	Reactie in de praktijk: aanpassing van de structuur	342
18.5	Fiscale behandeling van goodwill bij specialisten	350
18.6	Invloed van fiscale ontwikkelingen op de fiscale positie van de medisch specialisten	351
18.7	Conclusie	353

19 Fiscale aspecten overgang van ziekenhuizen zonder en met winstuitkering

Brenda Coebergh en Stan Stevens 355

19.1	Inleiding	355
19.2	Belastingplicht	355
19.3	De toerekening van het fiscale resultaat	356
19.4	Overige aandachtspunten	363
19.5	Conclusie	364

Epiloog

Bart Berden, Louis Houwen en Stan Stevens 365

Afkortingen 369

De auteurs 371

Register 373

DEEL I

Algemeen

1 Inleiding: financieringsmodellen en privaat kapitaal

Bart Berden, Louis Houwen en Stan Stevens¹

De aanleiding voor dit boek was het voornemen van de regering om de toetreding van private investeerders toe te staan in ziekenhuizen. Dat voornemen ligt politiek gevoelig en het blijkt moeilijk om dat op een evenwichtige wijze te concretiseren in nieuwe wetgeving. Na de aankondiging in 2003 van het voornemen om bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel ook ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra met een winstoogmerk toe te staan, heeft het uiteindelijk bijna tien jaar geduurd voordat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 8 februari 2012 een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer heeft ingediend tot ‘*wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg)*’. In dit boek wordt het wetsvoorstel korthedshalve ook genoemd: Wetsvoorstel privaat kapitaal. Na een kabinetswisseling is de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel op 18 februari 2013 in aangepaste vorm voortgezet als een wijziging van de bestaande Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De titel van het wetsvoorstel is in het parlementaire debat bij amendement gewijzigd in: ‘*Wijziging van de Wet toelating zorginstellingen en enkele andere wetten teneinde investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg te bevorderen (Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg)*’. Het Wetsvoorstel privaat kapitaal (Wpk) is op 1 juli 2014 door de Tweede Kamer aangenomen en sedertdien onderwerp van het parlementaire debat in de Eerste Kamer.

1.1 Wetsvoorstel privaat kapitaal

Voor aanbieders van medisch-specialistische zorg maakt deze wetswijziging gereguleerde winstuitkering mogelijk zodat algemene en categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra voortaan beter in staat zijn om private financiering in de vorm van risicodragend vermogen aan te trekken. Volgens het kabinet zullen de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van de medisch-specialistische

1 Prof. dr. H.J.J.M. Berden is bijzonder hoogleraar ‘Organisational Development in Hospitals’, verbonden aan Tias, School for Business and Society van Tilburg University en bestuursvoorzitter van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis. Prof. mr. L.G.H.J. Houwen is bijzonder hoogleraar Privaat-publiek ondernemingsrecht, verbonden aan Tias, School for Business and Society van Tilburg University en advocaat bij Dirkzwager advocaten & notarissen N.V. Prof. dr. S.A. Stevens is bijzonder hoogleraar Fiscale aspecten van maatschappelijke ondernemingen aan Tias, School for Business and Society van Tilburg University en verbonden aan HVK Stevens.

zorg daardoor verbeteren. Door deze nieuwe wetgeving zal het huidige verbod op winstoogmerk van (het Uitvoeringsbesluit van) de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) komen te vervallen en zullen in een geheel nieuw hoofdstuk IVA aanvullende regels over winstuitkering door zorgaanbieders in de WTZi worden opgenomen. In een laat stadium van de parlementaire behandeling is daar nog bij amendement een uitbreiding van de meldingsplicht en de vereiste goedkeuringseis van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ten aanzien van onroerendgoedtransacties (huur, verhuur, verkrijging, vervreemding of het onderwerpen aan enig beperkt recht: artikel 18 WTZi) aan toegevoegd.

Door de opheffing van het winstuitkeringsverbod voor toegelaten instellingen kunnen zorgaanbieders die zorg of diensten verlenen zoals omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet (Zvw) voortaan onder bepaalde voorwaarden winst uitkeren aan private investeerders die risicodragend kapitaal verschaffen. Daartoe hanteert hoofdstuk IVA een geheel eigen begrippenapparaat met definitiebepalingen van onder andere intramurale en extramurale zorg, zorgaanbieder, winst, solvabiliteitsmarge en zorgaanbiedersgroep, die op onderdelen afwijken van de algemene (begrips)bepalingen van de WTZi. Zorgaanbieders die op grond van de Wlz intramurale zorg verlenen, worden op voorhand uitgesloten van winstuitkeringen en dat geldt ook voor academische ziekenhuizen. Daarentegen mogen maatschappen van medisch specialisten die hun arbeid hebben ingebracht of besloten vennootschappen met één directeur-groootaandeelhouder die beroepsmatig in persoon zorg verleent en een aantal instellingen, zoals zorgaanbieders die uitsluitend extramurale psychiatrische zorg verlenen of psychologische behandelingen op grond van de Zvw verrichten, winst uitkeren zonder dat zij aan alle wettelijke voorwaarden hoeven te voldoen.

De overige aanbieders van medisch-specialistische zorg, zoals niet-academische ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's), mogen voortaan winst uitkeren als zij aan een groot aantal voorwaarden voldoen. Om daarvoor in aanmerking te komen moet een dergelijke zorgaanbieder op grond van de artikelen 16c tot en met 16i van het wetsvoorstel in ieder geval:

- beschikken over de rechtsvorm van een bv, nv of coöperatie als hij een rechtspersoon naar Nederlands recht is;
- een beschikking hebben ontvangen van de minister van VWS op basis van een preventieve kwaliteitstoets van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) waaruit blijkt dat hij zijn bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de te verlenen zorg naar behoren heeft ingericht en dat hij een kwalitatief goed veiligheidsmanagementsysteem heeft;
- over een solvabiliteitsmarge van 20 procent of meer (van de zorgaanbiedersgroep) na de winstuitkering beschikken;
- gedurende de drie boekjaren die aan het uitkeringsjaar vooraf zijn gegaan een positief resultaat uit gewone bedrijfsuitoefening na belastingen hebben gerealiseerd;
- goedkeuring van het besluit tot uitkering door het bestuur hebben verkregen, met dien verstande dat het bestuur deze goedkeuring alleen mag weigeren als de winstuitkering in strijd met deze wet plaats zou vinden of indien het bestuur weet of redelijkerwijs behoort te voorzien dat de zorgaanbieder na de winstuitkering niet zal kunnen blijven voortgaan met het betalen van zijn opeisbare schulden;

- geen overheidssteun ontvangen of over een garantie op grond van de Garantieregeling Inrichtingen voor Gezondheidszorg 1958 beschikken;
- niet onderworpen zijn aan een aanwijzing, bevel of last onder bestuursdwang respectievelijk dwangsom;
- een goedkeuring van de NZa hebben ontvangen voor het eerste besluit tot winstuitkering op grond van een rapport dat inzicht biedt in de gevolgen van het winstoogmerk voor het zorgaanbod;
- in het eerste jaar niet meer dan 50 procent van de winst uitkeren;
- een termijn van ten minste drie jaar na de eerste investering in acht hebben genomen;
- het toezichthoudend orgaan, dat voor ten hoogste de helft uit (vertegenwoordigers van de) aandeelhouders mag bestaan, over het voornemen tot winstuitkering hebben gehoord.

De IGZ en de NZa zijn met de uitvoering en het toezicht op de naleving van deze voorwaarden belast. De zorgaanbieder dient daartoe binnen drie maanden na de winstuitkering een verantwoording bij de NZa in te dienen waaruit blijkt dat hij de voorwaarden voor winstuitkering zoals die uit deze wet en het Burgerlijk Wetboek voortvloeien ook daadwerkelijk in acht heeft genomen. Besluiten tot winstuitkering die hiermee strijdig zijn, worden daarnaast als nietig gekwalificeerd terwijl aandeelhouders, leden of andere winstgerechtigden uitgekeerde winsten moeten terugbetalen als zij dit wisten of behoorden te weten.

