

# Winst en gezondheidszorg

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2002



# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>12</b>
1.1	Achtergrond	12
1.2	Vragen	13
1.3	Rode draad van het advies	14
<b>2</b>	<b>Private zorg in Nederland</b>	<b>17</b>
2.1	Begripsomschrijving	17
2.2	Stand van zaken	19
2.3	Overheidsbeleid	21
<b>3</b>	<b>Toegang voor instellingen met winstoogmerk</b>	<b>26</b>
3.1	Gesloten systeem	26
3.2	Open systeem	27
3.3	Winstoogmerk	29
<b>4</b>	<b>Conditie en voorwaarden</b>	<b>33</b>
4.1	Maatschappelijke acceptatie	33
4.2	Borging	37
<b>5</b>	<b>Uitvoering</b>	<b>45</b>
5.1	Modernisering van beleid	45
5.2	Toelating van instellingen met winstoogmerk	49
<b>6</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>53</b>

## Bijlagen

1.	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 2001-2002	55
2.	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	61
3.	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	63
4.	Samenvatting enquête private zorginitiatieven	67
5.	Internationaal en intersectoraal perspectief	71
6.	Regelgeving voor private initiatieven in de zorg	79
7.	Moderniseringsprojecten	105
8.	Lijst van afkortingen	109
9.	Literatuur	111
10.	Overzicht publicaties RVZ	119



## Samenvatting

Volgens de geldende regels hebben alleen zorginstellingen zonder winstoogmerk toegang tot publieke bekostiging door de ziekenfondsverzekering en de AWBZ. Het is de vraag of dit zo moet blijven.

De directe aanleiding voor deze vraag is het toenemend aantal reguliere zorginstellingen dat ondanks het ontbreken van winstoogmerk toch winstgevende activiteiten ontplooit en het eveneens toenemend aantal particuliere zorginstellingen met winstoogmerk dat desondanks geheel of gedeeltelijk met publieke middelen wordt bekostigd. We zien een afbrokkeling van het bestaande beleid om zorgverlening met winstoogmerk gescheiden te houden van zorgverlening zonder winstoogmerk. De reacties op de feitelijke ontwikkelingen wisselen van verzet tot gedogen en zelfs aanmoedigen. Er is behoefte aan nieuw en duidelijk beleid.

Een dergelijk beleid is in ontwikkeling. Het kabinet bereidt een wijziging voor van het verzekeringsstelsel en een modernisering van de AWBZ en van de curatieve zorg. Onderdeel van de plannen is een ruimer toelatingsbeleid voor zorginstellingen en een grotere vrijheid voor ziekenfondsen en zorgkantoren om zorg te contracteren. De opbeheersing van het aanbod gerichte regelgeving wordt zo veranderd, dat de partijen in de gezondheidszorg niet alleen beter in staat zullen zijn het aanbod op de vraag af te stemmen, maar daar door concurrentie ook toe zullen worden gestimuleerd. Het gevolg is dat het mededingingsrecht aan invloed zal winnen en dat de overheid de toelating tot de reguliere zorgverlening alleen nog kan beperken voorzover dat voor de borging van publieke belangen noodzakelijk is.

De uitvoering van dit beleid zal instellingen met winstoogmerk in beginsel perspectief bieden op toelating tot de reguliere zorg. Maar zover is het nog niet. In het wetsontwerp dat de toegang tot de reguliere zorg moet gaan regelen (Wet exploitatie zorginstellingen) blijft een bepaling staan die de toegang beperkt tot zorginstellingen zonder winstoogmerk. Daar is kritiek op gekomen, onder andere van de Raad van State. De minister van Volksgezondheid, Sport en Welzijn heeft naar aanleiding daarvan de kwestie aan de RVZ voorgelegd.

De RVZ vindt dat de toegankelijkheid en de cliëntgerichtheid van de gezondheidszorg gebaat zijn bij toelating van instellingen met winstoogmerk. De huidige schaarste in de zorg vermindert erdoor, de patiënt krijgt meer keuzemogelijkheden en de behoefte aan zorg die als gevolg van de vergrijzing zal toenemen, zal er beter door kunnen worden opgevangen. De voordelen liggen in een groter en gedifferentieerder aanbod en in de mogelijkheid om dat met een combinatie van publieke en private middelen te bekostigen. Aangezien de toegankelijkheid van de gezondheidszorg de hoogste prioriteit in het zorgbeleid heeft, vindt de RVZ deze voordelen belangrijk.

Voor de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg is het beeld minder eenduidig. Enerzijds zijn er kansen en voordelen. Of die zich voor zullen doen en in welke mate hangt vooral af van de wijze waarop winst wordt aangewend en aan wie ze ten goede komt. Wordt de winst geïnvesteerd in de zorg of wordt zij uitgekeerd aan aandeelhouders van de 'BV Zorginstelling'? De winstprikkel kan zorgaanbieders aanzetten tot doelmatig en klantgericht handelen. Als winst wordt geïnvesteerd in de zorg kan dat bijdragen aan een betere dienstverlening, een betere concurrentiepositie op de zorg- en de arbeidsmarkt en aan financiële stabiliteit en continuïteit van de instelling. Als de winst wordt uitgekeerd aan eigenaren of aandeelhouders geeft dat zorgverzekeraars en zorginstellingen een betere toegang tot financieel kapitaal. Verder kan van de kapitaalmarkt een disciplinerende werking uitgaan op het management.

Anderzijds zijn er risico's en nadelen. De risico's zijn dat ondernemers om zoveel mogelijk winst te maken onrendabele diensten en patiënten mijden, te hoge prijzen in rekening brengen en te weinig kwaliteit bieden. De toegang tot de zorg wordt dan ongelijk, de kosten nemen toe en de kwaliteit daalt. In de praktijk is vooral dat laatste een reëel risico. Kwaliteit is niet eenvoudig te meten en het kost vaak de nodige tijd voordat merkbaar wordt dat de kwaliteit verslonst. Achteruitgang van kwaliteit wordt daardoor in een concurrerende markt niet meteen afgestraft.

De risico's voor het publiek belang moeten worden beperkt. Dat lijkt in beginsel mogelijk zonder instellingen met winstoogmerk de toegang tot de reguliere zorg te ontzeggen. Of dat overigens voor alle deelmarkten van de gezondheidszorg geldt, moet nader onderzoek uitwijzen. De thuiszorg is bijvoorbeeld een terrein dat sterk verschilt van

collectieve preventie. Essentiële onderdelen van zo'n borgingsmechanisme zijn een sociale ziektekostenverzekering met een functionele omschrijving van aanspraken, een op het publiek belang gericht toelatingsbeleid, basisnormen voor kwaliteit, zorginkoop door risicodragende verzekeraars en pgb-houders, een actief marktmeesterschap op het vlak van tarieven en prijzen, reële op verrichtingen gebaseerde kostprijzen, outputfinanciering van zorginstellingen en toezicht op mededinging en kwaliteit. Deze waarborgen zijn echter nog niet allemaal getroffen of zijn nog niet of slechts gedeeltelijk operationeel. Het marktmeesterschap moet bijvoorbeeld nog worden ingevuld en de Inspectie voor de Gezondheidszorg functioneert nog gebrekkig.

Vanwege hun bijdrage aan de toegankelijkheid van de zorg en de mogelijkheid om de risico's voor publieke belangen te beperken, vindt de RVZ dat instellingen met winstoogmerk in principe toegang moeten krijgen tot de reguliere zorg. De consequentie is dat publieke en private zorg makkelijker gecombineerd kunnen worden aangeboden en bekostigd. Het is om verschillende redenen gewenst dat de toegang gefaseerd en beheerst wordt verruimd. Er zijn voldoende en afdoende waarborgen voor publieke belangen nodig. Er moeten spelregels komen voor de omgang met combinaties van publieke en private middelen. En de maatschappelijke acceptatie van zorg met winstoogmerk moet nog toenemen.

Als eerste stap wordt het verbod op winstoogmerk anders toegepast. De aan- of afwezigheid van winstoogmerk wordt niet afgemeten aan de rechtsvorm, maar aan de statuten en de feitelijke exploitatiewijze van de instelling.

Vervolgens begint een 'inburgeringsproces' van instellingen met winstoogmerk. Op het verbod op winstoogmerk kunnen uitzonderingen worden gemaakt. Door aan de toelating van instellingen met winstoogmerk voorwaarden te verbinden zijn experimenten mogelijk en kan de vinger aan de pols worden gehouden. Het inburgeringsproces wordt ingepast in de moderniseringsoperatie van de curatieve zorg en de AWBZ.

De belangrijkste waarborgen zijn de aanwezigheid van basisnormen voor kwaliteit, een goed functionerend systeem van informatieverschaffing aan de burger over relevante prestatieindicatoren van zorginstellingen, een goed functionerende Inspectie voor de gezondheidszorg, kostendekkende prijsstelling (ter voorkoming van cherry

picking) en een krachtige marktmeester. Als het borgingsmechanisme in orde is, de spelregels zijn ontwikkeld en er voldoende maatschappelijke acceptatie is, wordt het verbod op winstoogmerk opgeheven. Het blijft alleen voor die deelmarkten bestaan waar het onmisbaar is voor de borging van het publieke belang. Welke deelmarkten dat zijn wordt helder aan de hand van deelmarktverkenningen die VWS laat uitvoeren.

Wat het toelaten van instellingen met winstoogmerk betreft, beveelt de RVZ het volgende aan.

*Aanbeveling 1*

Wij adviseren om instellingen met winstoogmerk toegang te geven tot de reguliere zorg door het bestaande verbod op winstoogmerk op te heffen. Dat kan het beste per deelmarkt gebeuren, wanneer de publieke belangen zijn gewaarborgd en winstoogmerk maatschappelijk voldoende wordt geaccepteerd.

*Aanbeveling 2*

Drie waarborgen zijn naar ons oordeel essentieel. Dat zijn de aanwezigheid van basisnormen voor kwaliteit, een goed functionerende Inspectie voor de Gezondheidszorg en een krachtige marktmeester.

Wij adviseren dat de drie partijen in de gezondheidszorg, consumenten, aanbieders en verzekeraars, basisnormen voor kwaliteit overeenkomen en dat de minister van VWS deze vaststelt. Wij adviseren om voorrang te geven aan basisnormen voor de kwaliteit van de thuiszorg.

Wij adviseren om de Inspectie voor de Gezondheidszorg versneld op sterkte te brengen. Het is onverantwoord dat het nog drie tot vijf jaar zal duren voordat de Inspectie meer dan het hoog nodige kan doen.

Wij adviseren om een duidelijke keus te maken voor de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa) als marktmeester voor de gezondheidszorg. Aangezien de functie van marktmeester niet alleen inhoudt dat deze toezicht houdt op de mededinging, maar ook dat hij kan ingrijpen in de prijsvorming, is afstemming over deze functie nodig met de NMa en het College tarieven gezondheidszorg.

*Aanbeveling 3*



Wij adviseren om het bestaande verbod op winstoogmerk alvast te versoepelen, vooruitlopend op de beslissing om instellingen met winstoogmerk toegang tot de reguliere zorg te geven.

Zonder de letter van de wet te veranderen kan dat worden gedaan door een andere interpretatie van het begrip 'winstoogmerk'. Voor de aanwezigheid van winstoogmerk is niet de rechtsvorm van de instelling beslissend, maar de statuten en de feitelijke wijze van exploitatie. Wij adviseren dat het ministerie van VWS en de betrokken ZBO's hierover afspraken maken.

Om uitzonderingen op het verbod van winstoogmerk te kunnen maken is wel een verandering van de wettekst nodig. Wij adviseren om in de Wet ziekenhuisvoorzieningen c.q. de Wet exploitatie zorginstellingen een bepaling op te nemen op grond waarvan individuele instellingen of categorieën van instellingen met winstoogmerk onder voorwaarden kunnen worden toegelaten.

Wat de beoogde projectmatige aanpak betreft, beveelt de RVZ het volgende aan:

#### *Aanbeveling 4*

Wij adviseren om de introductie van winstoogmerk in de reguliere zorg onderdeel te laten uitmaken van de grote moderniseringsprojecten van de gezondheidszorg. Wij adviseren hetzelfde tijdpad aan te houden dat voor deze projecten is vastgesteld, dat wil zeggen: afronding per 1 januari 2005.

Er zijn afzonderlijke projectplannen voor de modernisering van de AWBZ en voor de modernisering van de curatieve zorg. De introductie van winstoogmerk hoort in beide een plaats te krijgen en gecoördineerd te worden aangepakt. Als beide grote projecten naast elkaar blijven bestaan, raden wij de vorm van een gemeenschappelijk deelproject aan. Het verdient echter de voorkeur dat beide grote projecten van het begin af aan in elkaar worden geschoven.

Wij adviseren tot de instelling van een deelproject 'winstoogmerk'. Dat heeft drie taken:

- de maatschappelijke acceptatie van instellingen met winstoogmerk bevorderen;
- de inburgering van toegelaten instellingen met winstoogmerk;

- de coördinatie van de met de introductie van winstoogmerk samenhangende aspecten van andere deelprojecten.



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Op een paar uitzonderingen na wordt de gezondheidszorg in Nederland verleend door particuliere instellingen en beroepsbeoefenaren. De meeste instellingen werken op non-profit-basis, evenals veel beroepsbeoefenaren. Ondernemers met winstoogmerk zien we hoofdzakelijk in de geneesmiddelensector, in de sector kunst- en hulpmiddelen en in de medische technologie.

Zorg zonder winstoogmerk is gewoon...

De overheid probeert sinds jaar en dag de gezondheidszorg vrij van winstoogmerk te houden. Zo krijgen zorginstellingen met winstoogmerk geen exploitatievergunning en worden ze geweerd uit de AWBZ en de ziekenfondsverzekering. Dat gebeurt overigens niet alleen om de voor de hand liggende reden dat de overheid geen onnodige collectieve lasten wil. De overheid wil de patiënt ook behoeden voor goudzoekers, mensen die rijk willen worden over de rug van de patiënt. Verder is de overheid bezorgd over de invloed die winstoogmerk kan hebben op centrale normen en waarden in de gezondheidszorg. Blijft de arts het belang van de patiënt voorop stellen? Hoe solidair blijven we met elkaar? Ontstaat er geen tweedeling? De overheid wil de publieke en professionele waarden beschermen en daarin staat ze niet alleen. Er is brede steun voor in de maatschappij.

... en 'normaal'

Toch is het winstoogmerk in de gezondheidszorg niet meer weg te denken. Allerlei ontwikkelingen werken mee aan een beter klimaat voor profijtelijk zorgverlenen, zoals individualisering en toenemende welvaart, vergrijzing, een verschaald zorgaanbod, de invloed van de Europa-markt en de privatisering van de sociale zekerheid en de risico's die werkgevers hierin lopen (Wulbz, Pemba). Buiten het circuit van door de overheid toegelaten en gereguleerde beroepsbeoefenaren en instellingen functioneert een toenemend aantal privé-klinieken, private woonzorgvoorzieningen, particuliere thuis- en kraamzorginstellingen en arbogerelateerde zorginitiatieven. Om op de particuliere markt overeind te kunnen blijven, moeten zij winst maken, maar dat is in de meeste gevallen niet hun enige of hoogste doel. Vaak gaat het hen om een ander en beter zorgaanbod, dat meer op de behoefte van de klant is gericht. Om dezelfde redenen ontplooiën ook zorginstellingen

... maar zorgverlening met winstoogmerk wint terrein

zonder winstoogmerk winstgevende of winstgerichte initiatieven. Wie en wat mag nu wel of niet?

De overheid zelf zet over de volle breedte van de gezondheidszorg koers naar ondernemerschap en vraagsturing. Zo krijgen patiënten in de AWBZ steeds vaker de keus tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget. Patiënten kunnen met een persoonsgebonden budget zelf beslissen bij wie zij zorg inkopen. Zorg in natura wordt door zorgverzekeraars gecontracteerd. Zijn er principiële redenen om patiënten of verzekeraars te verbieden met winstbeogende hulpverleners of instellingen in zee te gaan? Mag de overheid dat wel verbieden? Zij moet immers rekening houden met het Gemeenschapsrecht, waaronder de mededingingsregels van de Europese Unie.

De overheid wil ondernemers die hun klanten bedienen

Feit is dat de overheid ten opzichte van zorgverleners met winstoogmerk een zwalkend beleid voert. Repressie, gedogen en benutten wisselen elkaar af. De overheid ziet het private zorgaanbod de ene keer als een bedreiging, dan weer als een nuttige luis in de pels van de reguliere gezondheidszorg of als een reservereservoir waarop zij bij schaarste kan terugvallen. Voor zorg ten behoeve van arbeidsreïntegratie heeft de overheid zelf een markt gecreëerd door werkgevers financieel risico te laten dragen voor arbeidsongeschiktheid van hun werknemers. Voor de middellange termijn houdt het kabinet er rekening mee dat de vraag van ouderen naar diensten op het vlak van zorg, wonen en welzijn voor een deel aan de markt zal moeten worden overgelaten. Het afwijzen van winstoogmerk komt daarmee op gespannen voet te staan.

Maar moet dat met of zonder winstoogmerk?

## 1.2 Vragen

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft om al deze redenen behoefte aan een verkennend en signalerend advies. In het adviesprogramma voor 2001-2002 staat dat verwoord. Specifiek wil zij weten:

- hoe de overheid moet reageren op het ontstaan van een private zorgmarkt;
- wat de gevolgen zijn als de overheid vasthoudt aan een gesloten systeem van aanbod;
- hoe de overheid in de omgeving van de collectieve sector ruimte kan bieden voor private zorgvormen;

De RVZ gaat op verkenning uit ...

- hoe op termijn publieke en private domeinen on speaking terms kunnen blijven bij de verdeling van schaars arbeidsaanbod;
- of voor deze problematiek in EU-verband naar oplossingen kan worden gezocht.

De RVZ beantwoordt deze vragen tegen de achtergrond van de kabinetsvoorstellen voor vernieuwing van het zorgstelsel. Met deze voorstellen, die op 6 juli 2001 naar de voorzitter van de Tweede Kamer zijn gestuurd, bouwt het kabinet voort op eerdere plannen voor modernisering van de curatieve zorg en van de AWBZ. Onderdeel daarvan is de herziening van het stelsel van overheidsbemoediging met het aanbod van zorginstellingen. In het ontwerp van de Wet exploitatie zorginstellingen staat dat een rechtspersoon die zorg verleent waarop ingevolge de AWBZ of de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, een exploitatietoestemming nodig heeft. Zo'n toestemming wordt uitsluitend verleend aan een rechtspersoon zonder winstoogmerk. In de toelichting op deze bepalingen wordt melding gemaakt van de adviesaanvraag aan de RVZ en meegedeeld dat deze tevens zal ingaan op de voor- en nadelen van het loslaten van het verbod op winstoogmerk voor collectief gefinancierde instellingen. Dit betekent dat de regeling ten aanzien van winstoogmerk in de toekomst mogelijk anders kan worden.

... en adviseert over het verbod op winstoogmerk

### 1.3 Rode draad van het advies

De vragen die aan de RVZ zijn gesteld kunnen tot de volgende drie worden teruggebracht:

- Laten we instellingen met winstoogmerk toe in de reguliere zorg?
- Welke condities en voorwaarden gelden daarvoor?
- Op welke wijze kan dit worden gerealiseerd?

Laten we winstoogmerk toe?  
Onder welke voorwaarden?  
En hoe?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden heeft de RVZ een enquête gehouden onder private zorginitiatieven, literatuuronderzoek gedaan, intern en extern achtergrondstudies laten uitvoeren en gesprekken gevoerd met een groot aantal personen en instanties. De verantwoording staat in bijlage 2.

De gevolgde werkwijze:  
onderzoek en overleg

In een aantal hoofdstukken komen de drie vragen die hiervoor zijn geformuleerd, afzonderlijk aan de orde. Daaraan vooraf gaat een hoofdstuk waarin de feiten die voor een goed begrip van het vraagstuk nodig zijn, kort worden neergezet.

Het rapport: eerst de feiten,  
dan de antwoorden en ten slotte het advies

Hoofdstuk 2 begint met de context van de vraagstelling: een hybride stelsel waarin begrippen als privaat, regulier, winst en winstoogmerk een specifieke betekenis hebben. Daarna geven we een actueel beeld van de private initiatieven: hoe zien ze eruit, waar komen ze voor en welke ontwikkelingen doen zich voor. Vervolgens geven we kort weer hoe de overheid tot nu toe heeft gereageerd op de komst van private initiatieven.

Private zorg: ontwikkelt zich tegen de verdrinking in

In hoofdstuk 3 wordt de vraag of we instellingen met winstoogmerk in de gezondheidszorg moeten toelaten, beantwoord met een geconditioneerd ja. We gaan eerst in op de vraag van de Minister wat de gevolgen zijn als de overheid vasthoudt aan een gesloten systeem van aanbod. Onze eerdere rapporten over het zorgstelsel en rapporten van het ministerie zelf wijzen op ongunstige gevolgen. Het antwoord op de vraag hoe de overheid moet reageren op het ontstaan van een private zorgmarkt heeft zij zelf al gegeven met haar plannen voor een stelselwijziging. Het gesloten systeem moet worden geopend en vraaggericht gaan functioneren. De Europese regelgeving brengt verder met zich mee dat instellingen met winstoogmerk niet zonder meer kunnen worden geweerd. Dat kan alleen als publieke belangen in gevaar komen. Een rondgang langs andere landen en sectoren ondersteunt ons geconditioneerd ja.

Ja tegen winstoogmerk ...

De condities en voorwaarden komen in hoofdstuk 4 aan bod. We beginnen met de resultaten van een achtergrondstudie naar het draagvlak voor zorgverlening met winstoogmerk. De studie onderstreept dat een deugdelijke borging van de publieke belangen essentieel is voor de maatschappelijke acceptatie van winstoogmerk. Een achtergrondstudie die Nyfer in opdracht van de RVZ heeft uitgevoerd, stipuleert het belang van de stelseldiscussie voor de toekomstige borging van die belangen. De vormgeving van het stelsel heeft daarop meer invloed dan de aard van de instellingen. Een rondgang langs de verschillende borgingsinstrumenten in het stelsel legt een aantal zwakke plekken in het toezicht bloot.

... op voorwaarde van maatschappelijke acceptatie en borging van publieke belangen

De uitvoering is het onderwerp van hoofdstuk 5. Twee aspecten worden onderscheiden, het procedurele en het inhoudelijke. Wat de procedure betreft, vinden we dat de inburgering van instellingen met winstoogmerk onderdeel moet uitmaken van de moderniseringsprojecten voor de curatieve zorg en de AWBZ. De toelating van deze instellingen is immers verknoopt met het open en vraaggericht maken van het zorgaanbod en de benodigde waarborgen met de

Uitvoering in het kader van de moderniseringsprojecten

modernisering van het besturingsmodel. Wat de inhoud betreft gaan we in op twee vragen van de Minister. Hoe kan de overheid in de omgeving van de collectieve sector ruimte creëren voor private zorgvormen en hoe kunnen publieke en private domeinen on speaking terms blijven bij de verdeling van schaars arbeidsaanbod. We gaan in op het creëren van draagvlak, de verbetering van borgingsmechanismen, het creëren van een level playing field en op spelregels voor publiekprivate bekostiging.

We sluiten in hoofdstuk 6 af met aanbevelingen aan de Minister. Deze bieden perspectief op toelating van instellingen met winstoogmerk in de reguliere zorg.

**Aanbevelingen**



## 2 Private zorg in Nederland

### 2.1 Begripsomschrijving

Er bestaat al heel lang een 'sociaal contract' tussen de overheid en de zorginstellingen zonder winstoogmerk. Deze instellingen verstrekken gezondheidszorg, die de overheid via de sociale ziektekostenverzekeringen laat bekostigen. Deze hechte samenwerking heeft tot een specifiek spraakgebruik geleid. De zorg die publiek wordt bekostigd en tot de collectieve sector behoort, wordt als reguliere zorg aangeduid. Alle zorg die niet tot de collectieve sector behoort, draagt het stempel private zorg. Analoog daaraan kunnen private instellingen als niet-reguliere instellingen worden omschreven. Voorbeelden van private zorg zijn:

- derde compartimentszorg: zit niet in het pakket van de sociale ziektekostenverzekering;
- privé-zorg: wordt uit eigen zak of via een particuliere verzekering betaald;
- gedoogzorg: voldoet niet aan de bepalingen van de aanbodregulering, maar wordt wel door de sociale ziektekostenverzekering betaald.

Wat tot de collectieve sector behoort is regulier, de rest privaat

Private zorg is het verzamelbegrip voor alle zorg die niet aan één of meer van de voorwaarden voor reguliere zorg voldoet. In het spraakgebruik worden de termen derde compartimentszorg, privé-zorg en gedoogzorg gebruikt.