Hoewel de aanleiding van dit boek het Wetsvoorstel privaat kapitaal was, heeft de redactie altijd voor een bredere invalshoek gekozen. Ook omdat de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel zo ongewis was, terwijl de problematiek van de financiering van zorginstellingen een vitaal onderwerp is dat ook door de stelselwijziging in de zorgsector voor de betrokken actoren, zoals bestuurders, toezichthouders, medisch specialisten, controllers, banken, investeerders, overige financiers en investeerders, overheidsinstanties respectievelijk hun financiële en juridische adviseurs in de praktijk steeds verregaande financiële consequenties en praktische implicaties heeft.

1.2 Financiering en bekostiging

Het centrale thema van dit boek is het vraagstuk van de financiering van een ziekenhuis. Als we spreken over financiering, dan moet onderscheid worden gemaakt tussen de bekostiging van ziekenhuizen, de wijze waarop zij hun omzet vergoed krijgen (onder andere de vergoeding van de zorgverzekeraars voor de gedeclareerde zorgprestaties) en de financiering in de betekenis van ondernemingsfinanciering – dat wil zeggen: de financiering van de investeringen (gebouwen en apparatuur) en exploitatie (werkkapitaal). Uit de bekostiging van het ziekenhuis moeten de kosten van de financiering, dat wil zeggen: de rente en aflossingen van de lening en/of dividenduitkeringen, worden betaald. Het vertrekpunt van dit boek is deze tweede betekenis van financiering. Op dit moment worden ziekenhuizen vooral in de vorm van een stichting gedreven en vindt de financiering plaats door middel van bankleningen

en ingehouden eigen winsten. De eigendom van het ziekenhuis bevindt zich in de dode hand. Zodra het Wetsvoorstel privaat kapitaal in werking is getreden kunnen ook private investeerders gaan participeren in een ziekenhuis. Dat is een belangrijke wijziging die door veel auteurs uiteraard in hun bijdrage is verwerkt.

Op dit moment kennen de meeste ziekenhuizen de rechtsvorm van een stichting. Dat betekent dat het ziekenhuis zich in de dode hand bevindt. Er zijn geen aandeelhouders of anderen die eigenaar van het ziekenhuis zijn en vanuit die positie toezicht uitoefenen op het beleid van een ziekenhuis. De meeste ziekenhuizen hebben een raad van bestuur die leiding geeft aan het ziekenhuis en een raad van toezicht die daarop toezicht uitoefent. Een ziekenhuis wordt gefinancierd door de banken (vooral financiering van de vaste activa zoals het gebouw) en door de zorgverzekeraars via bevoorschotting. De bevoorschottingen worden steeds minder, waardoor ook de behoefte aan werkkapitaal toeneemt. Bankfinanciering was traditioneel relatief goedkoop, mede vanwege het oorspronkelijke stelsel van centrale aanbodsturing en budgetfinanciering met de garantie van de bankleningen door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). De derde bron van financiering van ziekenhuizen die worden gedreven door een stichting is het eigen vermogen van de stichting dat in het verleden is ingebracht door de stichters van het ziekenhuis en/of positieve exploitatieresultaten die in de afgelopen jaren zijn gereserveerd.

1.3 Financieringsmodellen zorgsector

Naast bovengenoemde traditionele bronnen van financiering kan een ziekenhuis in de toekomst ook gaan beschikken over eigen vermogen dat is verkregen door de uitgifte van nieuwe aandelen. In dat verband is het nuttig om op te merken dat een verkoop van het ziekenhuis aan een private investeerder niet noodzakelijkerwijs leidt tot meer beschikbaar kapitaal. De private investeerder betaalt immers aan de verkoper voor de aandelen en dat bedrag komt niet ten goede aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis krijgt slechts meer kapitaal indien een investeerder vermogen inbrengt in het ziekenhuis zelf door een storting op aandelen in het kader van een aandelenemissie of het verstrekken van een (achtergestelde) lening.

In het boek onderscheiden wij drie typen investeerders.

- *De belegger*: dat is een investeerder die participeert als passieve belegger en dus primair een focus heeft op het directe² rendement dat met de investering kan worden behaald. De belegger brengt geen specifieke expertise in die door het ziekenhuis kan worden benut om de bedrijfsvoering te verbeteren. In het algemeen bestaat er een afstandelijke relatie tussen de belegger en de onderneming waarin wordt belegd. De belegger stemt met de voeten; als hij geen vertrouwen (meer) heeft in het ondernemingsbeleid verkoopt hij zijn aandelen. Als veel beleggers dat doen, zal de beurskoers dalen. De beurskoers kan daardoor worden gezien als een vertrouwensindicator in de onderneming en haar management. Dalende koersen

2 Voor de belegger zijn er geen synergie- of strategische voordelen te behalen met een investering, zodat het rendement van de investering uitsluitend bestaat uit het dividend of de rente en opbrengst bij verkoop of liquidatie.

maken een onderneming ook kwetsbaar voor overnames, hetgeen voor het zittende management een bedreiging kan vormen omdat de koper veelal zijn eigen bestuur zal benoemen. Uiteraard zijn er ook beleggers die een meer actieve rol kiezen. In het algemeen zal de betrokkenheid toenemen als het belang groter wordt. Bij een klein belang zullen veelal de kosten die moeten worden gemaakt voor een actieve beoordeling en beïnvloeding van het ondernemingsbeleid niet opwegen tegen de verwachte meeropbrengsten. Een probleem daarbij is dat ook andere investeerders mee profiteren (*free riders*), waardoor de prikkel om zelf toezicht uit te oefenen afneemt. In het (internationale) bedrijfsleven zijn er echter voorbeelden te vinden van activistische aandeelhouders die met een gering belang in staat waren een grote invloed op het beleid uit te oefenen. TCI hield slechts een zeer gering belang in ABN AMRO toen het aandrong op een splitsing. Er zijn beleggers die bij de selectie van hun aandelen andere motieven laten meewegen dan het verwachte rendement, zoals het beleid van de onderneming op maatschappelijk gebied (milieu, sociale en maatschappelijke overwegingen). Daarbij kan sprake zijn van negatieve selectie: ondernemingen in bepaalde sectoren worden uitgesloten van beleggingen, bijvoorbeeld bedrijven die clusterbommen fabriceren. Bij positieve selectie vormt het beleid van de onderneming juist het motief om te investeren: onderneming gericht op duurzame energie. In de groep beleggers zullen zich naar verwachting de institutionele investeerders bevinden zoals pensioenfondsen, verzekeringsmaatschappijen en (collectieve) beleggingsfondsen.

- *De ondernemer*: de tweede categorie investeerders zijn de ondernemers. Ook deze zijn uiteraard geïnteresseerd in een rendement. Zij beogen dat rendement, in de vorm van vermogensvermeerdering of dividenduitkeringen, echter te realiseren door een actieve betrokkenheid bij de bedrijfsvoering. De investeerder brengt daartoe specifieke kennis en ervaring in om de bedrijfsvoering van een ziekenhuis te veranderen en daardoor rendabeler te maken. Dat kan bijvoorbeeld expertise zijn op het gebied van inkoop en logistiek. Deze investeerders zijn te vinden in zorgondernemers die een keten willen vormen en/of participatiemaatschappijen. Ook buitenlandse zorgondernemingen die hun activiteiten naar Nederland willen uitbreiden vallen in deze categorie. Voor hen zal de investering in een Nederlands ziekenhuis passen in een grotere strategie van de eigen onderneming en het rendement zal worden beoordeeld in het licht van die overkoepelende strategie. De relatie tussen de investeerder en de onderneming is in deze vorm nauw. In sommige situaties zal gelden dat de aandeelhouder en onderneming een verlengstuk van elkaar zijn (100 procent eigendomsrelatie en de eigenaar zit ook in het bestuur). Bij veel investeringen van participatiemaatschappijen is er toch sprake van een zekere afstand tussen het bestuur en de aandeelhouders. Het bestuur kent (grote) zelfstandigheid in de executie van de strategie en de dagelijkse bedrijfsvoering. De aandeelhouders bemoeien zich echter wel actief met de formulering en bijstelling van de strategie en de benoeming en het ontslag van de personen op de sleutelposities.
- *De medisch specialisten*: de derde categorie investeerders die wij onderscheiden is de groep van specialisten, waaronder ook andere medewerkers van het ziekenhuis kunnen worden begrepen. Zij zouden al dan niet samen met andere investeerders kunnen gaan participeren in een ziekenhuis. De medisch specialisten zijn vergelijkbaar met ondernemers omdat zij vanuit hun professie een bijzondere betrok-

kenheid hebben bij en kennis van de bedrijfsvoering van een ziekenhuis. Juist het collectief van medisch specialisten zou in staat moeten zijn bij te dragen aan een verbetering van de bedrijfsvoering, zeker indien deze ook betrekking heeft op het medisch proces en de zorgverlening zelf. De medisch specialisten zouden, als zij ook investeerder zijn, de natuurlijke bondgenoot kunnen zijn van de investeerder. Ook zou via financiële participatie meer gelijke gerichtheid kunnen worden bereikt in de belangen van de medisch specialisten en de belangen van het ziekenhuis als geheel. Uiteraard is daarvoor vereist dat de medisch specialisten participeren in het totale resultaat van een ziekenhuis en niet alleen in de resultaten van een specifieke (resultaatverantwoordelijke) zorgenheid of specialisme. Het gaat er juist om via het introduceren van financiële prikkels een meer integraal beleid te bereiken, waarbij de bedrijfsvoering van het totale ziekenhuis wordt geoptimaliseerd. Alleen een financiële participatie daarvoor is echter niet voldoende. Als er veel specialisten participeren, is het effect van het eigen gedrag op het totale resultaat beperkt. Het gaat dus ook om bewustwording. Vanuit een oogpunt van *governance* is van belang dat de medisch specialist uiteraard ook een medische verantwoordelijkheid heeft, om de beste zorg te bieden in de gegeven situatie. De afweging welke zorg geboden moet worden, mag niet zodanig worden bepaald dat (individuele) financiële overwegingen de doorslag gaan geven bij een behandeling. Uitgebreide kwaliteitswetgeving die de persoonlijke verantwoordelijkheid van medici benadrukt vormt in dat verband een belangrijk normerend kader, alsmede collegiaal en tuchtrechtelijk toezicht. Het risico dat financiële motieven de overhand krijgen, doet zich uiteraard niet alleen voor bij medisch specialisten die investeren. In alle gevallen waarbij de beloning variabel is en op de prestatie is afgestemd kunnen er (ongewenste) gedragseffecten zijn (perverse prikkels). Het lastige daarbij is dat prestatiebeloningen nu juist ook bedoeld zijn om een gedragseffect te bereiken. Het vergt een zorgvuldige en evenwichtige vormgeving van het beloningssysteem om de juiste prikkels te geven. Tegelijkertijd is het met het oog op de macrobeheersing van de zorgkosten essentieel dat medici ook bij het primaire medische proces aspecten van doelmatigheid laten meewegen, wat gepaard kan gaan met lastige medisch-ethische dilemma's. In beginsel staat dat echter los van de vraag of een medisch specialist mede-eigenaar is van het ziekenhuis of niet. De medisch specialisten kunnen in beginsel investeerder worden in een ziekenhuis en daarmee rechtstreeks of indirect eigenaarschap verwerven. Andere belanghebbenden bij een ziekenhuis – zoals zorgverzekeraars – kunnen dat (nog) niet, omdat daar het risico te groot wordt geacht dat door de verticale integratie de belangen van de zorgverzekeraars (beperking van de kosten) te veel van invloed kunnen worden op het ziekenhuis met negatieve consequenties voor de zorg.

Het doel van dit boek is te onderzoeken wat de consequenties zijn van de verschillende financieringsvormen op de organisatie en het functioneren van een ziekenhuis. In het voorgaande zijn al enkele aspecten genoemd. Deze consequenties liggen op verschillende niveaus: bestuurlijk, juridisch en financieel-economisch. In het boek worden deze verschillende niveaus aan de hand van achttien bijdragen besproken, waardoor hopelijk een integraal beeld ontstaat. Wij hebben de auteurs gevraagd bij het schrijven van hun bijdrage zo veel mogelijk de drie hiervoor genoemde groepen

van investeerders in het achterhoofd te houden. Omdat niet voor alle onderwerpen dit onderscheid zo relevant is, hebben wij ervoor gekozen de auteurs niet te ‘persen’ in een strak analysekader.

Naar onze mening is er een rijke schakering ontstaan van de dilemma’s die opkomen bij de vraag of het wenselijk is om private investeerders toe te laten treden. Dilemma’s zowel op het niveau van de organisatie als het stelsel, waardoor het boek interessant is voor bestuurders en beleidsmakers. In verschillende bijdragen zijn ook beleidsaanbevelingen opgenomen. Wij hopen dat het boek zal aanzetten tot reflectie, zal helpen bij het stellen van vragen en het op het spoor komen van oplossingen voor dilemma’s en verdere ontwikkeling van een goed regulerend kader. Het boek is geen handboek ‘private investeringen in de zorg’. Het omzetten van een ziekenhuis zodat private investeerders kunnen participeren, gaat met heel veel praktische economische, juridische en fiscale vragen gepaard, waarvoor verschillende oplossingen denkbaar zijn. De praktijk is zo divers dat er geen standaardconcepten voorhanden zijn. De bijdragen bevatten echter voldoende aanknopingspunten voor het stellen van de juiste vragen en oplossingsrichtingen voor praktische problemen en dilemma’s.

Het boek is opgezet in een aantal delen. De verschillende bijdragen zijn per deel gegroepeerd: een algemeen deel, een bestuurlijk-organisatorisch deel, een financieel-economisch deel, een juridisch deel en ten slotte een fiscaal deel.

De eerste bijdrage (hoofdstuk 2) is van de hand van Marcel Canoy en Michiel Verkoulen die ingaan op de bekostiging van ziekenhuizen. Het perspectief van dit boek is de financiering, maar de bekostiging kan daar niet los van worden gezien. De wijze waarop een ziekenhuis wordt bekostigd bepaalt immers de exploitatie van een ziekenhuis en het risico voor de financiers. Canoy en Verkoulen wijzen erop dat het huidige systeem van bekostiging nog niet voldoende werkt. Het systeem is erg complex en de markt (zowel de verzekerings- als de ziekenhuismarkt) werkt nog niet goed. Dat wordt veroorzaakt doordat er informatieasymmetrie is en de overheid in feite een quasimarkt heeft ingevoerd. Bij de bekostiging van de ziekenhuizen is de diagnosebehandelcombinatie (DBC) vervangen door de DBC Op weg naar Transparantie (DOT), waardoor een minder gedetailleerd en fraudegevoelig systeem ontstaat, maar het is nog met te veel toeters en bellen opgetuigd, waardoor verzekeraars en bestuurders door de bomen het bos niet meer zien. Het ontbreken van integrale bekostiging was tot 1 januari 2015 eveneens een complicerende factor omdat de verrichtingen van medisch specialisten nog afzonderlijk werden vergoed. Door de invoering van integrale tarieven is in dat opzicht echter een belangrijke verbetering gerealiseerd. Er is nog wel veel vertraging in de uitbetaling tussen de verzekeraars en de ziekenhuizen en weinig zicht op de echte kosten van een behandeling. Naast het toelaten van privaat kapitaal moet er volgens de auteurs meer onderhandelingsvrijheid bij de zorginkoop komen. Daarnaast moet de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt worden verbeterd. Zij pleiten verder voor eliminatie van de fiscale faciliteiten voor specialisten, elimineren van toetredingsdrempels, bestrijden van de vorming van regiomaatschappen, bestuur verantwoordelijk maken voor de gehele economische eenheid inclusief de maatschappen en uitkomsten bekostigen in plaats van productie.