Onder private instellingen verstaan we niet-reguliere instellingen, die dus zonder WZV-vergunning functioneren of buiten de werkingssfeer van de Wet tarieven gezondheidszorg vallen.

Maar wat is regulier? De collectieve sector in de gezondheidszorg is niet eenduidig af te bakenen en heeft zowel private als publieke kenmerken. Daardoor is een nauwkeurige omschrijving of definitie van private zorg en private instellingen moeilijk te geven. We zullen eerst de private en publieke elementen in de gezondheidszorg uiteenleggen. Vervolgens gaan we na wat tot de collectieve sector behoort en bijgevolg als regulier geldt.

Regulier is een begrip met rafelige randen

<p>De Nederlandse gezondheidszorg wordt op enkele uitzonderingen na verleend door particuliere instellingen en beroepsbeoefenaren. De eigendomsverhoudingen en de regels voor bestuur en toezicht zijn overwegend privaat van aard. Het grootste deel van de gezondheidszorg wordt als noodzakelijk gekwalificeerd en is in het kader van de sociale verzekering voor de hele bevolking of grote delen daarvan toegankelijk. Op basis daarvan wordt het publieke zorg genoemd. Dat neemt niet weg dat gezondheidszorg in het algemeen wordt verleend op basis van een individuele zorgvraag en juridisch is gebaseerd op een private overeenkomst tussen zorgvrager en zorgverlener. Gezondheidszorg kan daarom ook als privaat worden gekenschetst.</p>	<p>Dat vindt zijn oorzaak in de hybriditeit van het zorgstelsel ...</p>
<p>Ook de financiering van de zorg heeft een hybride karakter. Verplicht opgebrachte premies voor de sociale ziektekostenverzekeringen worden als publiek aangemerkt, premies voor particuliere verzekeringen als privaat, ongeacht of de zorg zelf tot de publieke sfeer wordt gerekend of niet. In de sociale verzekering zijn combinaties van publieke en private financiering mogelijk.</p>	<p>... en van het verzekeringsstelsel</p>
<p>Voor diverse aspecten van het zorgaanbod gelden wetten, die gezamenlijk aanbodregulering worden genoemd. Hun bereik valt niet precies samen met het pakket van de sociale ziektekostenverzekeringen en spoort ook onderling niet geheel. De belangrijkste zijn de Wet ziekenhuisvoorzieningen (bouw en exploitatie) en de Wet tarieven gezondheidszorg (tarieven en budgetten).</p>	<p>De aanbodregulering heeft daarnaast haar eigen werkkerrein</p>
<p>In de Wet ziekenhuisvoorzieningen staat dat een bouw- of exploitatievergunning uitsluitend kan worden verleend aan een rechtspersoon van wie mag worden aangenomen dat zijn werkzaamheid niet is gericht op het behalen van winst. In de Wet exploitatie zorginstellingen, de beoogde opvolger van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, komt een bepaling voor van gelijke strekking. Een toestemming als bedoeld in die wet kan uitsluitend worden verleend aan een rechtspersoon zonder winstoogmerk. Daardoor wordt de toegang tot de reguliere zorg voorbehouden aan instellingen zonder winstoogmerk.</p>	<p>Het verbod op winstoogmerk staat in de Wet ziekenhuisvoorzieningen</p>
<p>De beleidsregels op basis van van de Wet tarieven gezondheidszorg hebben grote invloed op de mogelijkheid om een positief exploitatieresultaat te behalen en op de bestemming die eraan kan worden gegeven.</p>	<p>De Wet tarieven gezondheidszorg laat weinig ruimte voor winst</p>

Reguliere zorg voldoet aan de volgende combinatie van voorwaarden:

1. de zorg behoort tot het pakket van de sociale verzekering;
2. zij wordt via zorgverzekeringen vergoed;
3. zij wordt verleend door instellingen of beroepsbeoefenaren die vallen onder de werking van de aanbodregulering en daaraan voldoen.

Reguliere instellingen zijn instellingen met een vergunning op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen en met tarieven op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg.

De indeling in reguliere en private instellingen valt niet geheel samen met die in instellingen met en zonder winstoogmerk en dat is een belangrijk aspect van het onderwerp van dit advies. Er zijn zowel private instellingen met als zonder winstoogmerk. Er zijn ook reguliere instellingen die zelf geen winstoogmerk hebben, maar via een Robin Hood-constructie wel winst nastreven of die zonder winstoogmerk wel een positief bedrijfsresultaat behalen en dat aan goede doelen besteden.

Regulier en privaat is niet hetzelfde als zonder en met winstoogmerk

## 2.2 Stand van zaken

Private zorg bestaat overwegend uit derde compartimentszorg die wordt verleend door private instellingen en beroepsbeoefenaren. Voor dit advies zijn echter vooral de raakvlakken met de reguliere zorg van belang. Die ontstaan waar private instellingen eerste en tweede compartimentszorg verlenen of reguliere instellingen extra inkomsten genereren met derde compartimentszorg of privé-zorg. Dat gebeurt vooral op de volgende vier terreinen.

Het gaat om de raakvlakken tussen het reguliere kader en het private

### 1. *De medisch-specialistische zorg*

Op het terrein van de curatieve zorg bestaan al langer privé-klinieken. Inmiddels zijn het er ongeveer honderd, waarvan een veertigtal sinds 1998 een erkenning als zelfstandig behandelcentrum (ZBC) bezit. Dit laatste betekent dat deze klinieken onder zekere voorwaarden, waaronder dat ze geen winst beogen, toegang hebben tot (beperkte) reguliere financiering. De behandelingen van privé-klinieken liggen

De bekende privé-klinieken ...

vooral op het gebied van de oogheelkunde, infertiliteit, dermatologie, plastische chirurgie, orthodontie en orthopedie. Het aantal privé-klinieken is redelijk stabiel. Het aantal ziekenhuizen dat met derde compartimentszorg of andere activiteiten extra inkomsten probeert te verwerven is echter aanzienlijk toegenomen. Voor medisch specialisten geldt hetzelfde.

... en de commerciële activiteiten van ziekenhuizen

#### 2. *De arbozorg*

De markt van tweedelijnsarbozorg groeit snel. Behalve ziekenhuizen begeven ook ggz-instellingen zich op deze markt. Arbozorg wordt formeel tot de derde compartimentszorg gerekend, maar valt materieel gedeeltelijk samen met eerste en tweede compartimentszorg. De patiënten zijn voor een belangrijk deel mensen met psychische klachten, maar er zijn ook initiatieven die zich specifiek bezighouden met rugklachten en revalidatie. De commerciële geestelijke gezondheidszorg is met circa veertig initiatieven een groeiende markt waar momenteel minder dan vijftien procent van de potentiële cliënten wordt behandeld. Op basis hiervan kan de huidige omzet voor alleen de kortdurende hulpverlening voor mensen met arbeidsgerelateerde psychische klachten worden geschat op circa 85 miljoen gulden en de totale markt op circa 450 miljoen gulden.

De arbozorg met combinaties van reguliere en private zorg

#### 3. *De particuliere thuis- en kraamzorg*

De particuliere thuiszorg is een sterk groeiende tak van dienstverlening. De groei wordt gestimuleerd door de vergrijzing, het scheiden van wonen en zorg, afnemende vanzelfsprekendheid van mantelzorg en de behoefte aan meer zorg-op-maat. Landelijk zijn er circa 100-125 particuliere aanbieders met 25.000 werknemers die circa dertig procent van de markt voor kraamzorg en circa vijftien procent van de thuiszorgmarkt in handen hebben.

De thuiszorg waar reguliere en private instellingen met elkaar concurreren

#### 4. *De private woonzorgvoorzieningen*

Naar schatting zijn er ongeveer honderd private woonvoorzieningen met circa 2.500 bedden. Gemiddeld kost een maand in een private woonvoorziening tussen de 6.000 en 8.000 gulden wat betekent dat in deze markt circa 210 miljoen gulden op jaarbasis rondgaat. Door het scheiden van wonen en zorg zal deze markt snel groeien. Inmiddels begeven ook reguliere verpleeg- en verzorgingshuizen zich op de private markt.

De ouderenzorg met combinaties van verstrekkingen en zelf betaalde diensten

De RVZ heeft een enquête gehouden onder private initiatieven in de gezondheidszorg. Een samenvatting van de resultaten staat in bijlage 4. Wat de winst betreft komt uit de enquête naar voren dat deze nog beperkt van omvang is. Veel initiatieven maken zelfs nog helemaal geen winst. In alle sectoren is echter tussen vijftien en twintig procent van de initiatieven echt winstgevend (> 10%). De thuiszorg is momenteel de meest winstgevende tak van de particuliere instellingen.

Een minderheid van de private zorg is echt winstgevend

Besloten vennootschappen zijn veel winstgevender dan stichtingen. Besloten vennootschappen maken bovendien vaak veel winst. De behaalde winst wordt slechts zeer beperkt uitgekeerd aan derden. De winst wordt ook niet gebruikt om extra zorg te leveren. De hypothese van de zorgondernemer als een moderne Robin Hood wordt hierdoor ondergraven. Er is op dit vlak weinig verschil tussen besloten vennootschappen en stichtingen.

BV's maken meer winst dan stichtingen

Het grootste deel van de winst wordt weer geïnvesteerd in de organisatie of toegevoegd aan de reserves en voorzieningen. Stichtingen doen hierbij meer aan reservevorming dan besloten vennootschappen. Overdadige reservevorming komt echter nauwelijks voor. In vergelijking met andere risicodragende ondernemingen zijn de reserveposities eerder aan de lage kant.

De winst komt voornamelijk aan de onderneming ten goede

### 2.3 Overheidsbeleid

De groei van de private zorg heeft verschillende oorzaken. Er zijn veranderingen in de vraag als gevolg van de toegenomen individualisering, de gestegen welvaart en de vergrijzing van de bevolking. Er zijn daarnaast veranderingen in het reguliere aanbod: een geleidelijk toegenomen kwantitatieve en kwalitatieve schaarste, waardoor onvoldoende kan worden voldaan aan de vraag uit de bevolking. Het private aanbod aan arbozorg is een gevolg van de beslissing om werkgevers financieel risico te laten lopen voor de arbeidsongeschiktheid van hun werknemers en een tekort aan regulier aanbod. Een typisch geval van koopkrachtige vraag op zoek naar zorg. De groei van private woonzorgcombinaties hangt specifiek samen met de wens van patiënten om zo lang mogelijk thuis of zelfstandig te blijven wonen en het beleid van de overheid om wonen en zorgverlening van elkaar los te koppelen.

De private initiatieven voorzien in een behoefte

Aanbieders van private zorg hebben een positief bedrijfsresultaat nodig om voor zichzelf een inkomen te verwerven, de continuïteit van hun onderneming te waarborgen en investeringen te kunnen doen c.q. kapitaalverschaffers rendement op hun geïnvesteerd vermogen te bieden. Winst maken is noodzakelijk voor een onderneming, maar hoeft niet het belangrijkste doel te zijn. Uit de literatuur is bekend dat voor ondernemers in de zorg ook andere motieven vaak belangrijk zijn: eigen baas zijn, onvrede met de beperkingen in de reguliere zorg en de wens om professioneel en patiëntvriendelijk te kunnen werken. Dat blijkt ook uit de enquête die wij hebben gehouden.

Winst is nodig, maar meestal niet de drijfveer

Reguliere instellingen zoeken het derde compartiment om vergelijkbare redenen op. Het biedt ruimte voor ondernemerschap, allerlei beperkingen waaraan de reguliere zorg is onderworpen, gelden niet en er is vraag naar. Er is een verschil met de private instellingen. Voor de reguliere instellingen zijn de private activiteiten de slagroom op de taart. De private instellingen moeten ervan leven.

Dat geldt zowel voor reguliere als private instellingen

De noodzaak om het hoofd boven water te houden stuurt in belangrijke mate het feitelijk gedrag van de ondernemer. Van belang daarbij is de mate waarin een onderneming afhankelijk is van vreemd kapitaal. De noodzaak of de behoefte om winst te maken, kan in het geheel van motivaties de overhand krijgen als externe geldverschaffers geen ander commitment bij een instelling hebben dan het rendement dat het hen verschaft. Dat risico lopen zorginstellingen met aandeelhouders, omdat voor hen de winstverwachting op korte termijn belangrijker kan zijn dan de continuïteit op lange termijn. Zij kunnen hun aandeel immers elk moment verkopen.

Aan winstmaximalisatie, niet aan winst oogmerk op zich zijn risico's verbonden ...

Winstmaximalisatie kan worden gerealiseerd door het aanbod te beperken tot die deelmarkten en niches waar hoge winstmarges en hoge omzetten kunnen worden gerealiseerd of door de kosten te beperken. De risico's zijn dat onrendabele diensten en patiënten worden gemedend, te hoge prijzen in rekening worden gebracht en te weinig kwaliteit wordt geboden. In de praktijk is vooral dat laatste een reëel risico. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar de situatie in de kraamzorg<sup>1</sup>. Het zijn deze risico's die tot nu toe veel invloed hebben gehad op de houding van de overheid ten opzichte van private zorginstellingen.

... risico's van selectie, hoge prijzen en lage kwaliteit

#### *De medisch-specialistische zorg*

De privé-klinieken zijn tegengewerkt of hoogstens tijdelijk gedoogd. De houding van de overheid en de voortdurende onzekerheid over de bestuurlijke koers op lange termijn hebben het privé-klinieken moeilijk gemaakt om externe financiering te vinden. Het aantal privé-klinieken is daardoor tot 1998 beperkt gebleven. Daarna is de Regeling zelfstandige behandelcentra ingevoerd, waarmee privé-klinieken gedwongen zijn tot een keuze tussen structurele samenwerking met ziekenhuizen of een verbod op exploitatie. Privé-klinieken zijn daardoor 'gereguleerd'. Alleen eenmanspraktijken en instellingen voor derde compartimentszorg zijn privaat gebleven. Onderzoek van de Economische Controle Dienst (ECD) heeft uitgewezen dat de zelfstandige behandelcentra (erkende privé-klinieken) hogere tarieven berekenen dan op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg is toegestaan. Verder lichten zij de hand met de eis dat zij een rechtsvorm zonder winstoogmerk moeten hanteren. Zij hebben voor de vorm een stichting opgericht, maar verrichten hun werkzaamheid in een onder de stichting hangende B.V. of ze hebben de reguliere zorg in een stichting ondergebracht en de private zorg in een B.V. Het is daardoor moeilijk te controleren wat er met eventuele winsten wordt gedaan. Veel behandelcentra maken hun bedrijfsvoering niet transparant.

Privé-klinieken zijn in een regulier kader gedwongen

#### *De arbozorg*

Het ministerie van VWS heeft bedrijvenpoli's en andere initiatieven op het grensvlak van arbozorg en reguliere gezondheidszorg aanvankelijk negatief benaderd. Dat beleid is inmiddels bijgebogen, waarbij opvalt dat in de curatieve zorg meer sprake is van gedogen en in de geestelijke gezondheidszorg van stimuleren. Het beleid is nu gericht op:

- vermindering van de wachttijden in de reguliere zorg;
- verbetering van kennis en organisatie op het gebied van arbeid en zorg;
- toelaten dat reguliere zorginstellingen extrabudgettair arbeidsgerelateerde zorg verlenen aan werknemers onder voorwaarde dat:
  - publieke en private gelden gescheiden blijven;
  - extra inkomsten ten goede komen aan publieke doelen;
  - de extra activiteiten niet ten koste gaan van de zorg aan niet-werknemers.

Private arbozorg is geaccepteerd

#### *De particuliere thuis- en kraamzorg*

De thuiszorg is door het eerste Paarse kabinet als proefveld gebruikt voor het verkennen van de mogelijkheden van marktwerking. De resultaten zijn om twee redenen niet goed bevallen:

De thuiszorg is een proefveld voor concurrentie

1. Er is onvoldoende aandacht besteed aan de marktordening. De reguliere en de private thuiszorginstellingen konden verschillende spelregels hanteren. Reguliere instellingen waren gehouden aan CAO's en waren verplicht om de hele verstrekking te kunnen leveren, private instellingen konden zich daaraan onttrekken.
2. Verder ontstond er prijsconcurrentie, terwijl kwaliteitsconcurrentie was beoogd.

Het experiment is stopgezet door de deur voor nieuwe aanbieders te sluiten. Financiering uit de AWBZ werd afhankelijk van de behoefte aan extra capaciteit en een erkenning met de eis om het hele pakket te verlenen (exclusief kraamzorg) en de CAO-thuiszorg te hanteren. Private instellingen werden afhankelijk van private financiering of konden onder strikte voorwaarden optreden als onderaannemer van reguliere instellingen. Invoering van een persoonsgebonden budget voor thuiszorg heeft deze praktijk verder gestimuleerd en gecompliceerd, omdat de patiënt met het persoonsgebonden budget zorg kan inkopen bij een aanbieder naar eigen keuze.

De proef is tijdelijk stopgezet...

Vanaf 2001 worden weer nieuwe thuiszorginstellingen toegelaten die voldoen aan de erkennings-eisen. De effecten van de toelating van nieuwe aanbieders worden volgens VWS bewaakt. Gelet wordt op:

...maar inmiddels weer in gang gezet

- regionale concentraties;
- selectie van doelgroepen;
- concurrentie op prijs, personeel en kwaliteit;
- consequenties voor bestaande instellingen.

#### *De private woonzorgvoorzieningen*

Het kabinet verbiedt reguliere verpleeghuizen niet om ook private zorg aan vermogende ouderen te verlenen. Er worden wel voorwaarden aan gesteld. De zorg in de gewone verpleeghuizen mag er niet onder lijden, er mag geen tweedeling door ontstaan en de directies moeten de geldstromen voor de reguliere en de private zorg strikt gescheiden houden. Als een verpleeghuis op eigen terrein een private dependance opricht, zal de grond tegen de marktprijs moeten worden verkocht aan de stichting die de dependance

Private woonzorgvoorzieningen worden onder voorwaarden gedoogd



beheert. Het persoonsgebonden budget kan worden gebruikt door patiënten die zich in de private dependance laten verplegen. Er zal dan wel een indicatie moeten zijn van een regionaal indicatieorgaan.

### 3 Toegang voor instellingen met winstoogmerk

#### 3.1 Gesloten systeem

Een gesloten systeem van aanbod houdt in dat de toegang tot de reguliere zorg is beperkt tot naar aantal, capaciteit en productie gelimiteerde instellingen. Dit systeem is geënt op de aanbodregulering die in de jaren zeventig tot stand is gebracht met het doel het zorgaanbod af te stemmen op de zorgbehoefte van de bevolking. Het systeem van aanbodregulering is kwetsbaar gebleken omdat de zorgbehoefte niet realistisch is geraamd en als grondslag van de aanbodregulering is verlaten. Dat is gebeurd onder invloed van de behoefte aan beheersing van de collectieve lastendruk.

Niet de zorgbehoefte maar de budgettaire ruimte is maatgevend geweest

De RVZ heeft de consequenties van de strakke aanbodregulering in veel adviezen geanalyseerd. Een samenvatting staat in het rapport De RVZ over het zorgstelsel. Kort samengevat komt het hierop neer:

Dat heeft tot problemen geleid

- een overmaat aan regels en bureaucratie;
- een ondoelmatige werking van het zorgstelsel;
- risicomijdend gedrag;
- rantsoenering van zorg en te lange wachttijden;
- demotivatie van zorgverleners.

Het is denkbaar dat een gesloten systeem van aanbod met een andere maatvoering deze nadelige gevolgen weet te vermijden. Zo'n scenario is echter niet bijzonder plausibel. Ondanks de gebleken gevolgen voor de gezondheidszorg is immers de ontwikkeling van de collectieve lastendruk nog steeds normgevend voor de toepassing van de aanbodregulering. De aansturing hiervan loopt via de politiek, wat het systeem betrekkelijk ongevoelig maakt voor signalen van de werkvloer. Zoals in de jaren negentig is gebleken kunnen problemen lang doorzielen voordat ze als probleem worden erkend, laat staan aangepakt. Het ontstaan van private zorginitiatieven op het terrein van de reguliere zorg wijst op ernstige onvrede met deze situatie.

In een gesloten systeem van aanbod zijn deze problemen moeilijk te vermijden

Vasthouden aan een gesloten systeem van aanbod zal niet alleen leiden tot een prolongatie van bestaande problemen, maar in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid aanleiding geven tot nieuwe problemen. Deze veronderstelling komt uit

In de toekomst zijn nieuwe problemen te verwachten

onverdachte hoek. In de kabinetsnota *Zorg met toekomst* staan analyses die haar staven. Een paar reminders kunnen hier volstaan:

- De veroudering van de bevolking zal leiden tot een groter beroep op de gezondheidszorg. De gezondheidszorg wordt een groeimarkt.
- Er zullen extra investeringen nodig zijn die voor een deel uit de particuliere markt moeten komen. Dat zal aanleiding geven tot nieuwe vormen van publiekprivate samenwerking die niet goed passen in een politiek aangestuurd gesloten systeem van aanbod.
- De toename van het aantal chronische patiënten zal een andere organisatie van de zorg vergen: meer geïntegreerd en gecoördineerd rondom de patiënt.
- Individualisering creëert behoefte aan meer verscheidenheid in het zorgaanbod en de mogelijkheid daaruit te kiezen.
- De gezondheidszorg zal in toenemende mate de invloed ondervinden van de EU-regelgeving. De Europese markt zal openingen creëren in het gesloten systeem van zorgaanbod.

### 3.2 Open systeem

Het kabinet heeft in de nota *Vraag aan bod zijn plannen* bekend gemaakt voor de toekomst van het zorgstelsel. Deze plannen bieden het kader voor een andere benadering van de reguliere en private zorgaanbieders omdat daarin de keuze- en beleidsvrijheid van partijen voorop worden gesteld.

Vernieuwing van het zorgstelsel biedt een nieuw perspectief

Het kabinet vindt vernieuwing van het zorgstelsel langs twee sporen noodzakelijk:

Regulier krijgt een andere invulling

1. Herziening van de sturing van de zorg, door de verdeling van verantwoordelijkheden aan te passen en de daarbij behorende instrumenten te herzien.
2. Aanpassing van het verzekeringsstelsel, door:
  - de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg;
  - deze nieuwe algemene verzekering en de bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te laten integreren.

*Herziening van de sturing van de zorg*

Het kabinet wilt het innovatief en zelfregulerend vermogen van de gezondheidszorgsector vergroten. De partijen krijgen meer ruimte voor eigen initiatief om goede en doelmatige zorg tot stand te brengen. Deze moet maximaal aansluiten bij de wensen van burgers. Uitgangspunt is dat de publieke belangen in de gezondheidszorg geborgd blijven. De overheid acht zich ervoor verantwoordelijk dat noodzakelijke zorg van goede kwaliteit, voor alle Nederlandse burgers toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidsvooruitzichten of inkomenspositie. De overheid zal daarom zorgen voor een passend systeem van 'checks and balances'. De uitwerking van deze plannen krijgt vorm in projecten voor modernisering van de AWBZ en van de curatieve zorg. Zie voor een samenvattend overzicht van deze projecten bijlage 7.

Partijen krijgen vrijheid binnen een publiek kader ...

*Aanpassing van het verzekeringsstelsel*

De vervanging van de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment door één algemene verzekering is volgens het kabinet een noodzakelijke voorwaarde voor een volwaardige en toekomstbestendige vernieuwing van het zorgstelsel. De nieuwe verzekering heeft een publiekrechtelijke grondslag en wordt door privaatrechtelijke zorgverzekeraars uitgevoerd. De algemene verzekering curatieve zorg geldt voor alle Nederlandse ingezetenen. Zorgverzekeraars die deze wettelijke verzekering uitvoeren, hebben een acceptatieplicht. Voorts komt er een sluitend systeem van risicoverevening. Dat moet voorkomen dat verzekeraars ongunstige risico's buiten de deur proberen te houden in plaats van zich te richten op hun eigenlijke rol in het nieuwe systeem: die van actieve zorginkoper. De verzekering dekt noodzakelijke zorg. Om de doelmatigheid en een beheerste ontwikkeling van de kosten te bevorderen, kent de nieuwe verzekering functioneel gedefinieerde verzekeringsaanspraken en een nominale premie van voldoende omvang. De nominale premie moet de verzekeraars tot concurrentie prikkelen en bij de burgers kostenbewustzijn bewerkstelligen. De invoering van een systeem van verplichte eigen betalingen en de mogelijkheid om te kiezen voor een vrijwillig – aan een maximum gebonden – eigen risico worden overwogen. De verzekering biedt de mogelijkheid van preferred provider arrangementen en collectieve contracten.