Patrick Jeurissen en Hans Maarse (hoofdstuk 3) hebben gekeken naar de buitenlandse ervaringen met private investeerders. Zij concluderen dat – ook als winstuitkering

mogelijk wordt – geen snelle vercommercialisering van de ziekenhuissector valt te verwachten. Groei van commerciële ziekenhuizen in het buitenland wordt bepaald door de toegang tot kapitaal en vergoeding van de kapitaalkosten en de inkomensbelangen van medisch specialisten. For-profitziekenhuizen hebben niet per definitie lagere kosten, wel hebben zij een andere kostenstructuur dan non-profitziekenhuizen. Het inkomen van medisch specialisten blijkt bij for-profitziekenhuizen hoger te liggen. Ook blijkt uit de bijdrage dat de resultaten van ziekenhuizen sterk afhankelijk zijn van de regelgeving.

Guus van Montfort en Rob van Wylick (hoofdstuk 4) stellen in hun bijdrage dat vergeleken met het buitenland de Nederlandse ziekenhuizen homogeen zijn. Dat geldt voor zowel de (grote) omvang, de werkwijze als de structuur. Om deze reden is het van belang goed zicht te hebben op deze organisatie. In hun hoofdstuk gaan Van Montfort en Van Wylick hier uitvoerig op in. Vanuit een historisch perspectief wordt duidelijk dat de medisch specialist al sinds lang een centrale rol in het ziekenhuis speelt, toenemend in geïntegreerd verband. De rol van de zorgverzekeraar is sterk veranderd en is van toenemend belang in het zorgstelsel. De profielen van de ziekenhuizen veranderen op medisch-inhoudelijke basis. Dat vergroot in toenemende mate de risico's voor ziekenhuizen en stelt, tezamen met de veranderende financiële voorwaarden van de financiers, hogere eisen aan de organisatie en besturing van het ziekenhuis. Een dergelijke ontwikkeling vergt volgens beide auteurs een bestuurlijke en financiële participatie van de medisch specialisten die daardoor medeverantwoordelijkheid nemen voor het gehele ziekenhuis.

Piet-Hein Buiting (hoofdstuk 5) heeft het vizier gericht op de interne organisatie van het ziekenhuis. Hij wijst er terecht op dat naast de financiering van de ziekenhuizen met name de positie van de medisch specialisten en hun bekostiging relevant is. Ziekenhuizen in Nederland lijken erg op elkaar. Dat wordt veroorzaakt door de professionele en organisatorische homogeniteit. Professionals werken op basis van een gemeenschappelijke *body of knowledge* en professionele normen worden gesteld door landelijke instituties zoals beroepsorganisaties. De organisatorische homogeniteit wordt veroorzaakt door het systeem van bekostiging, waardoor het zorgproces mede wordt afgestemd op de parameters van het bekostigingssysteem. De winnaars zijn daardoor niet de meest innovatieve ziekenhuizen, maar zij die het snelst en het best het bekostigingssysteem doorgronden en dat benutten. Ook is het financieel veiliger om binnen de bekende paden te blijven. Landelijke organisaties zoals de Federatie van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) hebben veel invloed op de lokale organisaties. De ziekenhuizen zijn veelal nog te veel dual georganiseerd, waarbij er weinig verbinding is tussen de medisch-inhoudelijke en de bedrijfsmatige aansturing van de zorgprocessen. Volgens Buiting neemt dat af bij integrale bekostiging van een ziekenhuis. Er zijn dan meer prikkels voor interne substitutie binnen het zorgproces. De wijze waarop dat plaatsvindt, zal ook afhangen van de wijze waarop binnen het ziekenhuis de winst verdeeld wordt. Er zijn verschillende modellen denkbaar om de betrokkenheid van de medisch specialisten bij het bedrijfsproces te waarborgen. Op het niveau van het totale ziekenhuis of via de vorming van resultaatverantwoordelijke eenheden. De uitdaging in elk model is de motivatie in te bouwen voor medisch specialisten om ook aandacht te besteden aan bedrijfsmatige overwegingen. Nu heeft de staf vaak weinig kennis over de bedrijfsvoering.

Markt en winst in de zorg zijn geen neutrale begrippen. Bepaald niet. Het besef daarvan is waardevol. De bijdrage van Gerty Lensvelt-Mulders (hoofdstuk 6) geeft een beschouwing om te komen tot verdieping van het weinig afgebakende maar zeer gevoelige begrip winst. Zij doet dit ook vanuit het perspectief van de omgeving en maatschappij. Zo worden botsende paradigma's – die er wel zijn – zichtbaar, zoals de economische rationaliteit tegenover de relationele keuze. Of de patiënt als kritische zorgconsument tegenover de kwetsbare zieke. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan beter zicht op de waarde en waardering van winst in de zorg en een verbinding gelegd met de maatschappelijke kant van een ziekenhuis.

Als private investeerders kunnen toetreden in een ziekenhuis, dan zal ook de waarde van een ziekenhuis moeten worden bepaald. Dat is nodig om te bepalen welk bedrag een investeerder moet inbrengen. Daarnaast is een goede waardering noodzakelijk om te voorkomen dat investeerders te goedkoop toetreden en daardoor publiek vermogen weglekt naar private investeerders. Joost Plus gaat in zijn bijdrage (hoofdstuk 7) in op de waardering van ziekenhuizen. Waarde wordt daarin opgevat als de financieel-economische waarde. Ondernemingen worden in beginsel gewaardeerd volgens de zogenoemde Discounted Cash Flow (DCF)-methode. Daarin zijn de verwachte kasstromen en de vermogenskostenvoet van de investeerder (die afhankelijk is van het risico) bepalend voor de waarde. De waarde van ziekenhuizen wordt in sterke mate beïnvloed door de onzekerheden die bestaan in de bekostiging van ziekenhuizen. Het systeem is complex en er bestaat druk op de prijs en het volume. Er is een beperkt aantal verzekeraars waarmee moet worden onderhandeld en de afrekening met verzekeraars duurt lang, waardoor ziekenhuizen meer financiering nodig hebben. Plus benadrukt terecht dat er een wezenlijk verschil is tussen waarde en prijs. De prijs wordt pas gerealiseerd in een transactie en is ook de resultante van de machtsverhoudingen en belangen van de verschillende partijen. Het is mogelijk dat een strategische koper bereid is een hoge prijs (premie) te betalen om bijvoorbeeld toegang tot de markt te verwerven. Wouter Klijn, Christiaan Hameeteman en Remco van Daal (hoofdstuk 8) beschrijven vervolgens de gevolgen voor de kapitaalkosten en continuïteit van een ziekenhuis in de verschillende financieringsmodellen. De financiering van ziekenhuizen vindt nu de facto plaats door verzekeraars en banken. De financieringsbehoefte van ziekenhuizen neemt toe, omdat deze financiers minder mogelijkheden hebben om te financieren en terug willen treden. De toetreding van private financiers zal leiden tot hogere kapitaallasten omdat de investeerders compensatie wensen voor het risico. Bij een belegger zal dat zich eerder vertalen in een bepaald geëist dividendrendement, terwijl de ondernemende investeerder meer gericht zal zijn op waardecreatie en daardoor bereid zal zijn op korte termijn af te zien van een uitkering van rendement in ruil voor een hoger rendement in de toekomst. Vanuit het perspectief van de continuïteit van een ziekenhuis biedt de toetreding van investeerders voordelen, aangezien het ingebrachte vermogen is achtergesteld bij de leningen van de bank en bevoorschotting van de verzekeraars. Het risico dat een ziekenhuis niet kan voldoen aan de verplichtingen van de externe financiers wordt kleiner. Als de resultaten tegenvallen, ontvangen de aandeelhouders geen dividend. Rentebetalingen kunnen niet zomaar worden opgeschort.

Jos Blommaert en Bart Kamp (hoofdstuk 9) bespreken de jaarverslaggeving van ziekenhuizen. Voor ziekenhuizen gelden specifieke aanvullende regels voor het

opstellen van de jaarrekening die zijn neergelegd in RJ 655. De Richtlijn moet verplicht worden toegepast. De Richtlijnen zijn afgeleid van de richtlijnen die voor commerciële ondernemingen gelden. De specifieke regels voor ziekenhuizen veranderen voortdurend, waardoor er geen sprake is van een stabiel systeem waarop de ruimte voor winstuitkering kan worden gebaseerd.

Een belangrijk thema van het boek is de governance van de zorgonderneming en de vraag of die verandert als private investeerders toetreden. In dat kader is van belang in hoeverre er voldoende privaatrechtelijke en publiekrechtelijke waarborgen zijn om goed bestuur en toezicht te garanderen. Tegen de achtergrond van het Wetsvoorstel *privaat kapitaal* bespreekt Louis Houwen (hoofdstuk 10) allereerst de reikwijdte van het winstuitkeringsverbod en beoordeelt hij daarna de keuze van de rechtsvorm en de inrichting van de governance van het ziekenhuis. Als het de bedoeling is dat winst wordt uitgekeerd, dan komen in beginsel de nv, bv of coöperatie als rechtsvorm in aanmerking. De nv als openbare ziekenhuisvennootschap is vooral voor beleggers een geschikte rechtsvorm. De coöperatie en de bv zijn flexibele ondernemingsvormen die veel ruimte bieden om de participatie van ondernemende investeerders te effectueren en de zeggenschap te regelen. De coöperatie lijkt wat logischer te passen als de medisch specialisten in de eigendomsstructuur van het ziekenhuis gaan participeren, omdat zij ook medische diensten leveren aan het ziekenhuis. De coöperatie is vaak een verlengstuk van de onderneming (praktijk) van de leden. Ook biedt de coöperatie het voordeel dat (de praktijkvennootschappen van) de leden recht hebben op de fiscale deelnemingsvrijstelling, ongeacht de omvang van hun belang, waardoor minder belasting wordt betaald over de winstuitkeringen. De bv past wat beter als *private equity* toetreedt. Voor de toekomstige governancestructuur van het ziekenhuis kan nu al prima aansluiting worden gezocht bij de Zorgbrede Governancecode 2010 en het wettelijke structuurregime voor de coöperatie om de betrokkenheid van de medisch specialisten en professioneel toezicht door een onafhankelijke raad van commissarissen te waarborgen.

Ziekenhuizen zijn ondernemingen volgens het Europese recht. Bij de regulering van de bekostiging en financiering van ziekenhuizen moet daarom rekening worden gehouden met de normen en beperkingen die het Europese recht biedt, zoals de vrijheid van kapitaalverkeer en vestiging, het verbod op staatssteun en het recht op ongestoord genot van eigendom. Johan van Manen en Wolf Sauter (hoofdstuk 11) analyseren de invloed van het Europese recht op de mogelijkheden om winst uit te keren. Het verbod op winstuitkering paste wellicht in het oude systeem waarin bekostiging plaatsvond via budgettering. In het huidige systeem liggen de exploitatierisico's echter bij de zorgaanbieders (ziekenhuizen) en de verzekeraars. Van Manen en Sauter wijzen erop dat in de wetswijziging die winstuitdeling mogelijk moet maken geen coherente aanpak is gekozen, omdat het voor bepaalde sectoren wel en voor andere niet mogelijk wordt om winst uit te keren, terwijl voor alle sectoren zou kunnen gelden dat toetreding van private investeerders moet leiden tot meer doelmatigheid. Zij concluderen dat het thans geldende verbod om winst uit te keren in strijd is met het EU-verdrag omdat het een belemmering inhoudt van de vrijheid van kapitaalverkeer en/of vestiging. Zij zijn van mening dat het opheffen van het verbod op winstuitdeling wel in overeenstemming is met het EU-recht. Een risico is

nog wel dat het verbod niet wordt opgeheven voor de Universitaire Medische Centra (UMC's) en de intramurale zorg.

Het Wetsvoorstel privaat kapitaal maakt het (formeel) mogelijk om winst uit te keren. In de praktijk wordt echter al via andere structuren – zoals uitbesteding van zorg – feitelijk bewerkstelligd dat revenuen van medische zorg- en dienstverlening aan private investeerders toekomen. Lieske de Jong en Louis Houwen beoordelen in hun bijdrage (hoofdstuk 12) deze uitbestedingsstructuren en toetsen die aan verschillende gezondheidsrechtelijke regels die met name beogen de kwaliteit van de zorg te garanderen zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de toekomstige Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector en het Burgerlijk Wetboek (de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). Uit hun analyse blijkt dat onderaannemers in veel gevallen rechtstreeks gehouden zijn de genoemde wettelijke regelingen na te leven. Dit geldt zeker indien de uitbestedende instelling niet tevens zelf feitelijk zorg verleent en de zorgverlening niet door de onderaannemers als kleiner organisatorisch verband binnen het groter organisatorisch verband van de uitbestedende instelling plaatsvindt. Zij gaan ook in op de vraag of degene aan wie de zorg is uitbesteed (en die niet zelf een toegelaten instelling is) wordt gebonden door de specifieke voorwaarden die volgens het Wetsvoorstel privaat kapitaal gaan gelden voor de uitkering van winst. De auteurs komen tot de opmerkelijke conclusie dat een toegelaten instelling die de zorg volledig heeft uitbesteed en zelf geen zorg aanbiedt onder de nieuwe regelgeving niet (meer) kan worden aangemerkt als zorgaanbieder en dus niet gebonden is aan de geldende voorwaarden voor winstuitkering. De regels voor winstuitkering worden juist wel van toepassing op de onderaannemer die feitelijk de zorg verleent.

Ger van der Sangen concludeert in zijn bijdrage (hoofdstuk 13) dat ook bij commerciële ziekenhuisondernemingen die onder het nieuwe wettelijke regime winst mogen uitkeren, het bestuur bij zijn beleid rekening moet houden met het publieke (zorg)belang. Dat publieke belang dient afgewogen te worden tegen de belangen van de onderneming, aandeelhouders en andere stakeholders. Als de onderneming de publieke belangen heeft vastgelegd in de statuten of de Zorgbrede Governancecode 2010 heeft onderschreven, gaat daarvan een normerende werking uit. De rechter is echter terughoudend in de toetsing van het beleid. Het gaat vaak om een marginale toets. Van meer betekenis is de toepassing van het enquêterecht op zorgondernemingen. De rechtspersoon, raad van toezicht, het bestuur, de procureur-generaal en een orgaan waarin de zorgcliënten zijn vertegenwoordigd hebben het recht om een enquête op te starten. Het is de vraag of deze procedure wel omgeven is met voldoende waarborgen om te voorkomen dat te gemakkelijk naar dat (zware) instrument kan worden gegrepen. Van der Sangen concludeert dat de achilleshiel van de privaatrechtelijke borging van het publiek belang bij ziekenhuizen zit in de regeling van met name de interne aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders. In de rechtsvorm van een stichting kunnen toezichthouders niet rechtstreeks aansprakelijk worden gehouden voor gebrekkig toezicht. Een nieuw bestuur blijkt ook vaak terughoudend te zijn om voormalige bestuurders aansprakelijk te stellen voor onbehoorlijk bestuur. Tot slot wijst hij op het probleem dat de regels met betrekking tot de uitkering van winst alleen zien op de formele uitkering van winst, maar niet

garanderen dat andere financiële transacties worden getoetst op de rechtmatigheid en doelmatigheid, waardoor via dergelijke transacties een verkapte winstuitkering kan plaatsvinden. In dat verband kan er op worden gewezen dat voor de verkoop van vastgoed wel toestemming van de NZa nodig is.