... waarvan de kern wordt gevormd door een basisverzekering

De zorg die nu via de AWBZ wordt gefinancierd, vertoont inhoudelijk grote raakvlakken met die in het tweede compartiment. Bovendien is de ontwikkeling in deze sector

Het 1<sup>e</sup> en het 2<sup>e</sup> compartiment zullen op termijn worden samengevoegd

inhoudelijk vergelijkbaar met die in het tweede compartiment: meer vraaggerichtheid in een duidelijke verzekeringsstructuur. Daarom moet volgens het kabinet de AWBZ-zorg integraal worden betrokken bij de herziening van het zorgstelsel. De uitvoeringsstructuur van het verzekeringsstelsel laat op dit moment te wensen over, met name in het eerste compartiment. Daardoor is er onvoldoende samenhang in het zorgaanbod. De zorgverzekeraar bij wie de burger voor de curatieve zorg is verzekerd, is de meest voor de hand liggende uitvoerder van de AWBZ. De uitvoering van de algemene verzekering curatieve zorg en van de AWBZ komen daarmee in één hand. Het kabinet heeft een perspectief voor ogen waarin op termijn de nieuwe algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ zullen integreren. Maar eerst zal er een algemene verzekering in de curatieve zorg moeten komen. Voorafgaand aan de totstandkoming van een ongedeelde zorgverzekering kunnen in de bestaande uitvoeringsorganisatie van de AWBZ al belangrijke stappen worden gezet op weg naar het geschetste einddoel.

Het kabinet geeft hiermee tevens antwoord op de vraag hoe de overheid moet reageren op het ontstaan van een private zorgmarkt. Dat antwoord kan als volgt worden geformuleerd:

1. De private zorg staat open voor zorgaanbieders met of zonder winstoogmerk, mits ze bevoegd zijn en voldoen aan wettelijke kwaliteitseisen.
2. Voor de reguliere zorg geldt in principe hetzelfde, zij het dat de overheid vanwege de door haar te borgen publieke belangen voorwaarden en beperkingen aan de toelating kan stellen.

In principe krijgen alle bevoegde en gekwalificeerde zorgaanbieders toegang tot de reguliere zorg

### 3.3 Winstoogmerk

In het open systeem dat het kabinet wil realiseren krijgen zorginstellingen via twee deuren toegang tot de reguliere zorg. De eerste is de exploitatietoestemming in het kader van de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ), de tweede is het contract met de zorgverzekeraar in het kader van de basisverzekering. We gaan hier in op de WEZ, omdat daarin de toegang wordt voorbehouden aan instellingen zonder winstoogmerk.

Nodig zijn een exploitatietoestemming en een contract

De Wet ziekenhuisvoorzieningen zal worden vervangen door de Wet exploitatie zorginstellingen. Een van haar functies wordt het bewaken van de toegang tot de reguliere zorg.

De Wet exploitatie zorginstellingen is onderdeel van de bestuurlijke vernieuwing

Daarvoor kent de wet het middel van de exploitatietoestemming. Instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ of ZFW moeten beschikken over een exploitatietoestemming. In de exploitatietoestemming wordt de aard van de zorg vermeld die de instelling mag verlenen en de bandbreedte waarbinnen de omvang van de zorg moet blijven. Ook de capaciteit van de instelling kan worden vastgelegd, maar het is de bedoeling om daar zomin mogelijk gebruik van te maken. De aanvraag voor een exploitatietoestemming wordt getoetst aan een sectoraal beleidskader en aan transparantie van bedrijfsvoering en bestuursstructuur. Instellingen die volledig privaat worden bekostigd hebben geen exploitatietoestemming nodig. Een uitzondering wordt gemaakt voor privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. In bijlage 6 staat hierover meer informatie.

Een exploitatietoestemming kan uitsluitend worden verleend aan een rechtspersoon zonder winstoogmerk. De toelichting op de Wet exploitatie zorginstellingen gaat expliciet in op de redenen om deze bepaling uit de Wet ziekenhuisvoorzieningen te handhaven. Tezamen met het commentaar van de Raad van State geeft het een overzicht van de relevante motieven.

Het verbod op winstoogmerk wordt gehandhaafd

Gewenst	Niet gewenst
Kwalitatief goede zorgverlening	Winstoptimalisatie
Doelmatig en efficiënt werkende instellingen	Kwaliteitsvermindering
Ondernemend gedrag	
Transparantie	
Vrij verkeer in EU	

Het kabinet voert verschillende redenen van publiek belang aan. Winstuitkering prikkelt tot winstmaximalisatie, wat ten koste kan gaan van een kwalitatief goede zorgverlening. Publieke middelen moeten alleen worden besteed aan het doel waarvoor ze zijn bestemd. Winstoogmerk leidt tot hogere collectieve lasten. De Raad van State plaatst daar kanttekeningen bij die als volgt kunnen worden samengevat. Het verbod op winstoogmerk staat op gespannen voet met het ondernemerschap dat van instellingen wordt verwacht. Het verbod kan via juridische constructies worden omzeild. Neveneffecten daarvan zijn een afnemende transparantie en

De Raad van State vindt dat niet consequent

een verminderde mogelijkheid tot controle. Door het verbod is het niet mogelijk om doelmatigheid en efficiëntie in de organisatie te belonen. Het belemmert de instelling om effectief op de vraag in te spelen. Het verbod op winstoogmerk kan een belemmering vormen voor de toegang tot het stelsel voor buitenlandse instellingen. Het is niet uit te sluiten dat dit in strijd zal zijn met het EG-recht.

Voor de uitkomst van de discussie is het vooral van belang hoe de verschillende argumenten worden gewogen. Gezien het feit dat de Wet exploitatie zorginstellingen onderdeel is van de plannen voor bestuurlijke vernieuwing, ligt het voor de hand de gedachtegang die daaraan ten grondslag ligt te volgen. Dat is niet alleen consequent, maar ook voor de toekomst van de gezondheidszorg het beste. Uitgangspunt voor bestuurlijke vernieuwing is de maximale vrijheid van partijen, die nog verenigbaar is met het publieke kader waarin de zorg wordt verleend en de publieke belangen die in het geding zijn. Maximale vrijheid wil onder andere zeggen dat aanbieders vrije toegang krijgen tot de zorgmarkt, behalve in die gevallen dat het publieke belang zich er tegen verzet. Een gehele of gedeeltelijke uitzondering voor winstbeogende instellingen moet dus met een beroep op publieke beginselen of belangen kunnen worden beargumenteerd.

Deze benadering vindt steun in de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de verschillen in het functioneren van overheidsinstellingen, non-profit instellingen en for-profit instellingen (zie bijlage 5). Zoals daaruit blijkt zijn de redenen die in het verleden aanleiding waren om uitsluitend instellingen zonder winstoogmerk tot de reguliere zorgverlening toe te laten – onder andere hun innovatieve karakter, hun maatschappelijke inbedding en sociaal-culturele identiteit – niet langer aanwezig. Verder blijkt de relevantie van eigendomsverhoudingen en winstoogmerk voor het functioneren van instellingen beperkt. De eisen die door hun omgeving aan instellingen worden gesteld, zijn belangrijker. Daarbij kan voor de gezondheidszorg worden gedacht aan de vormgeving van het stelsel, de inrichting van deelmarkten en het geheel van kwaliteits- en ethische normen die uit een oogpunt van professionaliteit gelden. De achtergrondstudie van prof. dr. E.J. Bomhoff bevestigt dit oordeel.

Ook uit normatief oogpunt beschikt het principe van vrije toetreding over goede kaarten. De Nederlandse wetgeving wordt ingekaderd door het recht van de Europese

Daar heeft de Raad van State gelijk in

Het verbod wordt ook door wetenschappelijk onderzoek niet ondersteund

De Europese regelgeving laat een verbod toe, maar onder voorwaarden

Gemeenschap, dat het recht op vrije vestiging erkent. Belemmering van de uitoefening van dat recht is verboden, tenzij dat is gerechtvaardigd op grond van een in het EG-Verdrag of een in de jurisprudentie van het Hof van Justitie erkend algemeen belang. Als zodanig zijn erkend ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het stelsel van sociale zekerheid dan wel instandhouding van een verzorgingsmogelijkheid op nationaal grondgebied. Belemmerende maatregelen dienen voorts noodzakelijk te zijn voor de verwezenlijking van het nagestreefde doel van algemeen belang en dienen niet onnodig belemmerend te zijn.

De toelichting op de Wet exploitatie zorginstellingen maakt het niet aannemelijk dat beide belangen worden bedreigd door het toelaten van winstbeogende instellingen, noch dat een verbod op toelating van dergelijke instellingen nodig is om een eventuele bedreiging van die belangen af te wenden. In feite wordt dit ook betoogd in een publicatie van het ministerie van VWS Grenze(n)loze zorg. Daarin staat:

- De zorgverlening in Nederland zal door de bouw van enkele particuliere of particulier gefinancierde zorginrichtingen niet ten gronde gaan.
- Er is een andere mogelijkheid voor beheersing van het aanbod van het collectief gefinancierde deel van de intramurale zorg, namelijk via de sociale verzekering. Als de bestaande contracteverplichting wordt afgeschaft (zie de voorstellen in het kader van de modernisering van de AWBZ en de curatieve zorg), zullen de verzekeringsinstellingen alleen de verzorgingscapaciteit afnemen die zij nodig hebben voor hun eigen verzekerden. Instellingen die geen contract hebben, zijn voor hun financiering uitsluitend aangewezen op de particuliere vraag. Hetzelfde geldt voor gecontracteerde instellingen voor hetgeen zij produceren boven het gecontracteerde deel.

Al met al ligt het niet voor de hand om een algeheel verbod op winstoogmerk te handhaven en mee te nemen naar een vernieuwd zorgstelsel. Het zal wel van de inrichting van de deelmarkten en de mogelijkheden om publieke belangen te borgen afhangen wanneer zo'n verbod kan worden losgelaten. Bovendien moet er een politiek en maatschappelijk draagvlak voor aanwezig zijn.

Het is niet aannemelijk dat aan die voorwaarden wordt voldaan

In het nieuwe stelsel past het verbod op winstoogmerk niet meer



## 4 Condities en voorwaarden

### 4.1 Maatschappelijke acceptatie

#### Waardencomplexen in de zorg

Het gemengd publiekprivaat karakter van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg heeft bestuurlijke gevolgen. Er is vaak sprake van een mix van overheidssturing, zelfsturing en marktwerking. Achter deze besturingsmechanismen gaan waardencomplexen schuil. Deze staan in het schema hieronder.

Gemengd stelsel,  
verschillende waarden

Publiek	Professioneel	Privaat
Toegankelijkheid van gezondheidszorg	Competentie artsen; deskundigheid	Doelmatigheid
Rechtvaardige verdeling van collectieve middelen	Kwaliteit van zorg	Doeltreffendheid
Kwaliteit van zorg	Vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt	Winsten genereren en uitkeren aan aandeelhouders
Doelmatigheid van zorgvoorzieningen		Innovatie Creativiteit Bedrijfsmatigheid

In een gemengd stelsel moeten deze waarden tegelijk tot gelding kunnen komen. Dat brengt het risico met zich mee dat in elk afzonderlijk domein waarden over het hoofd worden gezien die in andere domeinen leidend zijn. Dit risico wordt beperkt door een mix van structuren en deelsystemen. Via eigen gedragscodes, tuchtrecht en standaarden tracht de medische professie de kwaliteit van zorg, de deskundigheid van artsen en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt te waarborgen. De sociale verzekeringen waarborgen de toegankelijkheid tot de zorg, een rechtvaardige verdeling van middelen en de solidariteit. Via de zorgcontracten wordt een doelmatige zorginkoop bevorderd.

Deze worden afzonderlijk  
gewaarborgd

Door winstoogmerk in de gezondheidszorg toe te laten, verschuift de bestaande balans tussen waarden en dat roept spanningen op. Die spanningen doen zich vooral voor op het

Winstoogmerk verstoort de  
bestaande balans

vlak van de professionele autonomie en dat van de solidariteit. De mate waarin deze spanningen zich manifesteren en beheerst kunnen worden bepalen voor een groot deel de maatschappelijke acceptatie van zorgverlening met winst oogmerk.

### **Spanningshaarden**

#### *Profijt en professie*

Uit de Amerikaanse literatuur is bekend dat er op tweeërlei wijze spanningen kunnen ontstaan. Ten eerste als het ondernemerschap het gedrag van de hulpverlener ten opzichte van zijn patiënt gaat beïnvloeden. De arts investeert bijvoorbeeld in apparatuur en gaat die bovenmatig gebruiken om de investering terug te verdienen. Hij verwijst naar bepaalde instellingen of past bepaalde medicijnen toe, omdat hij daarvoor extra beloningen ontvangt. Hij ontvangt een bonus van de instelling waar hij werkt naar de mate waarin zijn beslissingen bijdragen aan de winst.

Blijft de patiënt centraal staan?

In de tweede plaats kunnen spanningen ontstaan rond het management van instellingen. Professionals hebben meestal veel invloed op de besluitvorming in instellingen die voor de kwaliteit van de dienstverlening van hun inzet afhankelijk zijn. Als deze instellingen deel gaan uitmaken van commerciële ketens of voor hun voortbestaan afhankelijk worden van de steun van banken of andere kapitaalverschaffers, neemt de invloed toe van personen die vooral zakelijk of financieel in de instelling geïnteresseerd zijn. De druk op professionals om bij hun besluiten de zakelijke en financiële belangen van de instelling mee te laten wegen, neemt dan toe. In het slechtste geval kunnen beslissingen over de behandeling van patiënten ondergeschikt worden aan zakelijke belangen.

Blijft de professionele autonomie behouden?

#### *Profijt en solidariteit*

Wat hier speelt is de vrees voor tweedeling. Tweedeling kan verschillende vormen aannemen. Om andere dan medische redenen:

1. zijn voorzieningen voor de een wel toegankelijk, maar niet voor de ander;
2. wordt de een sneller geholpen dan de ander;
3. wordt de een beter geholpen dan de ander.

Is er kans op tweedeling?

De achterliggende botsing van waarden blijkt uit de wisseling van argumenten tussen voor- en tegenstanders van snellere hulpverlening aan zieke werknemers<sup>2</sup>.

Krijgt de werknemer bijvoorbeeld een streepje voor?

Voor	Tegen
Snelle hulpverlening levert zowel de werkgever als de maatschappij voordeel op. Het maatschappelijk belang bij terugdringing van ziekteverzuim rechtvaardigt voorrang van werknemers.	De behoefte aan gezondheidszorg is zo fundamenteel, dat de samenleving solidair moet zijn en gelijke toegang tot noodzakelijke zorg moet garanderen. Voorrang wordt op grond van medische criteria bepaald.
De mogelijkheden om het ziekteverzuim binnen de reguliere gezondheidszorg terug te dringen zijn beperkt, zolang dat binnen de macro-kaders van de toegestane collectieve lastendruk moet. Zolang dat het geval is zijn aparte voorzieningen voor werknemers redelijk en toelaatbaar.	Wanneer het niet wenselijk is dat werknemers op wachtlijsten staan, moeten de wachtlijsten structureel worden opgelost.
Door het creëren van extra zorgcapaciteit voor werknemers worden niet alleen zij, maar ook anderen sneller geholpen, omdat de reguliere wachtlijsten korter worden. Het is dus in ieders belang.	Het creëren van extra capaciteit is niet goed mogelijk. De grens van onbenutte capaciteit is snel bereikt. Dat betekent dat snellere hulp aan werknemers ten koste zal gaan van het reguliere aanbod en dus van andere patiënten.
Door snellere hulpverlening van werknemers neemt het ziekteverzuim en de kans op invalidering af. Werknemers hebben er dus ook belang bij.	Voorrangszorg is niet in het belang van werknemers, want de rechten van de patiënt, zoals het recht op vrije artskeuze en informed consent, komen onder druk te staan.

*De praktijk*

We zien verschillen in de mate waarin winsttoogmerk wordt geaccepteerd. Bedrijvenpoli's in de curatieve sector zijn door VWS tegengewerkt, arbeidsgerelateerde zorg in de ggz is door hetzelfde ministerie positief bejegend. Hiertussen bestaat evenwel geen principieel onderscheid. Winsttoogmerk ontmoet veel minder weerstand in de thuiszorg dan in de ziekenhuiszorg. Er is begrip voor ouders die voor hun verstandelijk gehandicapte kind een huis kopen en vervolgens met voorrang zorg krijgen omdat ook andere kinderen van deze extra capaciteit gebruik kunnen maken.

Winsttoogmerk wordt wisselend geaccepteerd

<p>Hoe is dit verschil in draagvlak te verklaren? Vooral de volgende factoren lijken van belang<sup>3</sup>:</p>	<p>De verschillen in draagvlak zijn verklaarbaar</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- De aard van het product: het maakt verschil hoe afhankelijk de patiënt is van de zorgverlener, hoe specifiek het product kan worden getypeerd, hoe groot de mogelijkheden zijn om zorg en andere diensten aan elkaar te koppelen en of het product al eerder in de markt is gezet zodat beter kan worden ingeschat wat de mogelijke gevolgen van winstoogmerk kunnen zijn.</li> <li>- De wijze waarop de commerciële zorg wordt uitgevoerd: wordt cherry picking voorkomen, is er een level playing field en is er sprake van goed werkgeverschap.</li> <li>- De mate waarin publieke en professionele waarden worden gerespecteerd: staat gezondheidswinst voorop of financieel gewin, voorziet de zorg in een maatschappelijke behoefte, wordt in het belang van de patiënt gewerkt.</li> </ul>	
<p><i>Winstoogmerk acceptabel?</i> Winstoogmerk wordt voor het ene type zorg makkelijker geaccepteerd dan voor het andere, maar over het algemeen kunnen we constateren dat het draagvlak voor een beleid dat winstoogmerk in de Nederlandse gezondheidszorg toelaat, nog onzeker en diffuus is. Dat geldt in het bijzonder voor de ziekenhuiszorg.</p>	<p>Draagvlak voor winstoogmerk zal niet vanzelf ontstaan ...</p>
<p>Dat komt in de eerste plaats door de ernst van de gevolgen. Gezien de potentiële gevolgen voor zowel de doelmatigheid, als de kwaliteit en de toegankelijkheid van gezondheidszorg is maatschappelijke acceptatie uitermate belangrijk. De ernst van die gevolgen wordt in de ziekenhuiszorg groter ingeschat dan in andere zorgsectoren.</p>	<p>... als de gevolgen ernstig kunnen zijn</p>
<p>In de tweede plaats is er gebrek aan kennis over de mogelijke kosten van de verandering en de gevolgen daarvan in zowel financiële als sociale en maatschappelijke termen.</p>	<p>... als kennis daarover ontbreekt</p>
<p>In de derde plaats betekent de introductie van winstoogmerk een expliciete breuk met uitgangspunten uit het verleden, namelijk een introductie van elementen van winst maken en concurrentie. Die breuk komt vooral in de uitvoering van het beleid naar voren.</p>	<p>... als er sprake is van een scherpe breuk met de bestaande situatie</p>
<p>In de vierde plaats is de aandacht van de media rond dit onderwerp groot. Problemen worden meteen uitvergroot. In de ziekenhuiszorg richt de aandacht zich op de toegankelijkheid, omdat mensen bang zijn voor de</p>	<p>... en als de media elk probleem meteen uitvergrooten</p>

mogelijkheid dat zij in noodsituaties niet geholpen worden. In de geestelijke gezondheidszorg en in de ouderenzorg is veel minder sprake van dergelijke dreigingen. Daar richt de media-aandacht zich op risico's en fouten in de bedrijfsvoering.

Als winsttoogmerk in de reguliere gezondheidszorg wordt toegelaten of reguliere zorgaanbieders de ruimte krijgen voor het ontwikkelen van winstgerichte activiteiten, zal de maatschappelijke acceptatie van een dergelijk beleid moeten worden bevorderd. Dat kan door:

- onderzoek en experimenten;
- een gecontroleerde ontwikkeling;
- de tijd nemen;
- goede communicatie.

Er zal dus aan draagvlak moeten worden gewerkt

## 4.2 Borging

### *Publieke belangen*

Publieke belangen zijn maatschappelijke belangen waarvoor de overheid de eindverantwoordelijkheid op zich neemt. Het feit dat bepaalde belangen als publieke belangen worden aangemerkt, betekent niet dat de overheid die belangen ook daadwerkelijk zelf behartigt. Zo wordt de gezondheidszorg van oudsher uitgevoerd door private organisaties. Omdat van private organisaties niet mag worden aangenomen dat zij uitsluitend oog hebben voor het publieke belang, zijn maatregelen nodig om de publieke belangenbehartiging veilig te stellen. Daarvoor zijn vier mechanismen voorhanden<sup>4</sup>, die in een verschillende mix kunnen worden gehanteerd:

- regels (vastgelegd in wetten of contracten);
- concurrentie (zowel op als om de markt);
- hiërarchie (politiek bestuurder geeft aanwijzingen aan ondergeschikten);
- institutionele waarden (versterking van normen binnen een organisatie).

Dat kan op verschillende manieren

Welke belangen als publieke belangen worden aangemerkt, is voornamelijk een politieke vraag. Wat de gezondheidszorg betreft bestaat er vrij algemeen consensus over dat de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg publieke belangen zijn. Deze belangen laten zich vertalen in vereisten waaraan de zorg moet voldoen.

Er is overeenstemming over welke belangen het gaat: ...

### *Toegankelijkheid*

De zorg moet toegankelijk zijn, dat wil zeggen dat iedere Nederlandse ingezetene gebruik moet kunnen maken van noodzakelijke gezondheidszorg, ongeacht zijn leeftijd, gezondheidstoestand en -vooruitzichten of inkomenspositie.

... de toegankelijkheid van de zorg

Toegankelijkheid kent verschillende aspecten:

- Financiële toegankelijkheid: noodzakelijke zorg moet door iedere Nederlandse burger in te roepen zijn, ongeacht zijn financiële situatie. Als afgeleide hiervan wordt ook als publiek belang gezien dat de zorg betaalbaar moet zijn en blijven. Deze vorm van toegankelijkheid wordt nu geborgd door het sociale ziektekostenverzekeringsstelsel. AWBZ, ZFW en WTZ garanderen dat iedere Nederlandse burger toegang heeft tot noodzakelijke zorg. Teneinde dit stelsel betaalbaar te houden, is het aanbod van zorg – het aantal voorzieningen, het aantal producten en de prijs – aan regels gebonden: de WZV, AWBZ, ZFW en WTG.
- Bereikbaarheid: de zorg moet binnen redelijke (geografische) afstand verkrijgbaar zijn; de zorgvoorzieningen moeten dus evenwichtig over het land verspreid zijn. De bereikbaarheid van de zorg wordt nu geborgd door de Wet ziekenhuisvoorzieningen, die voorziet in een systeem van landelijke spreidingsplannen.
- Beschikbaarheid: er moet voldoende capaciteit (mensen en middelen) zijn, zodat de zorg ook binnen redelijke termijn door bekwame beroepsbeoefenaren geleverd kan worden. Het borgingsmechanisme voor de beschikbaarheid van zorg bestaat uit verschillende wetten: de WZV, die de toelating van instellingen alsmede de omvang van het dienstenpakket bepaalt (+ AWBZ voor extramurale voorzieningen); de wet BIG, die garandeert dat beroepsbeoefenaren bekwaam zijn, en regels die de instroom van beroepsbeoefenaren bepalen.

#### *Doelmatigheid*

De zorg moet doelmatig zijn, wat wil zeggen dat de gestelde doelen op zo efficiënt mogelijke wijze moeten worden gerealiseerd. Efficiëntie is te onderscheiden in kostenefficiëntie (kostenminimalisatie), intrinsieke kwaliteit (prijs-kwaliteitsverhouding) en innovatie (zijn er prikkels voor maatschappelijk wenselijke vernieuwing). Het huidige borgingsmechanisme bestaat uit een mix van regels en institutionele waarden. De AWBZ en ZFW regelen de aanspraken, terwijl de WTG daarvoor een prijs bepaalt. Daarnaast achten beroepsbeoefenaren zich gebonden aan gedragsnormen, die onder meer voorschrijven dat de te

... de doelmatigheid

verlenen zorg doelmatig moet zijn. De verzekeraar krijgt een belangrijke rol bij het inkopen van doelmatige zorg.

#### *Kwaliteit*

De zorg moet van goede kwaliteit zijn. Kwaliteit als publiek belang heeft in de eerste plaats betrekking op het medisch handelen, dat evidence based en van hoog niveau moet zijn. Daarnaast gaat het bij kwaliteit om het totale zorgproces van een individuele patiënt. De kwaliteit van zorg wordt op dit moment geborgd door wetten als de Kwaliteitswet zorginstellingen, de WGBO, de wet BIG en door institutionele waarden (gedragsregels van beroepsbeoefenaren).

... en de kwaliteit

Samenvattend: de borging van de publieke belangen vindt thans plaats door een mix van regels (met name wetten) en institutionele waarden. Het zwaartepunt ligt op wetten die het aanbod van zorg reguleren.

Borging door regels en institutionele waarden

#### *Borging*

De nieuwe bestuurlijke koers die in paragraaf 3.2 is geschetst, impliceert een open systeem van zorgaanbod. Uitgangspunt daarbij is dat het systeem open is voor iedere zorgaanbieder, dus ook voor 'reguliere' aanbieders. Concurrentie is in die nieuwe aanpak zowel een middel om ondernemerschap en vraagsturing te realiseren, als een middel om publieke belangen te borgen. Concurrentie vindt niet alleen plaats tussen zorgaanbieders, maar ook tussen zorgverzekeraars. Concurrentie moet de zorgverzekeraars aanzetten tot het doelmatig en klantgericht inkopen van voldoende zorg van goede kwaliteit en daardoor tot het borgen van publieke belangen. Hoe kan concurrentie daaraan bijdragen en wat zijn de valkuilen?

Nieuw is borging door middel van concurrentie

#### *Financiële toegankelijkheid en betaalbaarheid*

Het openstellen van het systeem en zelfs het toelaten van winstoogmerk heeft als zodanig geen invloed op de financiële toegankelijkheid. Anders dan bijvoorbeeld in Amerika het geval is, is in Nederland de toegang tot het verzekeringsstelsel redelijk gewaarborgd. Een basisverzekering zal deze toegang verder verbeteren. Het slechten van toetredingsdrempels heeft wel effect op de betaalbaarheid van de zorg, maar in beginsel is dat een positief effect. Het openstellen van het systeem zal leiden tot meer aanbieders op dezelfde (deel)markten, die moeten concurreren om de gunst van de afnemer. Dat stelt zorgverzekeraars en/of patiënten in staat om 'scherper' in te kopen.

De financiële toegankelijkheid is in een basisverzekering beter gewaarborgd dan ooit

Een probleem zou kunnen ontstaan op die deelmarkten waar slechts één of enkele aanbieders actief zijn. Vooral op die deelmarkten waar bovendien de prijselasticiteit gering is (bijvoorbeeld topklinische zorg, acute hulp), bestaat het risico van een opwaartse druk op de prijzen. Dit risico is met mededingingsregels af te dekken. Het bedingen van onredelijke prijzen levert immers misbruik van economische machtspositie op en is verboden. Een effectief toezicht op de naleving van deze regels vereist overigens wel dat inzicht bestaat in de reële kostprijzen. Diagnosebehandelcombinaties kunnen daar zicht op geven.

Misbruik van een economische machtspositie kan via het mededingingsrecht worden bestreden

Een andere consequentie van het loslaten van de aanbodregulering is dat de vraag zal toenemen. Aanbod schept vraag. Dit leidt tot meer kosten en dat heeft weer invloed op de hoogte van de verzekeringspremies en/of op de omvang van het verzekerde pakket. Dit gegeven is inherent aan de keuze voor een open, vraaggericht systeem. Om te kunnen borgen dat een open systeem niet tot een ongebreidelde vraag leidt (u vraagt, wij draaien), is een strategische inzet van onafhankelijke indicatiestelling onmisbaar. Vooral commerciële aanbieders zullen geneigd zijn zogenoemde zorgplusdiensten aan te bieden, dat wil zeggen basiszorg met extra service. Daarmee dingen ze naar de gunst van mensen die bereid en in staat zijn extra te betalen. Op zich is daar niets tegen; het betreft namelijk diensten die weliswaar (onlosmakelijk) verbonden zijn met de verzekerde basiszorg, maar als zodanig niet noodzakelijk van aard zijn. De toegang hiertoe behoeft niet geborgd te worden.

Onafhankelijke indicatiestelling is nodig om te voorkomen dat aanbod vraag schept

#### *Bereikbaarheid en beschikbaarheid*

Indien zorgaanbieders vrij zijn toe te treden tot de markt en niet gebonden zijn aan aanbodbeperkende maatregelen zullen zij – zeker wanneer zij winst nastreven – zich vestigen in gebieden waar veel (potentiële) afnemers zijn. Dit kan betekenen dat in bepaalde delen van het land onvoldoende aanbod tot stand komt. Een hieraan verwant risico is dat aanbieders, vooral wanneer het maken van winst hoofddoel van de onderneming is, zich vooral zullen toeleggen op diensten waarmee relatief hoge winstmarges te bereiken zijn. Dit betekent dat bepaalde typen zorg commercieel aantrekkelijker zijn dan andere. Zo leidt het grote financiële belang dat werkgevers hebben bij arbeidsreïntegratie tot een opwaartse druk op de marges bij burn-out-therapieën. Dit kan tot gevolg hebben dat bepaalde typen zorg onvoldoende of zelfs niet worden aangeboden; denk bijvoorbeeld aan de

Openbare aanbesteding door verzekeraars helpt bij onvoldoende aanbod



behandeling van 'rare diseases'. Deze risico's kunnen als volgt worden beperkt: wanneer een bepaald aanbod niet vanzelf door de markt totstandkomt kan de zorgverzekeraar het bedienen van de onrendabele deelmarkt(en) afdwingen door (openbaar) aan te besteden, eventueel door een toeslag op de prijs te geven. Er is dan één aanbieder die in beginsel voor een beperkte tijd een concessie krijgt om de betreffende zorg te leveren.

Een ander mogelijk gevaar is dat sommige zorgvragers worden geweerd omdat ze de voornaamste doelgroepen van aanbieders zodanig afschrikken dat dit ten koste kan gaan van omzet en winst. Een voorbeeld hiervan zijn dak- en thuislozen. Zorgaanbieders met winstoogmerk zullen hiermee in hun acceptatiebeleid rekening (willen) houden. Dit 'gevaar' is niet denkbeeldig, maar daar staat tegenover dat hulpverleners op grond van de WGBO niet mogen weigeren met dergelijke klanten een behandelingsovereenkomst te sluiten (tenzij uiteraard de vraag niet ligt op het deskundigheidsgebied van de betreffende hulpverlener). Verder heeft de verzekeraar een zorgplicht. Hij kan van zijn contractuele relatie met de aanbieder gebruikmaken om dit soort selectie tegen te gaan.

De zorgplicht en de WGBO waken tegen het weren van onaantrekkelijke patiënten

Een ander potentieel risico op deelmarkten waar slechts weinig aanbieders opereren, is dat de continuïteit van zorg niet voldoende is te waarborgen. In een open systeem lopen aanbieders van zorg immers ondernemersrisico: ze kunnen failliet gaan. Het voorbeeld van de particuliere thuiszorgorganisatie NTN is in dit opzicht illustratief. De algemene mededingingsregels bieden hier onvoldoende uitkomst. Ze kunnen niet voorkomen dat een onderneming een economische machtspositie inneemt. Daarom lijkt het aan te raden om specifieke mededingingsregels voor de zorg te ontwikkelen, zoals ten aanzien van de schaalgrootte van zorgaanbieders. Overigens ligt hier ook een rol voor de verzekeraar: die dient de vinger aan de pols te houden over de bedrijfsresultaten van zorgaanbieders. Daarover kunnen afspraken gemaakt worden die contractueel zijn vast te leggen.

Specifieke mededingingsregels zijn nodig om de continuïteit van zorg te waarborgen

#### *Doelmatigheid*

Bij concurrentie om de gunst van de klant zal de aanbieder meer gedreven zijn een goed product op maat te leveren. Behalve vraaggerichtheid is efficiency een belangrijke voorwaarde voor het maken van winst. Zonder efficiency zijn bedrijven immers niet in staat om ook op prijs te concurreren. In volkomen markten met volledige mededinging wordt een

De doelmatigheid wordt door concurrentie gewaarborgd

optimale efficiency bereikt. Veel deelmarkten binnen de gezondheidszorg zijn echter imperfect, zelfs wanneer wordt overgegaan naar een vraaggestuurd systeem. Dat komt voornamelijk doordat de prijselasticiteit op verschillende deelmarkten bijzonder laag is, vooral op de markten van intramurale zorg, acute hulp en kennisintensieve zorg. Deze imperfectie kan afbreuk doen aan de doelmatigheid. Zo blijkt uit Amerikaans onderzoek dat de behandelkosten in ziekenhuizen met winstoogmerk tien procent hoger liggen dan in ziekenhuizen zonder winstoogmerk (Nicholson, et al., 2000). De strategie van commerciële ziekenhuizen richt zich door de marktconstellatie vooral op het behalen van extra inkomsten in plaats van op kostenbesparingen (Shukla, 1997).

#### *Kwaliteit*

In een open systeem zullen zorgaanbieders zich van elkaar willen en ook moeten onderscheiden. Een van de elementen waarop zij kunnen concurreren is de kwaliteit van de dienstverlening. Daarbij zal het vaak gaan om zaken waarop gemakkelijk is te scoren, zoals de extra's, en op het totale zorgproces. Het is de vraag of concurrentie plaatsvindt op de zorg als zodanig, al was het maar omdat het voor 'leken' moeilijk is zich hierover een oordeel te vormen. Van de andere kant moet er rekening mee worden gehouden dat ditzelfde gegeven patiënten onzeker maakt als zij in een open markt moeten beslissen met welke hulpverlener of instelling zij in zee gaan. Er zal ongetwijfeld meer behoefte komen aan objectieve informatie over de prestaties van zorgverleners.

Gebruikers hebben objectieve informatie nodig over de prestaties van zorgverleners

Borging van de 'extra's' is niet nodig. De inhoudelijke kwaliteit kan in een open systeem in principe op dezelfde manier worden geborgd als in een gesloten systeem. Er is wel meer zicht nodig op de resultaten van de zorgverlening. Er zijn investeringen nodig in de ontwikkeling van indicatoren en criteria om prestaties op hun kwaliteit te kunnen beoordelen. Verder zullen de resultaten voor het publiek toegankelijk moeten worden gemaakt. Voor een antwoord op de vraag hoe een en ander kan worden gerealiseerd, verwijzen we naar ons advies Volksgezondheid en zorg. In dat advies wordt deze kwestie uitvoerig besproken. De kwaliteit van het proces van zorgverlening aan individuele patiënten is te borgen door middel van certificering. Zorgverzekeraars kunnen daarop contracteren. Inmiddels is in de praktijk al een start gemaakt met certificeringstrajecten, zowel onder private als reguliere aanbieders. Zo is de brancheorganisatie van particuliere woon- en zorgvoorzieningen (NeVeP) gestart met een

Certificatie is niet genoeg. Resultaten moeten voor het publiek toegankelijk worden

kwaliteitstraject en heeft bijvoorbeeld Arcares onlangs een eigen kwaliteitssysteem met twaalf indicatoren gepresenteerd. Ook in de ziekenhuizen vinden dergelijke initiatieven ingang.

Onduidelijk is of er een relatie is tussen schaalgrootte van voorzieningen en kwaliteit van zorg. Er wordt wel gesteld dat artsen een bepaald aantal verrichtingen per jaar moeten uitvoeren om vaardigheid en routine te behouden. In Nederland zijn privé-klinieken weliswaar veelal gespecialiseerd in een niche van de markt, maar toch zijn zij in vergelijking met reguliere aanbieders kleinschalig. Wat hiervan ook zij, de kwaliteitswetten – de wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen – bieden handvatten om de kwaliteit van de dienstverlening te borgen, ongeacht of die in een groot- of kleinschalige setting plaatsvindt.

De kwaliteitswetgeving biedt handvatten om de kwaliteit te borgen

Tenslotte is denkbaar dat sterke prijsconcurrentie de kwaliteit van zorg onder druk zet. Op sommige deelmarkten zullen de marges relatief laag zijn. Kostenbesparingen kunnen dan extra winst creëren. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat niet de meest optimale middelen gebruikt worden. Het is dan in principe mogelijk om met een lagere kwaliteit op prijs te concurreren. Het winstmotief zou dit proces kunnen versterken. Vraag is of dit een reëel probleem is: omdat er een kleine mate van prijzenelasticiteit bestaat, ligt het meer voor de hand dat gezocht wordt naar opbrengstvergroten in plaats van kostenbesparende maatregelen. Niettemin kan er niet aan voorbij worden gegaan omdat de gevolgen, als ze zich voordoen, ernstig zijn. Borging van basale kwaliteit is mogelijk door een combinatie van regulering, toezicht en zorgvuldige zorginkoop door verzekeraars. Regulering is het effectiefst als de verenigingen van beroepsbeoefenaren en van instellingen het voortouw nemen en zelf basisnormen vaststellen. Deze kunnen door de Kwaliteitswet zorginstellingen worden geschraagd.

Aanvullend zijn basisnormen voor kwaliteit nodig

#### *Conclusie*

De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat is of de publieke belangen die verbonden zijn met zorg te borgen zijn wanneer het gesloten systeem van aanbod plaatsmaakt voor een open systeem. Een open systeem leidt tot een verschuiving in de mix van borgingsmechanismen. In het gangbare gesloten systeem ligt het zwaartepunt op (aanbod)regels in de vorm van wetten, terwijl in een open systeem concurrentie als borgingsmechanisme dominant is. De verzekeraars en de zorgcontracten spelen daarin een sleutelrol. Zolang sprake is

Ook in een open systeem kunnen publieke belangen worden gewaarborgd

van onvolkomen concurrentie blijven daarnaast regels nodig om marktperfecties te corrigeren. Tenslotte is toezicht noodzakelijk, zowel op de mededinging als op de kwaliteit.

## 5 Uitvoering

### 5.1 Modernisering van beleid

Van een gesloten systeem van aanbod naar een open systeem: op papier is het een kwestie van woorden verwisselen, in werkelijkheid is het een moeilijk en langdurig proces. Het ministerie van VWS heeft voor de uitvoering van de moderniseringstrajecten (zie bijlage 7) een periode van vijf jaar uitgetrokken, waarbij de jarenlange aanloop niet is meegerekend, evenmin als een mogelijke uitloop. Dat instellingen met winstoogmerk tot de reguliere zorg worden toegelaten en dat reguliere instellingen de ruimte krijgen zich op de markt van winstgevende derde compartimentszorg te begeven, is een consequentie van de keuze voor een open systeem en moet daarom in het moderniseringsbeleid een plaats krijgen.

Toelaten van winstoogmerk moet onderdeel worden van moderniseringsbeleid

De belangrijkste waarborgen voor de publieke belangen in een open systeem van aanbod met winstoogmerk liggen in de aanwezigheid van een stelsel van sociale verzekering en de wijze waarop daaraan uitvoering wordt gegeven. De veranderingen die met het oog op een open systeem van aanbod nodig zijn, maken deel uit van de eerder genoemde moderniseringstrajecten. Uit ons vorige hoofdstuk is duidelijk geworden dat een paar borgingsmechanismen speciaal aandacht vergen als instellingen winst mogen nastreven. Het probleem is daarbij niet de mogelijkheid tot borging, maar de uitvoering. Verder zal het introduceren van winstoogmerk het noodzakelijk maken dat essentiële borgingsmechanismen versneld worden gerealiseerd. Daarbij denken wij aan de totstandkoming van basisnormen voor kwaliteit, het op sterkte brengen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de afstemming tussen de NMa en het College Tarieven Gezondheidszorg.

Waarborgen voor publieke belangen zijn daarvan al onderdeel

Waarborgen waaraan moet worden gewerkt, zijn:

1. De aanwezigheid van een basisverzekering, waarin iedereen aanspraak kan maken op noodzakelijke zorg en verzekeraars de plicht hebben al hun verzekerden adequaat te bedienen. De beslissing om een basisverzekering in te voeren moet nog worden genomen.

De belangrijkste zijn:  
Een basisverzekering: nog besluitvorming nodig

2. Een functionele omschrijving van aanspraken. De aanspraken markeren wat reguliere zorg is. Een

Functioneel omschreven aanspraken: onderdeel moderniseringsprojecten

functionele omschrijving biedt ruimte voor diversiteit en zorg op maat. Het onderwerp maakt deel uit van de moderniseringsprojecten van de AWBZ en van de curatieve zorg. Er wordt aan gewerkt.

3. Zorginkoop door risicodragende verzekeraars en pgb-houders. De zorginkoop heeft een centrale rol in de toekomstige sturing van de zorg. Daar ontmoeten vraag en aanbod elkaar. De verzekeraar (natura) en de patiënt (pgb) zullen zowel bij de kwaliteit als de prijs van het aanbod belang moeten hebben. Verder zullen zij in staat moeten zijn de verstrekking via aanvullende private middelen uit te bouwen met extra dienstverlening. De RVZ vraagt zich in dit verband overigens af waarom het kabinet de aanwezigheid van winstoogmerk van zorgverzekeraars even noodzakelijk vindt voor 'het optimaal veilig stellen van de verschillende publieke belangen van de gezondheidszorg' als de afwezigheid van winstoogmerk bij zorginstellingen. Het omgekeerde ligt veel meer voor de hand. Het is natuurlijk ook niet voor niets dat de Europese Code inzake sociale zekerheid voorschrijft dat zorgverzekeraars die een verplichte verzekering uitvoeren geen winstoogmerk mogen hebben (zie ons advies De rollen verdeeld).

Zorginkoop: onderdeel van moderniseringsprojecten ...

Het onderwerp 'zorginkoop' is even gecompliceerd als belangrijk. Het houdt in dat er minder regels komen en de verzekeraar meer beslissingen zelf kan nemen, dat de overheid meer aan verzekeraars overlaat, dat verzekeraars zich actiever en assertiever met zorginkoop gaan bezighouden en dat ze daarbij de belangen van hun verzekerden voorop stellen. Het houdt ook in dat verzekerden meer keuzen krijgen en een sterkere positie, zowel tegenover zorgaanbieders als tegenover verzekeraars. De werkelijkheid is op al deze onderdelen minder rooskleurig dan de retoriek doet geloven. Zo moeten de meeste verzekeraars vanwege de jarenlange praktijk van landelijke standaardovereenkomsten en landelijke tariefrichtlijnen mankracht, kennis en ervaring op het gebied van regionale zorginkoop opbouwen. Terecht gaat de Minister initiatieven ondersteunen om de verzekeraars effectief te kunnen laten contracteren. Verder komt er een toetsbare code 'goed verzekeraarschap'. De moderniseringsprojecten moeten veel energie in de zorginkoop steken. Des te verwonderlijker is het dat de AWBZ en de curatieve zorg

... maar in de AWBZ anders dan in curatieve zorg

daarbij afzonderlijke trajecten volgen. Dezelfde onderwerpen zijn in verschillende deelprojecten ondergebracht en worden met duidelijke accentverschillen aangepakt. Niet alleen mag daarvan efficiencyverlies en onderlinge wrijving worden verwacht, ook zal het achteraf moeilijker worden om de uitvoering van de AWBZ en curatieve zorg in één basisverzekering samen te voegen.

- |  |  |
|--|--|
| <p>4. Reële kostprijzen. Concurrentie tussen instellingen, regulier of privaat, vindt plaats op kwaliteit en prijs en dat laatste is alleen mogelijk als verschillen in kwaliteit en kosten in de prijs tot uitdrukking kunnen worden gebracht. De invoering van DBC's is een stap in die richting. Voor reguliere en private instellingen zal eenzelfde systematiek moeten gelden om te voorkomen dat de instellingen onder verschillende condities met elkaar moeten concurreren. Dat laatste werkt cherry picking in de hand. Als voor de reguliere zorg DBC's worden ingevoerd, zullen zowel reguliere als private instellingen ze moeten gebruiken.</p>   | <p>Een tarieven­systematiek waarin de kosten tot uitdrukking komen</p>   |
| <p>5. Een op het publiek belang gericht toelatingsbeleid. Voor toelating tot de reguliere zorgverlening is het nodig dat de instelling het doel van een goede zorgverlening aan patiënten vooropstelt en zich houdt aan publieke waarden. Dat een instelling private activiteiten ontplooit, mag geen afbreuk doen aan haar reguliere activiteiten. Het toelatingsbeleid krijgt gestalte in de Wet exploitatie zorginstellingen. Men zou zich kunnen afvragen of aan een specifiek toelatingsbeleid behoefte bestaat, omdat de zorgverzekeraars via hun contracteerbeleid eveneens als poortwachters kunnen optreden. Dat moge zo zijn, maar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de verzekeraars moeten zich op dit punt nog bewijzen;</li> <li>- er is geen zicht op, hoe de verzekeraars invulling kunnen geven aan de planningsfunctie van de Wet exploitatie zorginstellingen;</li> <li>- er zijn ook belangen van derden in het geding, met name verzekerden en overheden.</li> </ul> | <p>Toelatingsbeleid: onderwerp van de WEZ</p>                            |
| <p>6. Kwaliteitsnormen. Omdat onder druk van concurrentie een uitruil van winst en kwaliteit kan plaatsvinden is het nodig dat de kwaliteit voor patiënten en verzekeraars transparant wordt gemaakt en dat de basisnormen vaststaan. In het moderniseringsproject van de curatieve</p>  | <p>Kwaliteitsnormen: onderdeel van slechts één moderniseringsproject</p> |

zorg krijgt de ontwikkeling van prestatienormen en – indicatoren en hun toepassing in zorgcontracten terecht veel aandacht. In het moderniseringsproject AWBZ ontbreekt het onderwerp.

7. Een actief marktmeesterschap op het vlak van mededinging, tarieven en prijzen. Nieuwe markten moeten worden gemaakt. Het gaat om een overheidstaak, die als zodanig nog vorm moet krijgen, maar waarvan de belangrijke bestanddelen nu bij de NMa (mededinging) en het CTG (prijzen) berusten. Hier ligt dus een afstemmingsvraagstuk. De aanpak daarvan is extra noodzakelijk omdat het CTG door beleidsregels te stellen grote invloed uitoefent op de werking van de deelmarkten van de gezondheidszorg. Twee omstandigheden kunnen in onderlinge samenhang complicaties opleveren. De eerste is dat het CTG in de gezondheidszorg een positie heeft te verdedigen en de NMa een positie heeft op te bouwen. De tweede is dat de overheid in de overgang van aanbod- naar vraagsturing voor de borging van publieke belangen afhankelijk is van de organen van de aanbodregulering, waaronder het CTG. Juist vanwege deze gecompliceerde situatie is een duidelijke koers noodzakelijk. In de moderniseringsprojecten wordt er tot nu toe geen aandacht aan geschonken.

Marktmeester: ontbreekt in moderniseringsprojecten

8. Een gecoördineerd toezicht op de uitvoering van de verzekering en de geleverde zorg. Toezicht op de uitruil tussen winst en kwaliteit vereist afstemming tussen de toezichthouders en een sterke aanwezigheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Op grond van het rapport Gezond Vertrouwen van de commissie Abeln kan worden geconcludeerd dat het nog drie tot vijf jaar zal duren voordat de Inspectie meer dan het hoognodige kan doen. Dat beperkt de ruimte voor prijsconcurrentie en betekent dat aan de versterking van de Inspectie voor de Gezondheidszorg absolute voorrang moet worden gegeven. Er is naast het interne toezicht door de Raden van Toezicht extern toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (kwaliteit), het CTZ (uitvoering van de verzekering) en de NMa (mededinging). Het is voor de effectiviteit van het toezicht en het beperkt houden van de uitvoeringslasten nodig dat deze organen hun beleid en de uitvoering van het toezicht op elkaar afstemmen. In de beschrijving van het project modernisering curatieve zorg wordt gezegd dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het College toezicht zorgverzekeringen hun toezicht

Gecoördineerd toezicht: de moderniseringsprojecten pakken dit onvolledig en onderling verschillend op



op elkaar zullen afstemmen. Van afstemming met de NMa wordt niet gerept.

9. Een goede informatievoorziening van de burger over zowel de vergelijking tussen verzekeraars als tussen aanbieders op relevante prestatie-indicatoren.

Consumenteninformatie: laat maar zien wat je kunt

## 5.2 Toelating van instellingen met winstoogmerk

Verskillende onderwerpen zijn specifiek verbonden met de toelating van instellingen met winstoogmerk in de reguliere zorg en kunnen daarom het beste als een afzonderlijk deelproject worden beschouwd. Die onderwerpen zijn:

Een paar activiteiten zijn specifiek vanwege de toelating van winstoogmerk nodig

- het bevorderen van maatschappelijke acceptatie;
- het proces van inburgering;
- het creëren van een gelijk speelveld;
- het ontwikkelen van financiële spelregels.