Wim Weterings onderzoekt in zijn bijdrage (hoofdstuk 14) in hoeverre bestuurders en interne toezichthouders het risico lopen persoonlijk aansprakelijk te worden gesteld. Hij concludeert dat de risico's van bestuurdersaansprakelijkheid nog steeds niet heel groot zijn, maar wel aanwezig zijn en toenemen. Een belangrijk aandachtspunt voor bestuurders is dat besturen een collectieve verantwoordelijkheid is. Ook het handelen van collega-bestuurders in de raad van bestuur kan aansprakelijkheid tot gevolg hebben. Zeker als niet ingegrepen wordt daar waar dat aan de orde zou moeten zijn. Als een investeerder actief bij het beleid betrokken is, heeft dat veelal tot gevolg dat de bestuurder minder snel intern aansprakelijk is omdat het beleid al 'gedekt' wordt door de aandeelhouder die bij de vorming en uitvoering van het beleid betrokken is. Externe aansprakelijkheid komt slechts in beeld indien bestuurders een ernstig persoonlijk verwijt kan worden gemaakt of indien essentiële voorschriften niet in acht zijn genomen, zoals de tijdige deponering van een jaarrekening of de statuten niet zijn nageleefd. In de praktijk laten aansprakelijkheidsrisico's zich goed afdekken door decharge van het bestuur en een bestuurdersaansprakelijkheidsverzekering. Het voorgaande geldt a fortiori voor de leden van een raad van toezicht. Als zij echter in een uitvoerende rol komen (in een *one tier board*) zal hun aansprakelijkheidsrisico meer tenderen naar die van een bestuurder.

Naast privaatrechtelijke waarborgen zijn ook de publiekrechtelijke waarborgen van belang. Emke Plomp gaat in haar bijdrage (hoofdstuk 15) op die publiekrechtelijke waarborgen bij uitkering van winst in. Zij merkt terecht op dat het bestuur zowel bij actieve als passieve aandeelhouders zich rekenschap zal geven van de belangen van de aandeelhouders en daarom in beginsel dezelfde (publieke) waarborgen nodig zijn. Zij doet tien aanbevelingen voor het versterken van de publieke waarborgen, waaronder de vervanging van de eenmalige kwaliteitstoets door een periodieke toetsing, beperking van het aandelenbezit van de raad van bestuur en de raad van toezicht, introductie van (tijdelijk) financieel toezicht door de NZa en meer differentiatie in de voorwaarden naargelang van de specifieke activiteiten van de zorgonderneming. Tegelijkertijd beveelt zij echter ook aan om een aantal beperkende voorwaarden te schrappen, zoals de wachttijd van drie jaar, de noodzaak van een positief resultaat in de drie voorgaande jaren en het verbod op overheidsgaranties.

De bijdrage van Hans Linders (hoofdstuk 16) gaat in op de positie van het maatschappelijk vermogen van ziekenhuizen. De parlementaire behandeling van het Wetsvoorstel privaat kapitaal vertoont hier een grillig verloop. In het voorontwerp waren aanvankelijk nog specifieke bepalingen opgenomen om het weglekken van collectief vermogen te voorkomen. Na het kritische advies van de Raad van State werden deze voorzieningen geschrapt, maar tijdens de plenaire behandeling in de Tweede Kamer werd het huidige artikel 18 WTZi via het amendement-Bruins Slot alsnog gehandhaafd en werd de reikwijdte van deze meldingsplicht bij beëindiging van het gebruik van onroerende zaken zelfs substantieel uitgebreid. Dat heeft er uiteindelijk toe geleid dat de plenaire behandeling in de Eerste Kamer is aangehouden in afwachting van een nader advies van de Raad van State over deze regeling. Na een

analyse van de civielrechtelijke vermogensklem bij omzetting van de ziekenhuisstichting in een kapitaalvennootschap komt Linders tot de conclusie dat bij een dergelijke overgang sprake zal moeten zijn van een afrekenmoment om het weglekken van het collectief vermogen dat tot 2008 is opgebouwd ('oud collectief vermogen') te voorkomen. Vermogen dat daarna in een risicovolle omgeving onder het nieuwe bekostigingsregime is opgebouwd ('nieuw collectief vermogen') kan ter vrije besteding van het ziekenhuis blijven staan.

Winstuitkering in de zorg heeft ook fiscale consequenties. Een gevolg van winstuitkering is dat de zorgonderneming belastingplichtig wordt voor de vennootschapsbelasting. Marc van Dijk en Stan Stevens wijzen er in hun bijdrage (hoofdstuk 17) op dat daardoor de vraag actueel wordt of de bestaande vrijstelling voor ziekenhuizen (waar geen winst kan worden uitgekeerd) nog wel kan blijven bestaan. Mogelijk is hier sprake van (bestaande) staatssteun. In elk geval is er geen gelijk speelveld voor ziekenhuizen. Als ziekenhuizen belastingplichtig worden, dan kunnen investeerders daarop inspelen door te investeren via hybride financieringsinstrumenten zoals een obligatie met een winstdelende rente. Een dergelijk instrument zou voor een pensioenfonds bijzonder interessant zijn. In de bestaande situatie worden ziekenhuizen gedreven in de rechtsvorm van een stichting. Deze zal moeten worden omgezet in een nv, bv of coöperatie. Die omzetting roept verschillende fiscale vragen op.

Per 1 januari 2015 hebben medisch specialisten in beginsel de fiscale status van ondernemer verloren, omdat zij niet meer zelfstandig (via het ziekenhuis) declareren. Peter Essers, Marlijn Moors en Stan Stevens gaan in hun bijdrage (hoofdstuk 18) in op de fiscale positie van de medisch specialisten. Eind 2014 hebben veel maatschappijen van medisch specialisten hun samenwerking met de ziekenhuizen aangepast. Tegen de verwachting in zijn zij veelal niet in loondienst getreden van het ziekenhuis. Massaal zijn er samenwerkingsverbanden opgezet, waardoor de medisch specialisten zelfstandig konden blijven. Overigens is daarbij vaak gekozen voor een zogenoemd niet fiscaal transparant model, waardoor de medisch specialisten toch de ondernemersfaciliteiten verloren maar wel voor de loonbelasting zelfstandig beleven. Om dat te bereiken, zijn medisch-specialistische bedrijven opgezet die meer ondernemingsrisico gaan lopen, omdat zij zelf investeren en personeel in dienst te nemen. De belangrijkste fiscale hobbel lijkt de zelfstandigheid van de medisch specialist te zijn ten opzichte van het ziekenhuis. Als deze in een gezagsrelatie staat, moeten loonbelasting en sociale premies door het ziekenhuis worden ingehouden. Uit de goedkeuringen van de fiscus blijkt dat, mits het medisch-specialistisch bedrijf voldoende realiteitswaarde heeft en de medisch specialisten vrij vervangbaar zijn, er geen inhoudingsplicht voor de loonbelasting en sociale premies ontstaat.

Een consequentie van het belastingplichtig worden van een ziekenhuis is verder dat een openingsbalans moet worden opgesteld. Dat veroorzaakt vooral administratieve rompslomp, maar heeft ook financiële betekenis. Brenda Coebergh en Stan Stevens gaan in hun bijdrage (hoofdstuk 19) op de specifieke aspecten in.

Ten slotte worden in de epiloog de overpeinzingen en slotbeschouwingen van de redactie ten aanzien van deze private financieringsmodellen in de bredere context van ons zorgstelsel en de huidige dynamiek van de ziekenhuissector geplaatst. De tekst van dit boek is afgesloten op 1 maart 2015.