Een gelijk speelveld en spelregels voor de omgang met publiek-private geldstromen hebben specifiek betrekking op de concurrentieverhouding tussen reguliere en private instellingen c.q. die zonder en met winstoogmerk.

### *Maatschappelijke acceptatie bevorderen*

Er is draagvlak nodig voor de beslissing om instellingen met winstoogmerk op een deelmarkt toe te laten. Zoals in de voor dit advies geschreven achtergrondstudie over draagvlak is vermeld, zijn voor het bevorderen van maatschappelijke acceptatie een aantal strategieën en instrumenten beschikbaar. We noemen hier:

Bevordering van maatschappelijke acceptatie

- communicatie met burgers en veld over nut en noodzaak van winstoogmerk;
- ontwikkelen van normen voor kwaliteit, behoorlijk bestuur en procesverloop in gedragscodes, convenanten of wetgeving;
- het bevorderen van onderzoek, het uitvoeren van experimenten en het aanwijzen en uitdragen van goede voorbeelden;
- de tijd tot bondgenoot nemen door te zorgen voor een geleidelijk en gecontroleerd proces.

### *Inburgering*

Om instellingen met winstoogmerk toe te kunnen laten, zijn waarborgen, spelregels en maatschappelijke acceptatie nodig.

Een geleidelijke invoering, beginnend met een soepeler interpretatie van het huidige verbod ...

Deze zijn er niet meteen en niet in alle deelmarkten tegelijk. Dit betekent dat het bestaande verbod op winstoogmerk niet meteen en niet overal tegelijk kan worden losgelaten. Wel kan zonder bezwaar het bestaande verbod op winstoogmerk worden versoepeld. Private instellingen die een goede zorgverlening als primaire doelstelling hebben en voor wie winst een middel is voor een goede bedrijfsvoering, hebben een motivatie die niet wezenlijk anders is dan die van reguliere instellingen. Verder is in de WVG het instrumentarium aanwezig om zo nodig sturing te geven aan de aanwending van een positief bedrijfsresultaat. Dat pleit ervoor het bestaande verbod op winstoogmerk anders en soepeler toe te passen. Niet de rechtsvorm, maar de statuten en de feitelijke wijze van exploitatie dienen bepalend te zijn voor de aanwezigheid of afwezigheid van winstoogmerk.

Het verbod op winstoogmerk kan vervolgens gefaseerd worden losgelaten afhankelijk van de aanwezigheid van draagvlak, spelregels, waarborgen en toezicht. De wet, dat wil zeggen de Wet ziekenhuisvoorzieningen en haar beoogde opvolgster de Wet exploitatie zorginstellingen, dient dat wel mogelijk te maken. Dat wil zeggen dat de wet een bepaling moet gaan bevatten op grond waarvan voor instellingen of categorieën van instellingen een uitzondering op het verbod op winstoogmerk kan worden gemaakt. Het verbod op winstoogmerk verdwijnt hierdoor uiteindelijk.

... en de mogelijkheid om het selectief op te heffen ...

Het verdient overweging in het kader van de moderniseringsprojecten een apart deelproject te richten op de 'inburgering' in het reguliere circuit van instellingen met winstoogmerk. Specifieke aandachtspunten zijn het maken van vertrouwenwekkende afspraken met de betrokken instellingen en de voorwaarden en beperkingen die eventueel aan de toelating worden verbonden.

... dit alles als onderdeel van het moderniseringsproces

#### *Gelijk speelveld creëren*

Het is van belang om op deelmarkten waar zowel reguliere instellingen als private instellingen hun diensten aanbieden een gelijk speelveld te creëren.

Een gelijk speelveld met waarborgen voor publieke belangen

De voorwaarden waaronder medewerkers in de zorg actief zijn, (salarissen, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen) hebben invloed op de kwaliteit van de geboden zorg. Bij verschillende regimes (bijvoorbeeld wel/niet CAO) bestaat de mogelijkheid dat enkel op arbeidsvoorwaarden wordt geconcurrereerd. De praktijk leert dat dit niet in het belang is

Om kwaliteit te waarborgen gelijke regimes voor arbeidsvoorwaarden ...

van zorgvragers en zorgverleners. Verschillende partijen kunnen hier invloed op uitoefenen: de werkgevers- en werknemersorganisaties door arbeidsvoorwaardenvorming in het CAO-overleg, de overheid door de beslissing over het al dan niet algemeen verbindend verklaren van bepalingen van CAO's en de verzekeraars door het contracteren van zorgaanbieders. Uitgangspunt moet zijn dat de kwaliteit geborgd wordt en niet door verkeerde arbeidsvoorwaardenvorming tekort wordt gedaan of in gevaar wordt gebracht.

In verband met de kwaliteit van de zorg moeten verder de kwaliteitsnormen worden genoemd. In een situatie waarin instellingen met elkaar concurreren op prijs en kwaliteit bestaat het gevaar dat instellingen de kwaliteit verlagen om in de markt te kunnen blijven. Dat is bijvoorbeeld in de kraamzorg gebeurd. De sector heeft daar zelf basisnormen opgesteld, maar het is niet denkbeeldig dat de wetgever daarin ook een rol moet spelen. Zo wordt in de beleidsbrief Modernisering curatieve zorg de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en -indicatoren aangekondigd om de publieke belangen in de curatieve sector operationeel te helpen maken. Naast de aanwezigheid van normen is toezicht op de naleving nodig. Het is ernstig dat de Inspectie van de Gezondheidszorg nog niet voldoende toekomt aan systematisch algemeen toezicht op de kwaliteit van reguliere en private zorg. Het toezicht op de met een persoonsgebonden budget ingekochte zorg is zelfs niet geregeld. De Inspectie houdt daar geen toezicht op. Zou de Inspectie niet beter functioneren, als op basis van een voor zorgaanbieders geldende wettelijke verplichting tot informatieverstopping op een beperkt aantal relevante prestatie-indicatoren de 'uitbijters' zouden kunnen worden bezocht?

...met basisnormen voor kwaliteit en een goed functionerende Inspectie voor de Gezondheidszorg

Een ander aandachtsgebied is het belastingregime. Er is een tariefverschil van negentien procent tussen BTW-plichtige particuliere zorg en niet BTW-plichtige reguliere zorg, wat de onderlinge concurrentieverhouding scheeftrekt. De oplossing van dit probleem ligt in handen van de Belastingdienst. Zo is het verlenen van thuiszorg vrijgesteld van omzetbelasting met het oog op de concurrentieverhouding tussen thuiszorginstellingen met en zonder winstoogmerk. De BTW-vrijstelling geldt voor het verrichten van daadwerkelijke thuiszorg, of er nu wel of niet winst wordt beoogd. Voorheen kregen alleen thuiszorginstellingen zonder winstoogmerk vrijstelling. Bij de vennootschapsbelasting kiest de

Een eenduidig belastingregime

belastingdienst om de concurrentieverhoudingen niet te verstoren een andere oplossing. N.V.'s en B.V.'s zijn op grond van hun rechtsvorm in beginsel altijd belastingplichtig. Stichtingen en verenigingen worden alleen in de heffing van vennootschapsbelasting betrokken indien en voorzover zij een onderneming drijven of werkzaamheden verrichten, waardoor zij in concurrentie treden of kunnen treden met wel belastingplichtige natuurlijke personen of rechtspersonen.

Voor de creatie van een gelijk speelveld is het verder van belang dat de voorwaarden waarop aanbieders vreemd kapitaal kunnen aantrekken gelijkwaardig zijn. Meer in het bijzonder dient er een level playing field te ontstaan met betrekking tot de bekostiging van de benodigde infrastructuur. Dit onderwerp verdient aandacht in het deelproject dat is gericht op het doorlichten van deelmarkten op structuur, gedrag en resultaten.

Gelijkwaardige mogelijkheden om kapitaal aan te trekken

#### *Spelregels vaststellen*

Er zijn spelregels nodig voor het uit elkaar houden van reguliere en private activiteiten. De principes kunnen als volgt worden geformuleerd:

Publieke en private middelen uit elkaar houden ...

1. Publieke middelen mogen alleen worden aangewend voor het doel waarvoor ze bijeen zijn gebracht: realisering van wettelijke zorgaanspraken.
2. Winst die met publieke middelen wordt behaald, moet – eventueel na aftrek van een beloning voor ondernemerschap – terugvloeien in de zorg.
3. Winst die met private middelen wordt gemaakt, kan vrij worden besteed.
4. Instellingen met publieke en private inkomsten moeten beide geldstromen inzichtelijk en transparant houden.
5. Kruissubsidies in concernverband worden inzichtelijk gemaakt door duidelijkheid omtrent de rechtspersonen te creëren. De overdracht van middelen tussen aan elkaar verwante rechtspersonen moet tegen marktconforme tarieven geschieden.

Het komt erop aan dat deze spelregels in de praktijk worden uitgewerkt en controleerbaar worden gemaakt. Omdat steeds meer reguliere instellingen extra inkomsten gaan verwerven buiten de reguliere zorg, verdient de uitwerking met spoed te gebeuren. Het deelproject 'operationeel maken van de publieke belangen in de curatieve sector' lijkt daarvoor de aangewezen plek.

...op een praktische en controleerbare manier

## 6 Aanbevelingen

### Toelaten van instellingen met winstoogmerk

#### *Aanbeveling 1*

Wij adviseren om instellingen met winstoogmerk toegang te geven tot de reguliere zorg door het bestaande verbod op winstoogmerk op te heffen. Dat kan het beste per deelmarkt gebeuren, wanneer de publieke belangen zijn gewaarborgd en winstoogmerk maatschappelijk voldoende wordt geaccepteerd.

Verbod op winstoogmerk per deelmarkt opheffen...

#### *Aanbeveling 2*

Drie waarborgen zijn naar ons oordeel essentieel. Dat zijn de aanwezigheid van basisnormen voor kwaliteit, een goed functionerende Inspectie voor de Gezondheidszorg en een krachtige marktmeester.

...met waarborgen voor publieke belangen, waaronder...

Wij adviseren dat de drie partijen in de gezondheidszorg, consumenten, aanbieders en verzekeraars, basisnormen voor kwaliteit overeenkomen en dat de minister van VWS deze vaststelt. Wij adviseren om voorrang te geven aan basisnormen voor de kwaliteit van de thuiszorg.

...basisnormen voor kwaliteit...

Wij adviseren om de Inspectie voor de Gezondheidszorg versneld op sterkte te brengen. Het is onverantwoord dat het nog drie tot vijf jaar zal duren voordat de Inspectie meer dan het hoog nodige kan doen.

...een goed functionerende Inspectie voor de Gezondheidszorg ...

Wij adviseren om een duidelijke keus te maken voor de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa) als marktmeester voor de gezondheidszorg. Aangezien de functie van marktmeester niet alleen inhoudt dat deze toezicht houdt op de mededinging, maar ook dat hij kan ingrijpen in de prijsvorming, is afstemming over deze functie nodig met de NMa en het College tarieven gezondheidszorg.

...en de NMa als marktmeester voor de gezondheidszorg

#### *Aanbeveling 3*

Wij adviseren om het bestaande verbod op winstoogmerk alvast te versoepelen, vooruitlopend op de beslissing om instellingen met winstoogmerk toegang tot de reguliere zorg te geven.

Beginnen met versoepeling van het verbod...

Zonder de letter van de wet te veranderen kan dat worden gedaan door een andere interpretatie van het begrip 'winstoogmerk'. Voor de aanwezigheid van winstoogmerk is niet de rechtsvorm van de instelling beslissend, maar de

...door een andere interpretatie van 'winstoogmerk'...

statuten en de feitelijke wijze van exploitatie. Wij adviseren dat het ministerie van VWS en de betrokken ZBO's hierover afspraken maken.

Om uitzonderingen op het verbod van winstoogmerk te kunnen maken is wel een verandering van de wettekst nodig. Wij adviseren om in de Wet ziekenhuisvoorzieningen c.q. de Wet exploitatie zorginstellingen een bepaling op te nemen op grond waarvan individuele instellingen of categorieën van instellingen met winstoogmerk onder voorwaarden kunnen worden toegelaten.

...en uitzonderingen mogelijk te maken

### **Projectmatige aanpak**

#### *Aanbeveling 4*

Wij adviseren om de introductie van winstoogmerk in de reguliere zorg onderdeel te laten uitmaken van de grote moderniseringsprojecten van de gezondheidszorg. Wij adviseren hetzelfde tijdpad aan te houden dat voor deze projecten is vastgesteld, dat wil zeggen: afronding per 1 januari 2005.

Maak de introductie van winstoogmerk onderdeel van het moderniseringsbeleid en stel een tijdpad vast

Er zijn afzonderlijke projectplannen voor de modernisering van de AWBZ en voor de modernisering van de curatieve zorg. De introductie van winstoogmerk hoort in beide een plaats te krijgen en gecoördineerd te worden aangepakt. Als beide grote projecten naast elkaar blijven bestaan, raden wij de vorm van een gemeenschappelijk deelproject aan. Het verdient echter de voorkeur dat beide grote projecten van het begin af aan in elkaar worden geschoven.

Coördineer de introductie in de AWBZ en de curatieve zorg

Wij adviseren tot de instelling van een deelproject 'winstoogmerk'. Dat heeft drie taken:

Stel een deelproject 'winstoogmerk' in

- de maatschappelijke acceptatie van instellingen met winstoogmerk bevorderen;
- de inburgering van toegelaten instellingen met winstoogmerk;
- de coördinatie van de met de introductie van winstoogmerk samenhangende aspecten van andere deelprojecten.

## Noten

- <sup>1</sup> Het rapport Kraamzorg kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid. Den Haag, oktober 2001.
- <sup>2</sup> Ontleend aan het NRV rapport De wachtende werknemer.
- <sup>3</sup> Zie voor een uitgebreide beschouwing de achtergrondstudie van dr. K. Putters.
- <sup>4</sup> WRR: De borging van het publiek belang.

### **Raad voor Volksgezondheid en Zorg,**

*Voorzitter,*

Drs. F.B.M. Sanders

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos

# Bijlagen





## **Bijlage 1**

### **Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 2001 - 2002**

#### **2.3 Profijtelijk zorgverlenen: gezondheidszorg privé**

##### **Het beleidskader**

Naast de volledig collectief gefinancierde zorgvoorzieningen, zien wij al sinds enige tijd volledig privaat gefinancierd zorgaanbod ontstaan. Men moet dan denken aan privé-klinieken voor bijvoorbeeld oogheelkunde, aan zorgaanbod voor arbeidsgerelateerde aandoeningen (stress, rugklachten et cetera) aan particuliere thuiszorg en vooral aan een combinatie van gezondheidszorg, wonen en persoonlijke dienstverlening. Voorbeelden treffen wij aan in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg. Het gaat dan om zorgaanbod dat kan worden getypeerd als in principe noodzakelijke (en vaak ook evidence based) gezondheidszorg. Het zorgaanbod bestond al in de collectieve sfeer. Maar door allerlei oorzaken, ontstaat in de privésfeer een vergelijkbaar zorgaanbod. Dat ontwikkelt zich dan tezamen met wonen en dienstverlening.

Die oorzaken liggen op drie terreinen. Het is blijkbaar aantrekkelijk voor ondernemers dergelijk zorgaanbod te ontwikkelen en aan te bieden. De burger wil blijkbaar, met behulp van zijn koopkracht, meer mogelijkheden en ook meer kwaliteit dan de collectieve sfeer kan bieden. Er is schaarste aan collectief zorgaanbod, daardoor ontstaan wachtlijsten, dat beïnvloedt onder meer de kansen op maatschappelijke participatie negatief. Deze drie oorzaken zijn onderling verweven. En deze verwevenheid bevordert een algemene marktorientatie. Dit wordt extra gestimuleerd door krachten van buiten: de EU-filosofie – mededinging en vrij verkeer – en een andere visie op de sturing van gezondheidszorg namelijk de output (oftewel: de prestatie), niet de input dient de maat der dingen te zijn.

Centraal in deze ontwikkeling staat de ondernemer. In de periode waarin de moderne gezondheidszorg is ontstaan

(1945 - 2000), stond steeds het 'not for profit werken' voorop. De gedachte is tot nu toe geweest dat 'noodzakelijke zorg' en 'profijt' onverenigbare grootheden zijn. Anders gezegd: beleidsuitgangspunt tot nu toe was dat de geldende overheidsdoelen voor het aanbod van gezondheidszorg niet met behulp van het vrij ondernemerschap zijn te realiseren. Privatiseren stricto sensu van het zorgaanbod was geen beleids optie. Een objectieve analyse van de mogelijkheden op dit vlak heeft overigens nooit (expliciet) plaatsgevonden.

Het wettelijk kader waarbinnen deze ontwikkeling zich afspeelt, is dat van de AWBZ en de ZFW, de WVG en de WZV (WEZ). Daarnaast spelen de Mededingingswet en het EU-recht een belangrijke rol.

### **Probleemstelling**

Het bestaande sturingssysteem in de gezondheidszorg is niet ingericht op 'for profit zorgaanbod'. Op onderdelen bestaat een gedoogbeleid. De dominante beleidsfilosofie is nog steeds: nee, tenzij ... (verbodsbepaling). Het systeem van capaciteitsplanning blijft in principe gesloten. Met behulp van reparatiewetgeving probeert men het wassende water te keren. Daardoor is nog geen positieve ervaring opgedaan met een publiek-private samenwerking. Er is geen ervaring met de inzet van 'for profit aanbieders' bij de realisatie van publieke doelen. Zouden op die manier de allocatieve efficiency, de productinnovatie en de klantgerichtheid kunnen toenemen? Er is geen stimulerend beleidskader waarin een plaats is ingeruimd voor de ondernemer op de zorgmarkt. Daardoor blijven wellicht mogelijkheden onbenut.

Er ontstaan hierdoor andere problemen. Omdat de private zorgvoorzieningen nu eenmaal ontstaan, functioneren in de praktijk (semi-)publieke en private zorgaanbieders in elkaars (fysieke) nabijheid. Zij presenteren zich op een vergelijkbare markt met vergelijkbare producten. De ervaringen in EU-lidstaten waarin deze situatie niet in positieve zin is geregeld, leren dat op het grensvlak van publiek en privaat problemen ontstaan. Die hebben onder meer te maken met de personeelsvoorziening, maar ook met de beeldvorming rond zorgvoorzieningen bij de burger. Specifiek probleem op een ongeregeld grensvlak is het risico van weglekken van collectieve middelen en ook de problemen met het toezicht op de aanwending van die middelen. Deze instabiele toestand moet niet te lang voortbestaan.

In het algemeen kan men zeggen dat behoefte bestaat aan een richtinggevend beleidskader voor privatisering in de zorgsector. Dat bevat een standpunt over nieuwe toetredingsnormen (franchising, concessie, veiling). Het bevat ook een visie op op prestaties gebaseerde vormen van toezicht. En het levert de voorwaarden voor een transparante marktstructuur.

#### **Adviesdomein en beleidsvragen**

Tegen deze achtergrond heeft de minister van VWS behoefte aan een verkennend advies. Daarin zou de RVZ de gevolgen van de geschetste ontwikkelingen in kaart moeten brengen. En dat zou tot suggesties moeten leiden voor een integrerend beleidskader. Het advies heeft betrekking op het zorgaanbod in het eerste, het tweede en het derde compartiment. De Raad zal zijn advies mede baseren op een internationale vergelijking.

Gegeven dit adviesdomein en de probleemstelling, vertaalt de Raad de adviesopdracht van de minister (zie bijlage 1) in de volgende beleidsvragen.

1. *Probleemanalyse*
  - In welke vorm kan privatisering van het zorgaanbod zich voordoen en doet het zich voor, mede in EU-verband?
  - Welke problemen kunnen ontstaan wanneer in een stelsel van zorg en verzekering, publiek en privaat zorgaanbod beschikbaar is?
  - Hoe ontstaan de problemen, wat zijn de gevolgen, hoe ernstig zijn deze gevolgen?
2. *Beoordeling van oplossingen*
  - Welke oplossingsrichtingen en beleidsstrategieën zijn voor de overheid voorhanden?
  - Welke gevolgen kunnen deze hebben en hoe ernstig zijn de gevolgen?
3. *Advies*
  - Welke oplossingsrichting of beleidsstrategie heeft de voorkeur?
  - Welke maatregelen moet de minister nemen?

#### **Functie advies**

Het kabinet wil een discussie voeren over de toekomstige ziektekostenverzekering. Hieruit zouden, nog in deze kabinetsperiode, de contouren van deze verzekering naar

voren moeten komen. Het advies van de RVZ kan een bijdrage zijn aan deze discussie.

De bijdrage van de RVZ aan de stelsel­discussie concentreert zich in dit advies op het overeenkomstenstelsel. Concreet op het contracteren van zorg door verzekeraars. De Raad beoordeelt of binnen de EU en gegeven schaarste aan zorgaanbod, privaatgefinancierde zorgvoorzieningen wenselijk dan wel onvermijdelijk zijn, naast publiekgefinancierde. De Raad zal in dit advies bekijken of het bestaan van een in natura-stelsel hier in de toekomst een bijzondere rol zou kunnen spelen in het toelatingsbeleid. Het kan dan gaan om specifieke eisen aan het zorgaanbod te stellen. Het kan ook gaan om de mogelijkheid om het voortbrengen van zorgaanbod te beïnvloeden.

In meer algemene zin zal de RVZ in dit advies bezien, in hoeverre het lopend privatiseringsbeleid toegepast kan worden op de productie van gezondheidszorg. Het gaat dan om de daaraan te verbinden overheidsdoelen. Het gaat ook om de handhaafbaarheid van dit beleid (beleidscondities). In afgeleide zin kan dit advies suggesties bevatten voor het mededingingsbeleid in de zorgsector. Het is ook een verkenning van een in Nederland relatief onbekend fenomeen: de 'for profit zorgverlener'. De Raad voert de verkenning uit in een Europese context.

#### **Programmering**

Voor de programmering van dit advies van de RVZ is van belang de stelsel­discussie die de minister van VWS wil laten plaatsvinden. Onderdeel daarvan is de (planning van de) discussie in het parlement. Eind 2000 wil de minister een brief hierover aan het Kabinet sturen. Dat is de start van de discussie die tegen het einde van de zittingsperiode van dit kabinet tot een nadere standpuntbepaling moet leiden. Aan deze discussie wil de RVZ met zijn advies een bouwsteen bijdragen. Rekening houdend met het verloop van dit beleidsproces, brengt de Raad zijn advies op verzoek van de minister uit in september 2001.

#### **Relevante andere publicaties en instanties**

Relevant voor de advisering door de Raad zijn eerder door hem uitgebrachte adviezen over maatschappelijk ondernemerschap en over de relatie tussen de markt en overheid; over de invloed van de EU op de Nederlandse gezondheidszorg; en over schaarste en eigen

verantwoordelijkheid.

De RVZ wil bij de adviesvoorbereiding samenwerken met de ZBO's op het terrein van de gezondheidszorg.

#### **Literatuur**

1. *Adviezen RVZ*
  - Tussen markt en overheid (1998);
  - Maatschappelijk ondernemen in de zorg; achtergrondstudie (1998);
  - Europa en de gezondheidszorg (1999);
  - Schaarste en eigen verantwoordelijkheid (2000).
  
2. *Overheidsbeleid*
  - Kamerstukken over het MDW-beleid;
  - Kamerstukken met betrekking tot Wet Exploitatie Zorginstellingen;
  - Kamerstukken over arbozorg;
  - Nota's VWS over behandelcentra.
  
3. *Overig*
  - WRR. Het borgen van publiek belang. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2000.



## **Bijlage 2**

### **Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**

**Voorzitter:**

Prof. drs. J. van Londen (tot 1 januari 2002)

Drs. F.B.M. Sanders (met ingang van 1 januari 2002)

**Leden:**

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

J. Franssen

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

**Algemeen secretaris:**

Drs. P. Vos





## **Bijlage 3**

### **Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

#### **Betrokken raadsleden:**

- mw. J.M.G. Lanphen, huisarts
- prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

#### **Ambtelijke projectgroep:**

- mr. J.P. Kasdorp, projectleider
- drs. P.P.T. Jeurissen, projectmedewerker
- mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker
- dr. K. Putters, projectmedewerker
- mw. drs. G.J.C. aan de Stegge, projectmedewerker (tot 1 april 2001)
- mw. P.J. de Zwart, projectsecretaresse

#### **Geconsulteerde deskundigen:**

- mr. M.P.J.A. Muijser, Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken
- A. Mak, directeur Plan-Co
- drs. A.W.L. van Son, Raad van Bestuur CbusineZ Tilburg
- drs. J.J. Polder, Department of Public Health, Erasmus Universiteit
- mw. W. de Bruijn, coördinator zorg Agis Zorggroep
- P.E.M. Bottelier, voorzitter Vereniging gehandicaptenzorg Nederland
- mr. N. de Jong, voorzitter Arcares
- G. van Gemert, manager zorgbeleid GGZ Nederland
- mr. A.P.M.G. Schoenmaeckers en drs. A.M. Bartray, Branche Organisatie Arbodiensten
- drs. J.M. Blaas, Stichting Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg
- J. Bergs, Vitalis Zorggroep
- drs. J.N. van Dartel, Landelijk bureau voor ethiek in de zorg
- mw. mr. W.H. van de Walle-van Veen, secretaris Raad van Bestuur Rijnstate Ziekenhuis
- drs. T.P.G. Kralt, directeur bedrijfsvoering St. Philadelphia Zorg

- drs. J. Hamel, voorzitter Raad van Bestuur Academisch Ziekenhuis Groningen
- drs. R.N. v.d. Plank, directeur Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- mr. P.A.W. Bijleveld, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Particuliere Ouderenzorg
- H. Weerwag, directeur Natalis B.V. Concepts in Health Care
- drs. B.E. v.d. Dungen, directeur Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- A. Treffers, voorzitter Branchebelang Thuiszorg Nederland en drs. D.P. Don, Raad van commissarissen
- A.M. Vosmer en H.J.T. Vermeulen, voorzitter, respectievelijk secretaris van de Kamer Vrij Beroep van de Orde van Medisch Specialisten
- drs. H.J. Bellers, Waarborgfonds zorgsector
- mw. drs. Th.P. Kösters en G. de Kruijff, Ing Medinet
- mw. drs. P.I. Polman en J. Verdurmen, College voor Zorgverzekeringen
- dr. H.N. Plomp, Vrije Universiteit Amsterdam
- drs. A.L.M. Barendregt, algemeen secretaris College tarieven gezondheidszorg
- E.J. Janson, arts, directeur patiëntenzorg Ziekenhuisgroep Twente

**Deelnemers consultatieve bijeenkomst, 6 juli 2001**

- mr. M.P.J.A. Muijser  
Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken
- drs. L. van der Geest  
NYFER
- A. Mak  
Plan Co
- dr. H.N. Plomp  
Vrije Universiteit Amsterdam  
Sociale Geneeskunde
- A. Treffers  
Branchebelang Thuiszorg Nederland
- drs. H. van Vliet  
College tarieven gezondheidszorg
- A. Boer, arts  
College voor zorgverzekeringen
- drs. H.J. Bellers  
Waarborgfonds zorgsector

- mr. P.A.W. Bijleveld  
Nederlandse Vereniging voor Particuliere Ouderenzorg
- drs. R. van de Beek  
Stichting Philadelphia Zorg
- mw. drs. M.E. Rompa  
Arcares
- S.J. Brenninkmeyer en H.J.T. Vermeulen  
Orde van Medisch Specialisten
- P. Meijs  
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- J. Bergs  
Vitalis Zorg Groep
- drs. J.M. Blaas  
Stichting Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg
- M. Verweij, arts en drs. F. Bisschop  
College bouw ziekenhuisvoorzieningen
- mw. mr. J.P.G. den Ambtman-Verbruggen en drs.  
G.J.H.C. Wiggers  
Ministerie van VWS
- mr. G.J.L.M. Straetmans  
Zorgverzekeraars Nederland
- mr. R.F. Schreuder  
STG/HMF
- drs. M.A.C.J.M. Sniijders  
Univé Verzekeringen
- mr. drs. A.J. Modderkolk  
De Open Ankh
- dr. F.T. Schut  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
- mw. mr. dr. A.E.H. Huygen  
Nederlands Economisch Instituut



## Bijlage 4

### Samenvatting enquête private zorginitiatieven

#### *Aard van de zorg*

De privé-klinieken bepalen niet langer het beeld van de private zorg. De meeste particuliere instellingen zijn in de verschillende AWBZ sectoren te vinden: de thuiszorg, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Het aanbod kenmerkt zich door een grote mate van diversiteit, die veel groter lijkt te zijn dan in de reguliere gezondheidszorg. Deze diversiteit komt vooral naar voren in de aard van de aangeboden dienstverlening die vaak bestaat uit een mengeling van eerste, tweede en derde compartimentszorg.

#### *Initiatief*

De meeste organisaties hebben een directeur/oprichter als eigenaar. Veel van de particuliere zorgvormen worden dus nog geleid door hun oprichter. In de thuiszorg is een reguliere organisatie relatief vaak eigenaar van een particulier initiatief. In de curatieve zorg is een maatschap soms de eigenaar van een kliniek. De rol van werkgevers en zorgverzekeraars in de eigendomsverhoudingen is nog erg beperkt.

De redenen waarom men het initiatief neemt om een private zorginstelling te beginnen zijn divers, maar de belangrijkste is dat men wil voorzien in een maatschappelijke behoefte. Winst genereren ten behoeve van derden speelt een ondergeschikte rol.

#### *Kansen en bedreigingen*

Particuliere organisaties zien kansen en bedreigingen. Zij zien vooral perspectief in de grote behoefte aan zorg. De thuiszorg en de ouderenzorg zien verder een markt in de aansluiting van hun producten op de rest van de zorgketen.

De wet- en regelgeving wordt in alle sectoren als het belangrijkste probleem ervaren. Men verwijt VWS onder meer het winstmotief sterk te belemmeren en een voorkeur te hebben voor reguliere instellingen. Het functioneren van het CTG wordt eigenlijk alleen door de curatieve zorg als erg

belemmerend ervaren (56%). Het gaat dan vooral over de hoogte van de te declareren tarieven. De geestelijke gezondheidszorg heeft aanzienlijk minder last van regulerende instanties dan de overige drie sectoren. Op de een of andere manier lijkt deze sector in staat om goed met de mogelijke belemmeringen op het terrein van wet- en regelgeving om te gaan.

De curatieve initiatieven hebben naast de wet- en regelgeving vooral problemen met het contracteerbeleid van de verzekeraars en in mindere mate met de concurrentie van de reguliere aanbieders. In de ouderenzorg, waar men relatief de meeste kapitaallasten heeft, is het moeilijk om investeerders te vinden. In de thuiszorg ondervindt men veel hinder van de marktpositie van de reguliere aanbieders. In de geestelijke gezondheidszorg is dit in mindere mate eveneens het geval. Op beide markten hebben private aanbieders een relatief belangrijke marktpositie. Hierdoor is er, vooral in de kraamzorg, daadwerkelijke concurrentie.

#### *Kapitaal*

Private instellingen op het terrein van de curatieve zorg en de intramurale ouderenzorg hebben aanzienlijk meer kapitaal nodig voor hun activiteiten dan instellingen in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Dat heeft te maken met de aard van het product. De ouderenzorg moet immers blijvende huisvesting op maat realiseren en de curatieve zorg moet investeren in medische apparatuur en specifieke inventaris. De thuiszorg kan volstaan met beperkte kantoorfuncties voor haar overhead en voor de behandelruimten in de geestelijke gezondheidszorg zijn veelal geen speciale aanpassingen noodzakelijk.

Door de grotere kapitaalintensiteit is er voor de intramurale ouderenzorg en curatieve zorg een hogere toetredingsdrempel. Men is namelijk afhankelijk van de bereidwilligheid en het bedrijfseconomische oordeel van een geldschieter. Curatie en intramurale ouderenzorg hebben ook aan meer moeite met het aantrekken van vreemd vermogen dan de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Het benodigde vreemd vermogen wordt vooral gevonden bij de banken en financiële dienstverleners. Besloten vennootschappen (46%) doen veel vaker een beroep op bancaire financiering dan stichtingen (32%). Tegelijkertijd hebben stichtingen minder behoefte aan vreemd vermogen.

De reguliere gezondheidszorg draagt weinig bij aan investeringen in de private sector. In de thuiszorg waar relatief veel samenwerking met de reguliere aanbieders bestaat is echter ook weinig vreemd vermogen noodzakelijk. In sommige sectoren leveren ook 'vermogende' particulieren een aanzienlijk deel van het vermogen.

#### *Inkomsten*

De meeste initiatieven zijn voor hun inkomsten afhankelijk van rechtstreekse betalingen van zorgvragers. In de ouderenzorg is dit zelfs min of meer de enige inkomstenbron maar ook in de curatieve zorg gaat het om de helft van alle inkomsten. In de thuiszorg kan de cliënt gebruik maken van het persoonsgebonden budget.

De particuliere verzekeraars dragen ondanks hun lagere aantal verzekerden meer bij aan de inkomsten van de private initiatieven dan de ziekenfondsen. In de curatieve zorg zijn verzekeraars goed voor de helft van alle inkomsten. In de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg wordt een kwart door verzekeraars bekostigd. In de geestelijke gezondheidszorg spelen individuele bedrijven een belangrijke rol in de bekostiging.

De private geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg hebben hun inkomstenbronnen het best gespreid en zijn daardoor in financieel opzicht het minst kwetsbaar. De curatieve initiatieven nemen een tussenpositie in terwijl de ouderenzorg nagenoeg volledig afhankelijk is van individuele cliënten die hoge bedragen moeten betalen.

#### *Omzet*

Private organisaties krijgen steeds meer omzet. Hun groeitempo ligt boven dat van de reguliere zorg. Het aantal organisaties met een kleine omzet (< f 1.000.000,-) neemt af en het aantal organisaties met een grote omzet (> f 4.000.000,-) is steeds minder zeldzaam.

In de thuiszorg heeft men gemiddeld de hoogste omzet en in de ouderenzorg, ondanks de grote uitgaven per individuele cliënt, de laagste. De omzet van een gemiddelde private organisatie is echter nog steeds veel kleiner dan die van een gemiddelde reguliere organisatie.

#### *Winst*



De winst die binnen de particuliere initiatieven wordt gemaakt is nog beperkt van omvang. Veel initiatieven maken zelfs nog helemaal geen winst. In alle sectoren is echter tussen de vijftien en twintig procent van de initiatieven echt winstgevend (> 10%). De thuiszorg is momenteel de meest winstgevende tak van de particuliere instellingen.

Besloten vennootschappen zijn veel winstgevender dan stichtingen. Besloten vennootschappen maken bovendien vaak veel winst. De behaalde winst wordt slechts zeer beperkt uitgekeerd aan derden. De winst wordt ook niet gebruikt om extra zorg te leveren. De hypothese van de zorgondernemer als een moderne Robin Hood wordt hierdoor ondergraven. Er is op dit vlak weinig verschil tussen besloten vennootschappen en stichtingen.

Het grootste deel van de winst wordt weer geïnvesteerd in de organisatie of toegevoegd aan de reserves en voorzieningen. Stichtingen doen hierbij meer aan reservevorming dan besloten vennootschappen. Overdadige reservevorming komt echter nauwelijks voor. In vergelijking met andere risicodragende ondernemingen zijn de reserveposities eerder aan de lage kant.

## Bijlage 5

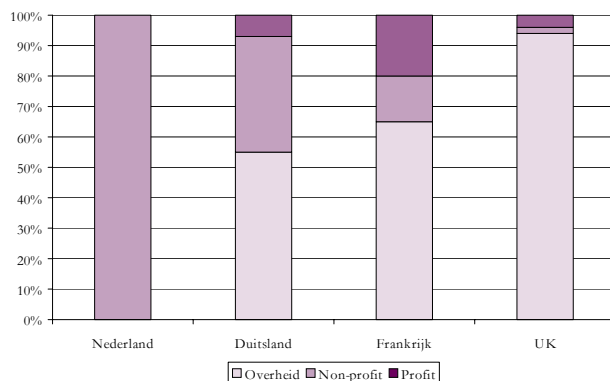
### Internationaal en intersectoraal perspectief

#### 1. Drie modellen

Als het gaat om de vormgeving van publieke arrangementen op het terrein van de gezondheidszorg zijn geen twee landen gelijk. Er bestaan grote verschillen in de mate en de wijze van publieke financiering. Er zijn ook grote verschillen in de uitvoering. Er kunnen drie grondpatronen worden onderscheiden met diverse varianten en combinaties. De dienstverlening kan in handen liggen van overheidsinstellingen, van profitinstellingen of van non-profitinstellingen. Een uitstekend overzicht is te vinden in Sturing en financiering van de bouwkundige infrastructuur in andere landen van de Europese Unie, een signaleringsrapport van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Het volgende figuur is daaraan ontleend.

Drie modellen: overheid, for-profit of non-profit

**Figuur 1 Eigendomsverhoudingen**



Anders dan in Nederland maakt in deze landen de sociale verzekering (de National Healthservice in de UK) gebruik van ziekenhuizen met winstoogmerk.<sup>1</sup>

Elk land heeft zijn eigen mix

- Duitsland telt ongeveer 2250 ziekenhuizen, waarvan eenderde publiek en tweederde privaat. De private ziekenhuizen zijn voor de helft non-profit en voor de andere helft for-profit. Naar beddenaantal gerekend is het aandeel van de overheidsziekenhuizen groter (55%) en dat van de profit-ziekenhuizen kleiner (7%).<sup>2</sup> De private

ziekenhuizen kunnen zelf beslissen of ze ziekenfondspatiënten behandelen of zich beperken tot privé-patiënten. In het laatste geval krijgen ze geen overheidssubsidies voor het doen van investeringen.

- Engeland heeft zowel publieke als private ziekenhuizen. Het aandeel van non-profitinstellingen is gering. De National Health Service kan zowel bij publieke als bij private ziekenhuizen zorg inkopen. Publieke ziekenhuizen moeten eerst de mogelijkheid van private financiering voor het doen van investeringen onderzoeken voordat ze aanspraak kunnen maken op publieke middelen.
- Frankrijk heeft zowel publieke (65 %), non-profit (15 %) als for-profit ziekenhuizen (20 %). De publieke en non-profitziekenhuizen worden gefinancierd op basis van een budget. De for-profitziekenhuizen worden per prestatie betaald. Per jaar wordt vooraf vastgesteld welke kosten van private for-profitziekenhuizen door de ziektekostenverzekering worden betaald.
- Zweden heeft voornamelijk publieke ziekenhuizen. Er zijn slechts negen private ziekenhuizen. De zesentwintig provincies zijn verantwoordelijk voor de gezondheidszorg in hun gebied, waardoor de wijze van bekostiging onderling verschillen vertoont. Hervormingen strekken ertoe om private aanbieders mee te laten concurreren in de publiek gefinancierde dienstverlening.

## 2. *Nederland is non-profitland*

Nederland heeft de grootste non-profitsector van de wereld met de zorgsector als grootste onderdeel. De verklaring daarvoor moet vooral worden gezocht in de lange traditie van het particulier initiatief, de positieve houding van de overheid tegenover non-profitinstellingen en de combinatie van collectieve financiering en particulier aanbod dat kenmerkend is voor de arrangementen van de verzorgingsstaat in Nederland.

Nederland heeft een traditie van non-profit

Toen de algehele toegankelijkheid van de gezondheidszorg de kerndoelstelling werd van het volksgezondheidsbeleid van de overheid – ruwweg vanaf de Tweede Wereldoorlog – bestond de gezondheidszorg in Nederland hoofdzakelijk uit non-profitinstellingen. Deze non-profitinstellingen konden rekenen op een brede maatschappelijke en politieke steun, waar de overheid bij de vormgeving van de sociale ziektekostenverzekeringen niet omheen kon. Maar de positieve houding van de overheid ten opzichte van non-profitinstellingen had ook andere redenen. Non-

Dat is niet toevallig

profitinstellingen passen door hun specifieke achtergrond en maatschappelijke inbedding goed bij het Nederlandse culturele en bestuurlijke klimaat: een grote levensbeschouwelijke diversiteit en veel ruimte voor maatschappelijke organisaties.

### 3. De theorie

Is er behalve een historische ook een wetenschappelijke onderbouwing voor zorgverlening op non-profitbasis? Er is onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen van de in paragraaf 4.1 genoemde grondpatronen. Het SCP<sup>3</sup> heeft in maart 2001 een studie gepubliceerd over de Nederlandse non-profitsector, die is gebaseerd op een meerjarig internationaal onderzoeksproject<sup>4</sup>. In dat project is gebruik gemaakt van een 'field guide' die is gebaseerd op Amerikaanse literatuur. De 'field guide' identificeert vijf voordelen en drie nadelen van non-profitinstellingen ten opzichte van overheidsinstellingen en for-profitinstellingen.

Non-profitinstellingen hebben specifieke kenmerken

voordelen	nadelen
kwaliteit	particularisme
innovatie	paternalisme
sociale verandering	amateurisme
identiteit	
sociale cohesie	

Kwaliteit wordt als voordeel van non-profitinstellingen genoemd omdat ze er in vergelijking met profitinstellingen meer geld aan kunnen besteden. Ze hoeven immers geen winst uit te keren aan aandeelhouders. Daar komt nog een belangrijk punt bij dat vooral voor de gezondheidszorg relevant is. Wanneer het om goederen en diensten gaat waarvan zij de kwaliteit of de noodzaak moeilijk kunnen beoordelen, stellen consumenten een groter vertrouwen in non-profitaanbieders dan in commerciële aanbieders. Non-profitinstellingen werken meestal kleinschalig en cliëntgericht. Daardoor zijn ze flexibeler en kunnen ze sneller inspelen op nieuwe behoeften van kleine groepen dan overheidsorganisaties en het bedrijfsleven. Non-profitorganisaties richten zich vaak op achtergestelde groepen en minderheden in de samenleving, die noch door de overheid, noch door de markt worden geholpen. Non-profitinstellingen kunnen niet alleen betere kwaliteit leveren, maar zijn vaak ook relatief goedkoop omdat ze

Armslag voor kwaliteit en geen eigen financieel belang bij zorgbeslissingen

<p>kunnen beschikken over de inzet van vrijwilligers en extra middelen uit giften.</p> <p>Innovatie wordt een pluspunt genoemd omdat non-profitinstellingen flexibeler en minder risicomijdend kunnen zijn dan overheidsinstellingen. Iedereen kan makkelijk een non-profitinstelling beginnen, waardoor innovatieve benaderingen zich makkelijker kunnen bewijzen.</p>	<p>Innovatief en ondernemend</p>
<p>Non-profitinstellingen kunnen makkelijker dan profit- en overheidsinstellingen worden gebruikt om belangen van bepaalde groepen te behartigen of sociale veranderingen na te streven. Sociale emancipatie heeft aan de wieg van veel particulier initiatief in de gezondheidszorg gestaan.</p>	<p>Opkomen voor specifieke belangen</p>
<p>Identiteit wil zeggen dat non-profitinstellingen uiteenlopende groepen een mogelijkheid bieden om uiting te geven aan hun interesses en hun eigen normen en waarden, overtuigingen en cultuur.</p>	<p>Een eigen culturele of levensbeschouwelijke identiteit</p>
<p>Non-profitorganisaties hebben meer dan overheidsorganisaties en profitondernemingen een binding met de samenleving waaruit zij voortkomen, doordat zij mensen bij elkaar brengen om iets te ondernemen dat zij zelf belangrijk vinden.</p>	<p>Wortels in de samenleving</p>
<p>Veel non-profitinstellingen komen voort uit het initiatief van een in omvang beperkte en door gemeenschappelijke belangen of overtuigingen gedreven groep mensen. Dat brengt behalve voordelen ook nadelen met zich mee. Een daarvan is particularisme, wat inhoudt dat de instelling niet iedereen accepteert of bepaalde eisen of beperkingen stelt aan haar cliënten. Een instelling eist van zijn personeel bijvoorbeeld een bepaalde geloofsovertuiging of neemt zoals het Rosa Spierhuis in principe alleen kunstenaars in haar tehuis op. In het verlengde hiervan ligt paternalisme, een bevoogdende attitude op grond waarvan een instelling beperkende voorschriften en regels stelt waaraan deelnemers of cliënten zich moeten houden. Een derde nadeel is een zeker amateurisme in het management en bestuur, een nadeel dat samenhangt met de herkomst van non-profitinitiatieven.</p>	<p>Maar ook een beperkte toegankelijkheid, paternalisme en amateurisme in bestuurlijk opzicht</p>
<p>Het SCP heeft onderzocht of deze aan de Amerikaanse literatuur ontleende voor- en nadelen in de huidige Nederlandse praktijk herkenbaar zijn. De uitkomst is opmerkelijk. Op de terreinen van het basisonderwijs, de volkshuisvesting en de milieubeweging blijken overheidsorganisaties, profit- en non-profitorganisaties zich</p>	<p>Maar belangrijker dan het type organisatie zijn de omgevingsfactoren</p>

nauwelijks anders te gedragen. Dat komt, zeggen de onderzoekers, doordat deze organisaties aan dezelfde invloeden bloot staan. Zij opereren in dezelfde publieke omgeving, ze lopen vergelijkbare risico's en ze moeten aan dezelfde professionele eisen voldoen.

Een vergelijkbare conclusie trekt het Committee on Implications of For-Profit Enterprise in Health Care, dat in 1986 een gezaghebbend rapport<sup>5</sup> publiceerde over de groeiende invloed van for-profitinstellingen op de Amerikaanse gezondheidszorg. "Implications of the formal differences in type of ownership can be overdrawn. As governmental and philanthropic grants have declined, (...) debt and retained earnings have become the source of almost all capital needs for all ownership types of hospitals. Thus, not-for-profit organizations share with for-profit organizations the need to generate operating surpluses for building reserves that can be used as working capital and for future renovation, equipment purchases, and new services. (...) The same features (organizational size, diversity, and ample revenue margins) that attract investors of equity are also attractive to the investors who lend money to not-for-profit and for-profit organizations. (...) Both for profit and not-for-profit hospitals are increasingly organizing into multi-institutional arrangements, becoming more market oriented and more concerned with controlling expenses."

Dat blijkt ook in de VS het geval

Het rapport van het Committee on Implications of For-Profit Enterprise in Health Care, levert overigens geen pleidooi op voor for-profitzorg. We citeren een aantal conclusies:

De echte keuze is tussen markt en overheid, niet tussen profit of non-profit

- Veel vragen over overeenkomsten en verschillen tussen for-profit- en non-profitinstellingen kunnen alleen voorlopig worden beantwoord, omdat het gedrag van instellingen wordt beïnvloed door de economische situatie, hun concurrentiepositie en de regelgeving die op hen van toepassing is. Deze factoren zijn voortdurend in verandering.
- Ofschoon de economische theorie voorspelt dat for-profitinstellingen efficiënter zijn dan non-profitinstellingen, blijkt niet dat ze dezelfde diensten goedkoper kunnen aanbieden.
- Gelet op indicatoren als de accreditatie van ziekenhuizen, de opleidingskwaliteit van medisch personeel en het aantal verpleegkundigen wijkt de kwaliteit van for-profitziekenhuizen niet systematisch af van de kwaliteit van non-profitziekenhuizen.

- De beschikbare gegevens over de verschillen tussen for-profit- en non-profitinstellingen rechtvaardigen geen beleidsaanbeveling pro of contra for-profitinstellingen. Het bevorderen van eerlijke concurrentie tussen for-profit- en non-profitinstellingen is overigens minder belangrijk dan een krachtig beleid gericht op de kosten, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, de opleiding van personeel en het medisch onderzoek.

Recenter onderzoek, aangehaald door prof. dr. E.J. Bomhoff in zijn achtergrondstudie bij dit advies, wijst erop dat de directe kosten per behandeling in private ziekenhuizen aanmerkelijk lager zijn dan in overheidsziekenhuizen. De verschillen tussen profit- en non-profit private ziekenhuizen zijn verwaarloosbaar. Of deze uitkomsten ook voor Nederland zouden gelden is overigens niet duidelijk. De Nederlandse ziekenhuizen zijn immers wel private instellingen, maar functioneren als semi-overheidsinstellingen.

Wat de kwaliteit van de ziekenhuiszorg betreft bevestigt recent onderzoek naar de verschillen tussen profit- en non-profit-ziekenhuizen in de V.S. dat de eigendomsverhoudingen op zich niet veel invloed hebben. <sup>6</sup>

#### 4. *Voorkeurspositie van non-profit is achterhaald*

Als we vijftig jaar teruggaan in de tijd is het profiel van non-profitinstellingen dat geschetst wordt in de 'field guide' van het John Hopkins project herkenbaar aanwezig in de Nederlandse gezondheidszorg. Inmiddels is dat nauwelijks meer het geval.

Vroeger had je echte non-profitinstellingen

Uit talloze rapporten van onderzoeksbureaus, adviesorganen en de overheid zelf komt het beeld naar voren van zorginstellingen die zich gedragen als overheidsinstellingen. Ze zijn in het algemeen weinig flexibel, vermijden risico's en zijn meer op de regels van de overheid gericht dan op de behoeften en wensen van hun klanten. Hun identiteit ontleen ze meer aan hun professionaliteit dan aan hun sociale, culturele of levensbeschouwelijke achtergrond en hun (voort)bestaan hangt meer af van de overheid dan van hun maatschappelijke verankering.