Epiloog

Bart Berden, Louis Houwen en Stan Stevens

Dit boek bevat een groot aantal bijdragen die de financiering van zorginstellingen en in het bijzonder ziekenhuizen vanuit verschillende relevante zijden belichten. Het is niet eenvoudig om eenduidige conclusies te trekken. Daarvoor is de materie te veelvormig en te complex.

Wel is duidelijk dat het huidige ziekenhuis een centraal onderdeel is van ons huidige zorgstelsel. Een stelsel dat, alhoewel redelijk stabiel, ook regelmatig wordt verbouwd. Terugkijkend zijn er inmiddels dan ook heel veel veranderingen geabsorbeerd. Nageenog zonder dat de zorg aan de patiënt eronder te lijden heeft gehad. Dat is een bijzondere prestatie. Voortgaand op die lijn: ons systeem wordt, internationaal meer dan nationaal, terecht geprezen vanwege zijn hoge kwaliteit en dat al vele jaren lang. Ook is de geleverde zorg dag en nacht van constant niveau en ook slechts beperkt afhankelijk van waar die zorg wordt verleend. Er is ook bezorgdheid, met name over de hoge kosten en over de bijbehorende stijging ervan. Dat drukt op onze collectieve en individuele bestedingen; de zorgkosten zijn nu onevenredig hoog en dreigen in nabije toekomst niet meer houdbaar te worden. Ook zijn er aanwijzingen dat de zorg inhoudelijk (nog) beter kan en dat een belangrijk domein als preventie onvoldoende positie krijgt.

Er is dus geen reden tot zelfgenoegzaamheid en inertie. Verbetering is nodig, maar niet eenvoudig. Door alle bovengenoemde verbouwingen en veranderingen die in de afgelopen jaren zijn doorgevoerd is het Nederlands zorgstelsel toenemend complex met vele *countervailing powers*. Dat betekent ook dat eventuele veranderingen grote en onbedoelde effecten teweegbrengen. Verandering in het Nederlandse stelsel vindt dan ook het best plaats in kleine stappen en volgens een achterliggende overtuiging en visie.

Die visie en overtuiging zijn er en kunnen het best worden gekarakteriseerd met het grote en weinig specifieke begrip marktwerving of, met een meer positieve connotatie, als het bevorderen van (maatschappelijk) ondernemerschap. In de afgelopen jaren is stap voor stap aan de verwezenlijking van de zorgmarkt gewerkt. Eerdergenoemde countervailing powers hebben overigens bijgedragen aan de beperkte vooruitgang die daarbij is gemaakt.

Het Nederlandse zorgstelsel wordt gekenmerkt door een aantal principes die eveneens ten grondslag liggen aan de inrichting van de Nederlandse maatschappij als geheel. Solidariteit komt tot uiting in de verplichte verzekering, verplichte acceptatie en het gegeven dat een aanzienlijk deel van de zorgkosten wordt bekostigd uit de collectieve middelen met inkomensafhankelijke premies en directe bijdragen van de

overheid. Egalitarisme is zichtbaar in de gelijke aanspraak die alle burgers hebben op kwalitatief hoogwaardige zorg ongeacht het inkomen, het geslacht en het ras. Tot slot worden genoemd de individualisering en mondigheid van burgers.

Gegeven het belang van deze begrippen komen zij in dit boek over financiering van zorginstellingen terug, inclusief een beschouwing over het begrip markt.

Een bijzondere ontwikkeling in dezen is de komst van de ‘Wet privaat kapitaal’. Deze wet past goed in de stelselherziening die over meerdere jaren wordt uitgerold en een steeds zwaarder accent legt op de eigen verantwoordelijkheid van ziekenhuizen. Hij past binnen de hierboven genoemde context van marktwerking en ondernemerschap en is, in dat kader, dan ook een logische stap. Anders gesteld: niet doorgaan op deze weg mondt uit in een onevenwichtig stelsel ‘stuck in the middle’ waarbij het systeem last heeft van zowel overheidsfalen als marktfalen.

De oorspronkelijke naam van dit wetsvoorstel (‘Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg’) doet vermoeden dat het uitkeren van winst aan de orde is. Dat thema heeft een zware lading; winst en zorg lijken haaks op elkaar te staan. Vreemd, want er werd altijd al winst gemaakt, al dan niet met gebruikmaking van meer of minder transparante structuren. In zoverre brengt deze wet duidelijkheid, hetgeen is toe te juichen.

Nog even over die zware lading: winst is niet anders dan een vergoeding voor geleverd kapitaal. Mits de vergoeding van redelijke omvang is, is dat te verdedigen. Bovendien hebben ziekenhuizen een aanzienlijke financieringsbehoefte waarin moet worden voorzien; en (toenemend) niet alleen door banken.

Dat neemt niet weg dat genoemde gevoeligheid veel discussie (heeft) ontlokt over de waarborgen om te voorkomen dat er oneigenlijke toestanden ontstaan, in casu winstmaximalisatie ten koste van zorg(verlening). Op zich is dat vreemd, zeker wanneer de bijdrage en positie van farmaceuten of fabrikanten van grote apparatuur worden meegewogen. Uiteindelijk moet de toegevoegde waarde van een ziekenhuis net als bij alle ondernemingen worden verdeeld over alle stakeholders, waaronder de verschaffers van kapitaal. Bij degenen die terughoudend staan tegenover het uitkeren van winst in de zorg bestaat de angst dat de kapitaalverschaffer de (over)winst volledig naar zich toe haalt ten koste van de patiënten, de premiebetalers en/of de gemeenschap.

Het gaat in dezen echter om waarborgen en deze lijken voldoende aanwezig. Wellicht wel te veel, waarmee het doel van bredere financieringsmogelijkheden wordt voorbijgeschoten. Illustraties hiervan zijn het rechtsvormvereiste en de besproken driejaars-termijn vóór de eerste winstuitkering.

Overigens zit de belangrijkste waarborg aan de bekostigingskant via tariefstelling van de Nederlandse Zorgautoriteit en de onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar. Deze hebben immers direct invloed op de winstgevendheid van een ziekenhuis.

Er is ook een interne component; die van de organisatie van het ziekenhuis. De uitwerking zal zeker ook afhangen van het soort ziekenhuis. Een bijzondere rol is daarbij weggelegd voor de medisch specialisten. Hoe zijn zij verankerd in het ziekenhuis

en waaraan nemen zij op welke wijze deel? Gaat dit verschillen tussen het ziekenhuis met het brede zorgpalet en de *focussed factory*?

Hier wordt van belang of en zo ja, in welke mate de medisch specialisten onder de Wet normering topinkomens worden gebracht. Biedt het uitkeren van dividend een extra bron van inkomen voor medisch specialisten die tegelijkertijd aandeelhouder worden van 'hun' ziekenhuis; en is dat maatschappelijk acceptabel? Daarover valt medio 2015 niet veel concreets te zeggen. Wel valt waar te nemen dat medisch specialisten en ziekenhuizen massaal hun samenwerkingsmodel hebben aangepast, omdat de fiscale positie voor medisch specialisten met ingang van 1 januari 2015 wijzigde. Is de ziekenhuissector hier nu veel mee opgeschoten? Of zijn er kunstmatige juridische structuren geconstrueerd die niet wezenlijk een bijdrage gaan leveren aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg, de bedrijfsvoering van ziekenhuizen en de rol die medisch specialisten daarbij kunnen spelen?

Ook is er een aanzienlijke opgave voor de governance. Wie het kapitaal fourneert wenst ook inbreng en invloed. De vraag is hoe dit zich verhoudt ten opzichte van de raad van toezicht zoals ziekenhuizen die nu kennen. Niet eenvoudig, zeker waar het gaat over het paralleliseren van de belangen.

Dan de toekomst; hoe houdt de Wet privaat kapitaal zich in de tijd? Welbeschouwd, en vanaf enige afstand, is de wet toch wel een heel complexe constructie. Een te zwaar opgetuigde kerstboom. Het is de verwachting dat, wanneer de eerste ervaringen geruststellen, een aantal van de huidige voorwaarden zal vervallen.

En, zal de Europese Unie accepteren dat de Nederlandse ziekenhuizen, zonder aandeelhouders, vrijgesteld zullen blijven van vennootschapsbelasting? Zal ons stelsel niet worden opgevat als een geval van verboden staatssteun? Ook zouden, strikt genomen, kwaliteit, toegankelijkheid en prijs, in deze wet nog wat beter gewaarborgd moeten worden, terwijl de voorwaarden daar nu zeker niet direct aan te relateren zijn. Met als illustratie van een cruciale randvoorwaarde het beschikbaar komen van gegevens dan wel data die beoordeling en vergelijking mogelijk maken.

Afrondend is de kern dat Nederland een complex maar ook stabiel zorgstelsel kent. Iedere overeengekomen verandering, met als voorbeeld de 'Wet privaat kapitaal', krijgt positie in dat stelsel. Waarbij het geheel van krachten die elkaar in balans houden ervoor zorgt dat het steeds weer gaat om evolutionaire veranderingen die overzichtelijk zijn.

We schrijven medio 2015 en de recente wijzigingen en talrijke veranderingen die op stapel staan, doen vermoeden dat rust niet aan de orde is. Daarbij is het cruciaal om de ogen op de bal te houden en doel en middel goed te onderscheiden. Wij spreken de hoop uit dat dit boek daar een bijdrage aan kan leveren.

Afkortingen

ACM	Autoriteit Consument & Markt
AFM	Autoriteit Financiële Markten
ANBI	algemeen nut beogende instelling
AVA	algemene vergadering van aandeelhouders
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BoZ	Brancheorganisaties Zorg
CBZ	College Bouw Zorginstellingen
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
COZ	Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven
CSZ	College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
D&O	Directors & Officers Liability
DAEB	diensten van algemeen economisch belang
DBC	diagnosebehandelcombinatie
DCF	Discounted Cash Flow
DNB	De Nederlandsche Bank
DOT	DBC Op weg naar Transparantie
DRG	Diagnosis Related Group
EBIT	winst voor interest en belastingen
EBITDA	winst voor afschrijving en amortisatie, interest en belastingen
EURIBOR	Euro Interbank Offered Rate
FB	functiegerichte budgettering
FB-parameters	Functioneel Budget-parameters
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10	internationaal gehanteerde lijst van ziekten van de Wereldgezondheidsorganisatie
ICR	Interest Cover Ratio
IFMS-systeem	Individueel Functioneren Medisch Specialist-systeem
IFRS	International Financial Reporting Standards
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Kzi	Kwaliteitswet zorginstellingen
LLP	Limited Liability Partnership
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging

MOW	Maatschappelijke Onderneming met Winstbewijzen
MSB	medisch-specialistisch bedrijf
NCD	Nederlands Centrum voor Directeuren
NCGC	Nederlandse Corporate Governance Code
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHC	normatieve huisvestingscomponent
NHS	National Health System
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OK	Ondernemingskamer
RCT	rationele-keuzetheorie
RJ	Raad voor de Jaarverslaggeving
RVE	resultaatverantwoordelijke eenheid
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SLA	Service Level Agreement
UMC	Universitair Medisch Centrum
VAR-Dga	Verklaring arbeidsrelatie Inkomsten uit werkzaamheden voor rekening en risico van een vennootschap
VAR-Wuo	Verklaring arbeidsrelatie Winst uit onderneming
VwEU	Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie
WACC	Weighted Average Cost of Capital
Wcz	Wet cliëntenrechten zorg
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet Vpb	Wet op de vennootschapsbelasting
Wpk	Wetsvoorstel privaat kapitaal
Wft	Wet op het financieel toezicht
WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorgsector
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WNT	Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
zbc	zelfstandig behandelcentrum
ZBO	zelfstandig bestuursorgaan
Zfw	Ziekenfondswet
ZGC	Zorgbrede Governancecode
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

De auteurs

Prof. dr. H.J.J.M. Berden is bijzonder hoogleraar Organisational Development in Hospitals, verbonden aan Tias, School for Business and Society van Tilburg University en bestuursvoorzitter van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis.

Prof. dr. J.M.J. Blommaert is hoogleraar Financial Accounting aan de Tilburg University/Tias en verbonden aan BDO.

H.P.J. Buiting is arts MHA, bedrijfskundige en historicus. Hij is actief als bestuurder van ziekenhuizen en als opleider bij onder andere het Centrum voor Zorgbestuur (Erasmus Universiteit Rotterdam), de Academie voor Medisch Specialisten en Tranzo (Tilburg University), in management en bestuur voor medici, managers en bestuurders.

Prof. dr. M. Canoy is distinguished lecturer aan de Erasmus School of Accounting and Assurance, columnist van *Het Financieele Dagblad*, voorzitter van Longkanker NL en lid van de adviescommissie Pakket van het Zorginstituut NL.

Mr. B.F.M. Coebergh is verbonden aan PwC Belastingadviseurs N.V.

Drs. R.C. van Daal RA is verbonden aan PwC Advisory N.V.

Mr. M. van Dijk is verbonden aan PwC Belastingadviseurs N.V.

Drs. C. Hameeteman RA is verbonden aan PwC Accountants N.V.

Prof. dr. P.H.J. Essers is hoogleraar Belastingrecht aan de Tilburg University.

Prof. mr. L.G.H.J. Houwen is bijzonder hoogleraar Privaat-publiek ondernemingsrecht, verbonden aan Tias, School for Business and Society van Tilburg University en advocaat bij Dirkzwager advocaten & notarissen N.V.

Dr. P.P.T. Jeurissen is verbonden aan het UMCN St. Radboud en het ministerie van VWS.

Mr. dr. drs. E.L. de Jongh is advocaat bij Dirkzwager advocaten & notarissen N.V., sectie Gezondheidszorg.

Financiering van zorginstellingen

Zorg wordt niet alleen geleverd, maar moet ook worden betaald. Dat is in het huidige zorgstelsel steeds minder vanzelfsprekend. Daarmee neemt het belang van de financiering van zorginstellingen toe. Niet voor niets vloeit een faillissement vrijwel altijd voort uit een tekort aan liquide middelen, een van de aspecten van de financiering. De keuze tussen eigen en vreemd vermogen raakt echter ook het eigendom van de zorginstelling en daarmee de sturing en organisatie van het ziekenhuis.

Dit boek doet recht aan het grote belang van de financiering van zorginstellingen en heeft als functie het bevorderen van de kennis hiervan in de praktijk en de wetenschap. In twintig bijdragen worden vele aspecten van de financiering uitvoerig besproken en toegelicht. Meestal vanuit het perspectief van het ziekenhuis; een aantal bijdragen is echter breder en algemener toepasbaar. Passend bij deze insteek hebben de auteurs een zeer diverse achtergrond waardoor alle disciplines ruim vertegenwoordigd zijn. Dit doet recht aan de veelvormigheid van het onderwerp.

De insteek die is gekozen kan het best worden omschreven met inhoudelijk en kritisch. De bijdragen zijn minder stellend en ook hebben geen politieke aspiraties.

De redactie van het boek bestaat uit:

- PROF. DR. BART BERDEN, bijzonder hoogleraar organisational development in hospitals Tias, School for Business and Society van Tilburg University en bestuursvoorzitter van het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis
- PROF. MR. LOUIS HOUWEN, bijzonder hoogleraar privaatspubliek ondernemingsrecht Tias, School for Business and Society van Tilburg University en verbonden aan Dirkzwager advocaten en notarissen
- PROF. DR. STAN STEVENS, bijzonder hoogleraar Fiscale aspecten van maatschappelijke ondernemingen Tias, School for Business and Society van Tilburg University en verbonden aan HVK Stevens Belastingadviseurs.