De non-profitinstellingen in de zorg hebben inmiddels meer weg van overheidsinstellingen.

De roep om meer vraagsturing, meer behartiging van specifieke behoeften van groepen in de samenleving, meer innovatie en ondernemend gedrag, meer voeling met de maatschappij; het zijn even zovele signalen dat de zorginstellingen weliswaar gewonnen hebben op het vlak van professionaliteit, maar dat zij ook waardevolle elementen uit

Dat betekent winst en verlies

het verleden van de non-profitorganisaties zijn kwijtgeraakt. In feite zijn veel historische redenen voor een exclusieve samenwerkingsrelatie met non-profitinstellingen niet meer aanwezig.

Hetzelfde kan ook op andere terreinen worden geconstateerd. Zoals in de gezondheidszorg heeft het beleid in het basisonderwijs en in de volkshuisvesting aanvankelijk zwaar geleund op non-profitinstellingen. Vervolgens zijn die vervlochten geraakt met de overheidssector, waarna werd geconstateerd dat ze bij gebrek aan marktkrachten inefficiënt opereerden. In het basisonderwijs hebben zowel overheidscholen als non-profitscholen door deregulering meer vrijheid gekregen en een vergelijkbare ontwikkeling doorgemaakt. Dat laatste onder invloed van de resterende overheidsregulering en de door alle scholen gedeelde onderwijsfilosofieën. In de volkshuisvesting hebben zowel non-profitinstellingen als overheidsorganisaties zich voor marktkrachten opengesteld. Zij moeten zich alle staande houden op de markt en reageren daarop op vergelijkbare wijze. Andere normerende krachten zijn de bouwmaatstaven waarmee bij de bouw van huizen rekening moet worden gehouden en de professionalisering in de bouwwereld. De gezondheidszorg is bezig de bakens te verzetten. De hoofdlijnen voor vernieuwing van het zorgstelsel zijn uiteen gezet in de nota Vraag aan bod en zijn gericht op vergroting van het zelfregulerend vermogen van de zorgsector binnen het kader van een sociale verzekering. Aan de gebruikers van de gezondheidszorg wordt meer invloed toegekend.

Op andere terreinen doen zich dezelfde ontwikkelingen voor

Uit deze internationale en intersectorale verkenning kunnen voor het te voeren beleid de volgende conclusies worden getrokken:

De oorspronkelijke voorkeur voor non-profit is achterhaald

- de redenen die in het verleden aanleiding waren om uitsluitend non-profitinstellingen tot de reguliere zorgverlening toe te laten, zijn niet langer aanwezig;
- de verschillen tussen overheidsinstellingen, profitinstellingen en non-profitinstellingen blijken af te nemen als zij aan dezelfde krachten worden blootgesteld;
- het feitelijk gedrag van instellingen wordt zowel door regulering van de overheid, marktomstandigheden als professionele normen beïnvloed. Niet de aard van de instellingen, maar de aard van het systeem waarin zij functioneren, is bepalend voor hun gedrag.



## Noten

- <sup>1</sup> Acta Hospitalia 2001/1. Themanummer over zorgbekostigingssystemen in zes Europese landen.
- <sup>2</sup> Sturing en financiering van de bouwkundige infrastructuur in andere landen van de Europese Unie. Signaleringsrapport van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen d.d. 8-10-2001.
- <sup>3</sup> Noch markt, noch staat: de Nederlandse non-profit sector in vergelijkend perspectief. Sociaal en Cultureel Planbureau, maart 2001.
- <sup>4</sup> Het John Hopkins Comparative non-profit sector project.
- <sup>5</sup> Gray, Bradford H. (ed). For-profit enterprise in health care. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press, 1986.
- <sup>6</sup> Davis M. Cutler (ed). The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions. Chicago, III, University of Chicago Press, 2000.

## **Bijlage 6**

### **Regelgeving voor private initiatieven in de zorg**

#### **1 Inleiding**

Reguliere aanbieders van zorg zijn gebonden aan een veelheid van regels. De legitimatie daarvoor is in belangrijke mate gelegen in het feit dat zij vanuit de collectieve middelen worden gefinancierd. Dat geldt niet alleen voor de diensten die zij leveren, maar ook voor de infrastructuur waarvan zij zich bedienen. Private aanbieders kenmerken zich juist door het gegeven dat de infrastructuur uit private middelen wordt bekostigd. Voor de diensten die zij leveren is dit minder eenduidig: daarvoor kunnen zij zowel collectief opgebrachte middelen als private gelden ontvangen. Gezien deze verschillen tussen reguliere en private aanbieders is het van belang na te gaan of zij al dan niet allen gebonden zijn aan dezelfde regels. Vanuit het perspectief van de voorliggende adviesvraag is met name van belang wat die regels behelzen ten aanzien van winstoogmerk.

De vraag die in deze studie centraal staat, is derhalve welke (toetredings)regels gelden voor private initiatieven in de zorg en met name of die regels bepalingen bevatten over het al dan niet nastreven van winst.

In de studie wordt onderscheid gemaakt naar de verschillende deelmarkten waarop private initiatieven zich begeven. Op die manier kan in beeld worden gebracht of (en zo ja waarin) de regels per deelmarkt verschillen.

Gezien het feit dat de opkomst van particuliere initiatieven rondom zorg uit het tweede en derde compartiment de langste en in ieder geval meest omstreden historie kent, wordt het grootste gedeelte van de inventarisatie in deze studie in beslag genomen door de regels die voor dit type initiatieven gelden. Juist vanwege het omstreden en politiek gevoelige karakter van private initiatieven rondom (medisch-)specialistische zorg is de regelgeving voor deze initiatieven het meest uitgekristalliseerd.

## 2 De regels van het reguliere systeem

Het reguliere gezondheidszorgsysteem is ingebed in een wetgevingsdrieluik dat het aanbod aan intramurale zorgvoorzieningen bepaalt en tevens een financieringsgarantie biedt. Het systeem werkt als volgt.

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) bepaalt, via een systeem van planning en vergunningverlening voor bouw, het aantal en de spreiding van intramurale zorgvoorzieningen. De wet biedt tevens de grondslag voor een uitgebreid geheel van bouwvoorschriften (procedures en maatstaven). De regulering van de topklinische zorg is afgesplitst in een aparte wet: de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV).

De Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) bepalen op welke zorg verzekerden rechten kunnen doen gelden en welke instellingen in welke mate gerechtigd zijn deze zorg te leveren. Via een koppeling tussen de WZV en de ZFW/AWBZ is geregeld dat instellingen die een vergunning hebben verkregen voor bouw tevens zijn toegelaten tot de ZFW en AWBZ. Het toegelaten zijn impliceert een betalingsgarantie vanuit de collectieve middelen. Daartoe leggen de ZFW en AWBZ een contracteerverplichting op aan de verzekeraars. Sinds kort is het voor verzekerden mogelijk om in plaats van (of in combinatie met) zorg in natura een zogenoemde persoonsgebonden budget toegewezen te krijgen op basis van de AWBZ. Daarvoor is vereist dat een (onafhankelijke) indicatiestelling plaatsvindt. Met het pgb kunnen verzekerden zelf de benodigde zorg inkopen.

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) bepaalt welke prijs instellingen voor de geleverde zorg in rekening mogen brengen. Door vergunning en toelating krijgen instellingen kapitaallasten nagecalculeerd en worden capaciteitsgebonden kosten (60%) vergoed in budgetten of tarieven. Over de productiegebonden kosten (40%) worden afspraken gemaakt met zorgverzekeraars.

### **3 Regels voor private initiatieven in de medisch-specialistische zorg**

#### **3.1 De regelgeving voor privé-klinieken**

Private initiatieven in de medisch-specialistische zorg doen zich voornamelijk voor in de vorm van privé-klinieken. Ze kennen ook de oudste historie: de eerste privé-klinieken ontstonden eind jaren tachtig. Vanaf hun ontstaan werden met de term privé-klinieken die initiatieven aangeduid, die medisch-specialistische zorg boden buiten het reguliere gezondheidszorgsysteem om, ongeacht of zij wel of geen winstoogmerk hadden.

Doordat privé-klinieken buiten het reguliere gezondheidszorgsysteem om werkten, waren zij niet beheersbaar en werkten zij concurrerend ten opzichte van de reguliere instellingen. Daarin werd een bedreiging gezien voor het reguliere systeem. De behandelcapaciteit van reguliere instellingen kan immers slechts worden uitgebreid met een vergunning, terwijl deze instellingen bovendien in het benaderen van de markt worden belemmerd door het financieringssysteem. Doordat particuliere verzekeraars bij privé-klinieken tegen een lagere prijs konden inkopen dan wanneer zij dezelfde zorg van reguliere instellingen zouden betrekken, kon de financiering van de reguliere zorginfrastructuur ondergraven worden en dat zou leiden tot premieverhoging van de wettelijke ziektekostenverzekering.

Anderzijds werd erkend dat privé-klinieken in tijden van schaarste aan behandelcapaciteit juist een welkome aanvulling kunnen zijn op het aanbod van de reguliere instellingen. De WZV wordt geacht de behoefte aan behandelcapaciteit te dekken aan de hand van behoeftenormen en toedeling daarvan volgens planning. De planning functioneert echter niet meer vanaf 1995. De capaciteitsnormen lijken niet meer overeen te komen met de actuele vraag. Privé-klinieken zouden uitkomst kunnen bieden voor het oplossen van knelpunten in het aanbod van voorzieningen.

In de verschillende kabinetsperioden vanaf de opkomst van de eerste privé-klinieken (eind jaren tachtig) is steeds op deze twee gedachten gehinkt: aanvankelijk werden privé-klinieken gedoogd, later gevolgd door een (mislukte) poging om via een noodwet een totaalverbod op nieuwe initiatieven af te

kondigen, en uiteindelijk gevolgd door inbedding van privé-klinieken in het reguliere systeem.

*Regeling zelfstandige behandelcentra*

In 1998 wordt de Regeling zelfstandige behandelcentra van kracht. De regeling is gebaseerd op het Besluit aanwijzing inrichtingen WZV, op grond waarvan de minister van VWS nadere categorieën inrichtingen kan aanwijzen als zijnde vergunningplichtig. In de regeling worden zelfstandige behandelcentra als zodanig aangewezen. Volgens de regeling zijn zelfstandige behandelcentra 'organisatorische verbanden die strekken tot het verlenen van medisch-specialistische zorg als waarop ingevolge de ZFW aanspraak bestaat, ongeacht de wijze waarop de kosten daarvan worden vergoed (uit hoofde van de ZFW of particulier)'.

Op grond van deze definitie zouden alleen behandelcentra die medisch specialistische zorg van het tweede compartiment leveren onder de WZV vallen. Echter, wanneer een behandelcentrum behalve tweede ook derde compartimentszorg levert valt het in zijn geheel onder de reikwijdte van de regeling.

Om onder de regeling te vallen moet er verder sprake zijn van samenwerking, gericht op zorgverlening. Eenmanspraktijken vallen er dus niet onder. De samenwerking moet verder gaan dan alleen samenwerking bij indicatiestelling of achtervang bij calamiteiten, bij voorkeur door bestuurlijke, financiële en inhoudelijke integratie met bestaande ziekenhuisorganisaties. De aanduiding 'zelfstandig' wil zeggen dat voorzieningen die deel uitmaken van of fungeren ten behoeve van een ziekenhuisvoorziening niet onder de regeling vallen; zij zijn op zichzelf immers al een ziekenhuisvoorziening.

Om voor een vergunning in aanmerking te komen moet het organisatorisch verband een bouwkundige voorziening in stand houden en bovendien een rechtspersoon zonder winstoogmerk zijn.

Met de inwerkingtreding van de regeling wordt een onderscheid gemaakt tussen zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken. Zelfstandige behandelcentra zijn vergunningplichtig ex WZV en kunnen zowel tweede als derde compartimentszorg leveren; privé-klinieken vallen niet onder de Regeling zelfstandige behandelcentra kunnen uitsluitend derde compartimentszorg leveren.

#### *Beleidsregels WZV voor zelfstandige behandelcentra*

De beleidsregels ex artikel 3 WZV, die criteria bevatten waaraan vergunninghoudende inrichtingen moeten voldoen, zijn aangepast voor zelfstandige behandelcentra. In de uitvoeringstoets die tot deze aanpassingen heeft geleid, stelt het College voor zorgverzekeringen (CvZ) vast dat vrijwel overal voldoende ziekenhuisinfrastructuur aanwezig is om wachtlijsten weg te kunnen werken. In regio's waar zelfstandige behandelcentra met hun WZV-vergunning beslag gaan leggen op planningsruimte kunnen problemen ontstaan voor ziekenhuizen die zelf hun capaciteit willen uitbreiden.

Daarom is in de beleidsregels neergelegd dat een restrictief vergunningenbeleid wordt gevoerd: aan oprichting van een nieuw of uitbreiding van een bestaand zelfstandig behandelcentrum bestaat slechts behoefte en wordt slechts vergunning afgegeven als het initiatief een zinvolle, duurzame bijdrage kan leveren aan het verkorten van wachtlijsten. In het vaststellen van die behoefte speelt tevens de opvatting van naburige ziekenhuizen en verzekeraars een rol.

Verder bepalen de beleidsregels dat het zelfstandig behandelcentrum schriftelijke overeenkomsten moet aangaan met één of meerdere naburige ziekenhuizen inzake samenwerking bij calamiteiten, achtervang, verwijzing en medical audit. Tevens moet het zelfstandig behandelcentrum inzicht verschaffen in de ondernemingen waaruit het organisatorisch verband bestaat of waarmee het relaties onderhoudt. Tenslotte is in de beleidsregels vastgelegd dat zelfstandige behandelcentra op non-profit basis moeten werken.

#### *Vergunningenbeleid en voorwaarden voor vergunningverlening*

Inmiddels heeft de minister van VWS veertig voormalige privé-klinieken vergunning verleend om te functioneren als zelfstandig behandelcentrum. Daarmee zijn ze ingesluit in het reguliere systeem van gezondheidszorg (noot: in totaal waren zo'n honderd aanvragen ingediend; het merendeel ervan betrof evenwel eenmanspraktijken of derde compartimentszorg en daarvoor is geen vergunning vereist).

Bij de beslissing op de aanvragen om vergunning is niet scherp getoetst op het behoefteaspect; er is vanuit gegaan dat uit het bestaan zelf de behoefte blijkt.

Het feit dat in de vergunningvoorwaarden is opgenomen dat zelfstandige behandelcentra geen winst mogen nastreven heeft in vele gevallen geleid tot omvorming van rechtspersonen (van besloten vennootschap naar stichting of vereniging). Sommige vergunningen zijn verleend onder de voorwaarde dat binnen een jaar alsnog afschrift verstrekt wordt van een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met een andere zorginstelling.

De zelfstandige behandelcentra mogen slechts beschikken over de capaciteit (uitgedrukt in aantal medisch specialisten gerekend naar full time equivalents, fte's) zoals door de accountant vastgesteld tijdens de aanvraag. Uitbreiding met extra specialistenplaatsen is alleen mogelijk voor wachtlijstfuncties en is afhankelijk van overeenstemming met de regionale ziektekostenverzekeraars. De centra mogen uitsluitend niet klinische behandelingen uitvoeren. Jaarlijks moeten centra productie en wachtlijstgegevens overleggen waaruit blijkt dat aan de zorgverlening nog behoefte bestaat.

Alle aanvragen zijn door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen getoetst op bouwkundige functionaliteit; daarbij is de gangbare adviespraktijk toegepast, gebaseerd op onder meer maatstaven voor spreekuurafdeling, beeldvormende diagnostiek, poliklinische behandeling, algemeen orgaanfunctieonderzoek, operatieafdeling, klinisch chemisch laboratorium (KCL), civiele - en technische dienst etc.

#### *Tarievenbeleid*

De aanwijzing van zelfstandige behandelcentra op grond van de WZV als nieuwe categorie van inrichtingen voor gezondheidszorg heeft ertoe geleid dat deze categorie ook in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) is onderscheiden: ze vallen onder artikel 29a van het Besluit werkingssfeer WTG 1992. Hoewel de Regeling zelfstandige behandelcentra niet van toepassing is op centra waarin uitsluitend derde compartimentszorg wordt verleend, zijn ook deze centra (privé-klinieken) als afzonderlijke categorie aangeduid in dit besluit en wel onder artikel 29b. De Minister heeft hiertoe besloten omdat het instellingen zijn die wat betreft organisatie, omvang van de infrastructuur en kostenstructuur vergelijkbaar zijn met de zelfstandige behandelcentra. Hierdoor zijn zowel zelfstandige behandelcentra (WZV-vergunningplichtig) als privé-klinieken (niet WZV-vergunningplichtig) ingesluit in het reguliere tariefensysteem. Zij krijgen op grond van de

WTG een eigen titel om een rechtsgeldig tarief in rekening te brengen.

ZBC's en privé-klinieken zijn gebracht onder de maximumtariefensystematiek (noot: titel 4a; artikel 1.1a onder 3 en 4 Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG). Ten behoeve van de vaststelling van de maximumtarieven heeft het CTG in december 1999 de Beleidsregel kostentarieven voor A29a- en A29b organen vastgesteld (met een looptijd van 01-01-2000 tot 01-01-2001). Volgens deze beleidsregel zijn de tarieven voor beide categorieën organen gelijk aan de tarieven voor prestaties zoals deze zijn vermeld in de vigerende Tarieflijst Instellingen. De tarieven worden onderscheiden naar specialisme. Tarieven kunnen door zelfstandige behandelcentra alleen in rekening worden gebracht voor zover het specialismen betreft die in de vergunning zijn vermeld.

In de praktijk houdt deze beleidsregel continuering in van de tot 1 januari 2000 geldende financieringssysteem dat wil zeggen honorariumtarieven en neventarieven (100%). Omdat voor zelfstandige behandelcentra geen budgetsysteematiek geldt - zoals voor ziekenhuisvoorzieningen wel het geval is - worden gebouwkosten niet afzonderlijk nagecalculeerd, maar zijn deze normatief opgenomen in de tarieven.

Op dit moment verricht het CTG onderzoek bij de zelfstandige behandelcentra om tot een nadere onderbouwing van de maximumkostentarieven te komen. De Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken (NRPK) is aangewezen als representatieve organisatie ten behoeve van de zelfstandige behandelcentra. Dit betekent dat deze raad mag onderhandelen over de maximumtarieven.

#### *Overeenkomstenbeleid*

Privé-klinieken worden niet individueel toegelaten, maar van rechtswege als toegelaten aangemerkt. Op dergelijke instellingen is, anders dan voor individueel toegelaten instellingen, de contracteerplicht voor ziekenfondsen niet van toepassing. Ditzelfde geldt nu ook voor zelfstandige behandelcentra, ook al beschikken zij over een WZV-vergunning waarin de behoefte aan de voorziening geacht wordt te zijn getoetst.

Overigens is de contracteervrijheid die ziektekostenverzekeraars formeel hebben in materiele zin beperkt, zo blijkt uit een uitspraak van de President van de



Rechtbank Maastricht (Rechtbank Maastricht, 25 mei 1999; TvGR 2000/11 p 61). De rechtbank overwoog hierin dat een zorgverzekeraar niet gehouden is met een behandelcentrum te onderhandelen over een medewerkers- of zorgovereenkomst wanneer dit niet beschikt over een WZV-vergunning. Echter, wanneer wel een WZV-vergunning is verleend, is de zorgverzekeraar gehouden in alle redelijkheid met het centrum in onderhandeling te treden over de voorwaarden waaronder een zorgovereenkomst kan worden gesloten. Voorwaarden die op voorhand niet te realiseren zijn, zoals samenwerking met een ziekenhuis dat daartoe hoe dan ook niet bereid is, mogen niet worden gesteld. Evenmin worden financiële argumenten (zoals extra kosten wegens declaraties boven op het ziekenhuisbudget) of een voorkeur voor geïntegreerde medisch specialistische hulp in een ziekenhuis geaccepteerd. Het declaratiegedrag van het behandelcentrum mag anderzijds voor de zorgverzekeraar niet leiden tot onbeheersbare kosten.

De beperkte onderhandelingsvrijheid van ziektekostenverzekeraars geldt dus alleen ten aanzien van zelfstandige behandelcentra en niet ten aanzien van privé-klinieken. Daar komt bij dat ziekenhuizen inmiddels in concurrentie kunnen treden met privé-klinieken, omdat zij aanvullende inkomsten van extra verrichtingen niet meer ten laste van hun budget hoeven te brengen, maar mogen behouden voor het versterken van de zorg (beleidsregel Aanvullende inkomsten zorginstellingen).

*Modelovereenkomst ziekenfonds - zelfstandig behandelcentrum*

De zorgovereenkomsten die zorgverzekeraars sluiten met zorgaanbieders moeten overeenstemmen met een goedgekeurde Uitkomst van Overleg (UvO) of, als die er niet is, met de door het CvZ vastgestelde modelovereenkomst (artikel 44 - 49 ZFW). De modelovereenkomst moet voldoen aan een aantal wettelijke eisen, waaronder algemene voorwaarden voor de kwaliteit van de zorg, administratieve voorwaarden en bepalingen over controle op naleving. Daarnaast moeten de individuele overeenkomsten ook nog bepalingen over de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bevatten.

Omdat een voldoende representatief geachte koepelorganisatie ontbrak was het niet mogelijk tot een Uitkomst van Overleg te komen. Daarom was het aangewezen een modelovereenkomst ziekenfonds - zelfstandig behandelcentrum vast te stellen. Inmiddels is die modelovereenkomst tot stand gekomen

(Besluit CvZ van 24 feb. 2000, Staatscourant 2000, 43). Daarnaast is bij hetzelfde besluit een modelovereenkomst vastgesteld voor de relatie ziekenfonds - extramuraal werkende medisch specialist. De modelovereenkomst moet als een vast onderdeel van de individuele zorgovereenkomst worden opgenomen. Partijen mogen daarvan niet afwijken, tenzij de modelovereenkomst anders bepaalt. Op een aantal onderdelen biedt de modelovereenkomst daartoe de mogelijkheid. De modelovereenkomst regelt zaken als de rechtsverhouding tussen ziekenfonds en zelfstandig behandelcentrum, de leveringsplicht van het centrum, de controle op de verzekeringsgerechtigdheid van de patiënt en de wijze waarop geschillen worden beslecht. Partijen zijn vrij aanvullende afspraken te maken, bijvoorbeeld over kwaliteit en doelmatigheid. Een aantal zaken is aan individuele partijen overgelaten, zoals de tariefstelling, maar het door partijen overeengekomen tarief mag niet uitgaan boven het door het CTG goedgekeurde/vastgestelde maximumtarief.

### **3.2 Regelgeving voor reguliere instellingen die private initiatieven ontplooiën**

Tot voor kort was het voor reguliere instellingen moeilijk om private initiatieven op het vlak van de medisch specialistische zorg te ontwikkelen. Belangrijkste struikelblok was dat alle inkomsten van de instelling dienden ter dekking van het reguliere budget, dus ook inkomsten die verworven werden uit volledig privaat gefinancierde activiteiten. Het ontwikkelen van private initiatieven zou daarmee ten koste kunnen gaan van de reguliere zorg (verdringingseffect).

#### *Beleidsregel aanvullende inkomsten zorginstellingen*

Met de inwerkingtreding van de Beleidsregel aanvullende inkomsten zorginstellingen krijgen ook reguliere instellingen meer armslag om private initiatieven te ontplooiën.

Deze beleidsregel houdt in dat zorginstellingen aanvullende inkomsten mogen genereren die niet dienen ter dekking van het budget van de betreffende instelling. Als aanvullende inkomsten worden behalve niet-zorggebonden prestaties aangemerkt:

- Inkomsten uit prestaties die niet samenhangen met de functie-uitoefening in het kader van de verstrekking waarvoor de instelling is opgericht en erkend, maar die in principe wel onder een andere verstrekking vallen, zoals

- bijvoorbeeld levering van thuiszorg door een ziekenhuis.
- Inkomsten uit prestaties die in concrete gevallen tot het zogenaamde derde compartiment behoren, zoals bijvoorbeeld niet-medisch geïndiceerde plastische chirurgie.
- Inkomsten uit gezondheidszorgprestaties op aanvraag van een andere instelling voor gezondheidszorg, zoals keuringen.

Het deel van de inkomsten dat dient ter dekking van de met deze activiteiten samenhangende kapitaallasten van ex-WZV goedgekeurde infrastructurele voorzieningen is niet vrij besteedbaar; dit deel dient als doorberekende kapitaallasten in mindering te worden gebracht op het budget van de dienstverlenende instelling. Het gaat hier om rente- en afschrijvingskosten.

De genoemde aanvullende inkomsten zijn vrij besteedbaar indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de totale kosten van de betreffende activiteiten dienen minimaal gedekt te worden door de opbrengsten;
- de instelling geeft in de jaarrekening, dan wel via een separate opgave, inzicht in aard en omvang van de betreffende activiteiten en opbrengsten.

Inkomsten van activiteiten die niet in de beleidsregel genoemd zijn worden niet als vrij besteedbaar aangemerkt, ongeacht het moment waarop (bijvoorbeeld buiten werktijden, in het weekeinde) of het kader waarin (bijvoorbeeld wachtlijstomzeilend initiatief) de prestatie plaatsvindt en ook ongeacht de vraag wie betaalt: de verzekeraar, de werkgever (bedrijvenpoli) of de patiënt zelf.

Voor toepassing van deze beleidsregel worden de activiteiten in aanmerking genomen van de instelling in ruime zin, dat wil zeggen de instelling inclusief de al of niet onder andere rechtsvormen opererende verzelfstandigingen.

#### *Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen*

Er bestaat een tendens om de verschillende activiteiten van reguliere instellingen in verschillende werkmaatschappijen onder te brengen. Hierdoor ontstaan steeds meer concerns, groepen van rechtspersonen, die als organisatorische eenheid deelnemen aan het economisch verkeer. Het zicht op deze organisaties dreigt verloren te gaan indien geen aanvullende maatregelen getroffen worden. Die aanvullende maatregelen zijn opgenomen in de Regeling jaarverslaggeving

zorginstellingen.

Zo vereist deze regeling onder meer dat de zorginstelling in het jaarverslag een zogenoemd 'bestuursverslag' opneemt. Dit verslag dient ten minste de volgende informatie te bevatten:

- a. de doelstelling van de zorginstelling;
- b. de wijze waarop de zorginstelling deze doelstelling heeft nagestreefd, waaronder de besteding van de verkregen middelen;
- c. een analyse van de mate waarin de nagestreefde doelstelling gerealiseerd is onder vermelding van de daartoe ondernomen activiteiten en de daarmee gerealiseerde effecten;
- d. een uiteenzetting over het gevoerde beleid en over de activiteiten op het gebied van de zorg door de zorginstelling;
- e. een uiteenzetting over het gevoerde beleid en beheer op financieel gebied;
- f. een analyse van de uitkomst van de resultatenrekening in vergelijking met het voorgaande jaar.

Verder vereist de regeling dat de zorginstelling die deel uitmaakt van een groep in de toelichting op zijn jaarrekening een geconsolideerde jaarrekening opneemt van de groep. Hiermee worden bestuurders van concerns gedwongen verantwoording af te leggen over alle activiteiten die onder hun leiding plaatsvinden. Deze verplichting geldt niet indien de geconsolideerde jaarrekening van de groep is opgenomen in de toelichting op de jaarrekening van een andere rechtspersoon van de groep en de zorginstelling naar die toelichting verwijst.

De Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen geldt voorshands alleen voor instellingen die onder de WZV vallen. Het ligt in de bedoeling de werkingssfeer van de regeling uit te breiden naar alle zorginstellingen die uit de collectieve middelen bekostigd worden, zoals instellingen voor thuiszorg, kraamzorg en RIAGG's. Met het merendeel van deze instellingen is al overeenstemming bereikt over het reeds toepassen van de nieuwe regels. Dit is onder meer vastgelegd in de meerjarenafspraken.

## 4 Regels voor private initiatieven op het gebied van arbozorg

De belangrijkste oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn psychische stoornissen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Voor beide aandoeningen bestaan in de reguliere zorg (nog) lange wachttijden.

Volgens werkgevers wordt in de reguliere zorg niet altijd de optimale aanpak gekozen voor een snel herstel. Met de inwerkingtreding van de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingsplicht Bij Ziekte (WULBZ) zijn werkgevers verantwoordelijk geworden voor de eerste periode van ziekteverzuim van werknemers. Daarmee kregen zij een direct belang bij snelle reïntegratie van zieke werknemers. Ze hebben daar extra geld voor over. Per saldo levert dat hen een besparing op, omdat de kosten van doorbetaling bij langer ziekteverzuim (veel) hoger zijn dan de extra uitgaven voor de ingekochte zorg. Zij sluiten hiertoe contracten met arbodiensten, die afspraken maken met de gezondheidszorg over toegespitste en snelle hulp. Ook verzekeraars op het terrein van de sociale zekerheid zoeken naar dergelijke oplossingen om te voorkomen dat verzekerden in de WAO geraken.

Er bestaat dus een trend om buiten het reguliere circuit om initiatieven te ontwikkelen gericht op arbeidsgerelateerde aandoeningen, gefinancierd door werkgevers. Ook reguliere instellingen beginnen meer aandacht te geven aan toegespitste zorg voor aandoeningen die met arbeid te maken hebben.

De minister van VWS en de staatssecretaris van SZW zien zowel voor- als nadelen van deze ontwikkeling. Het gaat er in wezen om twee uitgangspunten te verenigen: bestrijden van het hoge ziekteverzuim en de hoge instroom in de WAO enerzijds en anderzijds garanderen van gelijke behandeling voor mensen in gelijke medische omstandigheden. Er is reeds beleid ingezet om de wachttijden in de zorg te verminderen en de kennis en expertise op het gebied van arbeidsgerelateerde aandoeningen te vergroten. Daarnaast achten de minister van VWS en de staatssecretaris van SZW aanvullend beleid wenselijk op het gebied van specifieke zorg voor werknemers. Dit aanvullend beleid heeft geen betrekking op de eerstelijns gezondheidszorg, omdat daar geen wachtlijsten zijn.

### *Aanvullend beleid arbozorg*

Kern van het aanvullend beleid is dat instellingen extra inkomsten kunnen genereren wanneer zij door de werkgever bekostigde arbeidsgerelateerde zorg leveren aan werknemers. Daarvoor gelden echter wel strikte voorwaarden. De betrokken partijen, te weten arbodiensten, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg, moeten duidelijk laten zien dat publieke en private gelden in de zorg gescheiden blijven. Bovendien moet vastliggen dat de extra inkomsten ten goede komen aan publieke doelen en dat de extra activiteiten niet ten koste gaan van de zorg aan niet-werknemers. Zij dienen hiertoe gezamenlijk een gedragscode op te stellen. Die code kan per regio verschillen, maar moet in ieder geval aan de volgende randvoorwaarden voldoen:

- De code moet ondertekend zijn door de betrokken gecertificeerde arbodienst(en), de zorgverzekeraar(s) en de aanbieder(s) van zorg.
- Er moet zijn vastgelegd op welke arbeidsgerelateerde aandoeningen de afspraken tussen arbodienst en aanbieder zich richten.
- Er moet zijn neergelegd hoe bereikt wordt dat de extra activiteiten niet ten koste gaan van de zorg aan niet-werknemers.
- De code moet regelen dat in geval van schaarste aan personeel dan wel faciliteiten het primaat wat betreft de inzet van personeel en middelen bij de reguliere zorg ligt.
- Zorg kan alleen gecontracteerd worden door/namens gecertificeerde arbodiensten.
- In de regio moeten afspraken zijn gemaakt tussen huisartsen en de bedrijfsarts over verwijzing door de bedrijfsarts naar tweedelijns zorg; die afspraken moeten bij de code zijn gevoegd.
- Voor de somatische zorg geldt dat de code alleen kan worden afgesloten door ziekenhuizen die met hun wachttijden binnen de vast te stellen aanvaardbare grenzen blijven. In de ggz kunnen instellingen de code afsluiten onder voorwaarde dat de wachttijden binnen een jaar een aanvaardbare lengte hebben. De wachttijden dienen publiek toegankelijk te zijn.
- In de code moet zijn neergelegd op welke wijze de netto-opbrengsten ten goede komen aan de zorgverlening.
- De aanwending van de financiële middelen moet volstrekt transparant zijn en publieke en private gelden moeten

gescheiden zijn conform de Regeling jaarverslaggeving  
zorginstellingen.

De gedragscode dient ter goedkeuring te worden voorgelegd aan de Regionale Inspectie voor de Volksgezondheid. De Inspectie zal ook toezien op daadwerkelijke naleving van de code. De inkomsten verkregen uit door de werkgever bekostigde arbeidsgerelateerde zorg worden als aanvullend op het budget beschouwd, wanneer de betreffende instelling de door de Inspectie goedgekeurde code kan tonen.

## 5 Regels voor private initiatieven in de thuiszorg en verplegings-/verzorgingshuiszorg

### Thuiszorg

Om thuiszorg ten laste van de AWBZ te mogen aanbieden is toelating vereist. Voor besluiten tot toelating is tot nu toe het al dan niet bestaan van een wachtlijst bepalend voor het antwoord op de vraag of er behoefte bestaat aan extra capaciteit. Tot 1 januari 2001 was de Tijdelijke regeling spreiding en behoefte van thuiszorginstellingen van kracht. Deze regeling voorzag in de toelating van een nieuwe thuiszorginstelling indien in een zorgkantoorregio het aantal beschikbare uren thuiszorg per gewogen thuiswonende inwoner onder twee uur per gewogen inwoner lag. Tot die tijd zijn alleen in zeer uitzonderlijke gevallen nieuwe (particuliere) instellingen tot de markt toegelaten.

#### *Wachtlijsten als katalysator voor particuliere initiatieven*

Ten gevolge van de zeer roerige wachtlijstperikelen in de thuiszorg is deze situatie veranderd. De betreffende regeling is niet verlengd en daarmee automatisch geëxpireerd. Vanaf deze datum heeft het CvZ 42 verzoeken om toelating ontvangen. Van deze verzoeken zijn inmiddels 15 verzoeken afgewikkeld en toegelaten. Deze nieuw toegelaten instellingen moeten door het aangewezen zorgkantoor voor minimaal duizend uur worden gecontracteerd. Over het geheel van de productieafspraken geldt een volledige nacalculatie.

Voor alle toegelaten thuiszorginstellingen geldt sinds 1 januari 1999 dat zij het volledige thuiszorgpakket (gezinsverzorging en wijkverpleging) moeten kunnen leveren. Daarnaast is voor alle thuiszorginstellingen met ingang van 1 januari 2000 een systeem van productregistratie van kracht geworden. Voor de toelating van nieuwe (particuliere) instellingen voor thuiszorg zijn geen aparte voorwaarden gesteld. Ze volgen wel impliciet uit het voornemen van de minister van VWS om deze instellingen actief te monitoren. Aandachtspunten in de monitoring zijn: regionale concentraties, leggen de nieuw toegelaten instellingen zich toe op specifieke (doel)groepen, vindt er concurrentie op prijs, personeel en/of kwaliteit plaats, en wat voor consequenties zijn er voor bestaande instellingen? De monitoring zal in overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en CvZ worden ingericht.



*Particuliere thuiszorginitiatieven buiten het reguliere systeem om*  
Van oudsher wordt (ook) thuiszorg geleverd aan mensen die daarvoor out of pocket betalen, buiten de AWBZ om. De invoering van pgb's vergroot de mogelijkheden van particuliere thuiszorgaanbieders om buiten het reguliere systeem om hun diensten aan te bieden. Pgb-houders kunnen de benodigde zorg inkopen bij wie ze willen; niet vereist is dat de betreffende aanbieder is toegelaten tot de AWBZ. Overigens kunnen deze aanbieders zich niet geheel aan de reguliere regels onttrekken: ze zijn wel gebonden aan de maximumtarieven van de WTG.

### **Verplegings- en verzorgingshuiszorg**

Eenzelfde uitbreiding van mogelijkheden om buiten het reguliere systeem om diensten te kunnen aanbieden zien we op het vlak van de verplegings- en verzorgingshuiszorg. Er is een tendens om ondanks een bestaande verzorgings- of verpleegbehoefte zo lang mogelijk thuis te wonen (extramuraliserings-tendens). Door de invoering van pgb's en flankerende wetgeving (Wet Voorzieningen Gehandicapten) wordt het in toenemende mate mogelijk om wonen en zorg te scheiden. Particuliere initiatieven richten zich enerzijds op het aanbieden van woonarrangementen, waarbij men niet gebonden is aan de strikte inrichtingseisen die voortvloeien uit de WZV; anderzijds op het aanbieden van (thuis)zorg in die woonomgeving.

## **6 Het wetsvoorstel Exploitatie zorginstellingen**

Wat in het voorafgaande direct in het oog springt is dat extra eisen vooral gesteld worden aan particuliere initiatieven op het vlak van de tweedelijnszorg. Vooral het al dan niet onderworpen raken aan het WZV-regime beïnvloedt de mogelijkheden om private initiatieven te ontwikkelen aanzienlijk. Het is in dat kader van belang de beoogde opvolger van de WZV in deze studie te betrekken.

De WEZ komt in de plaats van de WZV en dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel. Daarin wordt de capaciteit bepaald door de bij de zorgverlening betrokken partijen en beperkt de centrale overheid zich tot het stellen van randvoorwaarden. De WZV biedt onvoldoende speelruimte om deze overgang te faciliteren. Het kabinet heeft op 23 maart 2001 met het wetsvoorstel ingestemd.

### **Hoofdpijnen van het wetsvoorstel**

De WEZ vereist toestemming voor het in bedrijf hebben van een zorginstelling: de exploitatietoestemming. Het beleidskader van de minister van VWS vormt het toetsingskader voor de afgifte van deze toestemming. Dit kader wordt geformuleerd op basis van onder meer ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Daarbij worden de regiovisies als één van de belangrijke informatiebronnen gehanteerd.

De exploitatietoestemming voegt de toelating op basis van de AWBZ en ZFW samen met de verklaring van behoefte op basis van de WZV. De bepalingen over de toelating van instellingen in de AWBZ en ZFW komen dan ook te vervallen.

Een exploitatietoestemming is vereist voor instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ of ZFW. Daarnaast is het toestemmingsvereiste van toepassing op twee categorieën instellingen die niet collectief worden gefinancierd, namelijk privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Hiermee blijft het voor de minister van VWS mogelijk om het bestaan van deze instellingen te betrekken bij het te formuleren beleid inzake de zorginfrastructuur. Dit wordt van belang geacht om het financieel evenwicht van de zorgsector in zijn geheel en de

wijze van zorgverlening door deze instellingen te kunnen bewaken.

Het exploitatieregime wordt toereikend geacht om de instandhouding van een evenwichtige, doelmatige en voor ieder toegankelijke zorg te bewaken. Daarom is het bouwregime in dit wetsvoorstel beperkter dan onder de WZV. Dat past ook in het beleidsvoornemen. Het bouwregime is niet van toepassing op:

- kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waarin de woon- en verblijffunctie centraal staat;
- privaat bekostigde zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen.

Daarnaast is, evenals onder de WZV, geen bouwvergunning nodig voor instandhouding van bestaande gebouwen waarvan de geraamde kosten de beschikbare budgetruimte niet overschrijden. Instandhoudingsbouw waarvan de geraamde kosten de budgetruimte te boven gaan blijft vooralsnog binnen de werkingssfeer van de WEZ.

Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om het bouwregime in de toekomst verder te beperken.

#### **De exploitatietoestemming**

De exploitatietoestemming bevat in ieder geval de aard van de zorg die de instelling mag leveren. Ze kan ook de omvang bevatten. Ze bevat in ieder geval een bandbreedte waarbinnen de omvang van de zorg moet blijven. Exploitatie die verder gaat dan de bandbreedte is verboden. Hierbinnen is een instelling vrij om de zorgverlening naar eigen inzicht in te richten. Naarmate de toestemming ruimer is omschreven, is de vrijheid van instellingen om de exploitatie binnen die ruimte in te vullen groter (bijv. door tussen toegestane zorgvormen te substitueren).

In een exploitatietoestemming kunnen bepalingen omtrent de capaciteit van de instelling worden opgenomen. In de huidige situatie zijn dergelijke bepalingen opgenomen in de toelating van intramurale AWBZ-voorzieningen. Voor die instellingen vormt de capaciteit een parameter voor de budgetbepaling.

Daarom is concrete nadere invulling van de exploitatietoestemming voor deze voorzieningen (voorlopig) van belang. Uiteindelijk is de bedoeling capaciteiten niet meer op te nemen in de toestemming. Het bekostigingssysteem zal zich dan meer moeten ontwikkelen in de richting van het nu voor ziekenhuizen geldende systeem (voor ziekenhuizen geldt nu al dat de capaciteit niet meer is opgenomen in de toelating).

De exploitatietoestemming vervult twee functies:

- Instrument voor het afstemmen van het zorgaanbod op de behoefte. De omslag naar een meer vraaggericht stelsel start vanuit een stelsel dat aanbodgestuurd is. De exploitatietoestemming maakt het mogelijk de aanbodregulering geleidelijk af te bouwen, afhankelijk van de mate en het tempo waarin kostenbeheersingsmogelijkheden aan de vraagzijde toenemen.
- Instrument om eisen te stellen aan de transparantie van de exploiterende rechtspersoon, zoals eisen met betrekking tot de bestuursstructuur en ten aanzien van de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering.

Het belang van de tweede functie neemt toe naarmate zorgaanbieders zowel organisatorisch als financieel een meer hybride structuur aannemen.

### **Winstoogmerk**

Een exploitatietoestemming wordt uitsluitend verleend aan rechtspersonen waarvan de werkzaamheid niet is gericht op het behalen van winst. Dit uitgangspunt geldt ook in de WZV. Voor instellingen die niet onder de WZV vallen werd het verbod in de praktijk van het toelatingsbeleid gehanteerd. Het verbod op winstoogmerk is gericht op instellingen die zorg verlenen waarop ingevolge AWBZ of ZFW aanspraak bestaat en die via deze wetten worden gefinancierd. Ten aanzien van volledig privaat gefinancierde instellingen geldt het verbod niet.

### **Deregulering ten opzichte van de WZV**

Ten opzichte van de WZV voorziet de WEZ in verdergaande deregulering:

- De WEZ kent beduidend minder beslismomenten dan de WZV. Op grond van WZV vindt besluitvorming plaats over verklaring van behoefte, programma van eisen, schetsontwerp, bestedingsgerede stukken en vergunning, gevolgd door toelating op grond van AWBZ of ZFW. In plaats van deze zes beslismomenten kent de WEZ er maximaal drie: toestemming, vergunning en eindverantwoording. Voor de meeste situaties zal er slechts 1 beslismoment zijn, omdat vergunning en eindverantwoording onderdeel uitmaken van het bouwregime. Dat regime is alleen van toepassing op instellingen die daarvoor expliciet zijn aangewezen. Als het bouwregime van toepassing is vindt toetsing plaats aan de hand van meer globale normen dan onder de WZV,

- onder andere prestatie-eisen in plaats van gedetailleerde bouwmaatstaven.
- De reikwijdte van de WEZ is beperkter dan die van de WZV. De WZV heeft betrekking op alle zorgvoorzieningen, ongeacht de wijze van bekostiging van de zorgverlening en ongeacht of de verleende zorg verzekerd is krachtens de AWBZ of ZFW. De WEZ beperkt zich tot instellingen die ten laste van de collectieve middelen zorg leveren, alsmede ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra die dergelijke zorg zuiver privaat bekostigd leveren. Laatstgenoemden vallen overigens niet onder het bouwregime zoals bij de WZV wel het geval is. Daarnaast geldt de bemoeyenis van de WEZ alleen instellingen die eerste en tweede compartimentszorg leveren; instellingen die derde compartimentszorg bieden vallen niet onder de reikwijdte.
  - Tenslotte wordt met de WEZ de versnippering van regelgeving ten aanzien van zorginstellingen in AWBZ, ZFW en WZV opgeheven. Het wetsvoorstel introduceert een in één wet vormgegeven kader teneinde beter dan met huidige instrumenten te kunnen komen tot het maken van op elkaar afgestemde keuzen waarbij het gehele scala van zorgaanbod wordt betrokken; overbodige bepalingen worden geschrapt, dubbele worden samengevoegd. Zo worden bepalingen omtrent toelating van instellingen in AWBZ en ZFW geschrapt. WZV en TVMD worden geheel ingetrokken.

#### **Advies Raad van State en reactie kabinet**

De Raad van State betwijfelt het nut en de noodzaak van het verbod op winstoogmerk; hij adviseert het verbod te laten vervallen op grond van de volgende overwegingen:

- Steeds meer taken worden overgelaten aan het veld, waarbij ervan wordt uitgegaan dat instellingen zich moeten manifesteren als een onderneming; daarbij past een verbod op winstoogmerk niet goed.
- Het verbod is door juridische constructies te omzeilen. Instellingen zonder winstoogmerk kunnen deel uitmaken van een groep (holding) waarin ook werkmaatschappijen participeren die wel een winstoogmerk hebben. Vervolgens kunnen activiteiten van de niet-winstbeogende instelling daaraan worden uitbesteed. Dergelijke constructies vergroten de transparantie van de instellingen niet. Door de complexiteit van een dergelijke juridische constructie wordt bovendien de controle op de jaarrekening vanwege de overheid bemoeilijkt.

- Bij een meer vraaggeoriënteerde benadering in de gezondheidszorg zal het ontbreken van een winstoogmerk in de weg staan om effectief op de vraag in te spelen, omdat doelmatigheid en efficiëntie in de organisatie niet worden beloond.
- Tenslotte kan het handhaven van het verbod op winstoogmerk een belemmering vormen voor de toegang tot het stelsel voor buitenlandse instellingen. Het is niet uit te sluiten dat dit in strijd zal zijn met het EG-recht.

Het kabinet houdt echter vast aan het verbod - voor zover het collectief gefinancierde instellingen betreft - en motiveert dat als volgt. Van zorginstellingen die door sociale ziektekostenverzekeraars worden gecontracteerd wordt geëist dat zij zich een kwalitatief goede zorgverlening als primair doel stellen en dat zij het doelmatig en efficiënt exploiteren van een instelling als middel hanteren om dat doel te bereiken. Daarbij past niet dat collectieve middelen – opgebracht door de premiebetaler – als winstuitkering of dividend aan aandeelhouders ten goede komt in plaats van aan de zorg. Een instelling die winst beoogt zal streven naar winstoptimalisatie; de aandeelhouders zullen dat ook verlangen. Daardoor ontstaat het risico dat een opwaartse druk op de collectieve uitgaven ontstaat die door de premiebetaler moet worden opgebracht. Verder kan de gerichtheid op winst het risico meebrengen dat de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan; streven naar winst en streven naar kwaliteit liggen immers niet automatisch in elkaars verlengde. Er zijn op dit moment onvoldoende countervailing powers om een eventuele uitruil tussen winst en kwaliteit te kunnen bewaken.

Het verbod op winstoogmerk betekent volgens het kabinet overigens niet dat een instelling geen positief exploitatieresultaat zou mogen behalen; dat is immers niet meer dan gezonde bedrijfsvoering die van belang is voor de continuïteit van de instelling.

Wat betreft de mogelijkheid het verbod te omzeilen door middel van juridische constructies is het kabinet van mening dat het van groot belang is dat de collectief gefinancierde en privaat gefinancierde middelen die in het grotere organisatorische verband omgaan niet door elkaar lopen. De mogelijkheid om eisen te stellen aan de bestuursstructuur en aan de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering van een instelling, alsmede de Regeling voor de jaarverslaggeving van zorginstellingen, zorgen volgens het

kabinet samen voor optimale waarborging van de noodzakelijke transparantie.

Ten aanzien van volledig privaat gefinancierde instellingen geldt dat een eventueel uit winst oogmerk voortvloeiende hogere rekening niet aan de ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ kan worden gepresenteerd. Ook voor investeringen in bouw geldt dat de investeringen niet aan de collectieve sector worden doorberekend. Om die reden geldt het verbod op winst oogmerk *niet* voor de privaat gefinancierde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.

Het kabinet deelt evenmin de opvatting van de Raad van State dat het vereiste dat winst oogmerk moet ontbreken in strijd is/kan zijn met het EG-recht. De toegang van buitenlandse instellingen tot de collectief gefinancierde zorg wordt hiermee op overeenkomstige normen beoordeeld als de toegang van Nederlandse instellingen; de norm is objectief en non-discriminatoir.

#### *Vergunningstelsel*

De Raad van State wijst op de mogelijke kwetsbaarheid in het licht van het EG-recht van het in de WEZ opgenomen verbod- en vergunningstelsel, vooral als daaraan financiële consequenties zijn verbonden. Er kunnen volgens de Raad goede argumenten zijn om een stelsel van vergunningen te hanteren voor de financiering van zorginstellingen, maar dan moeten de voorwaarden waaronder financiering plaatsvindt en de wijze waarop keuzen worden gemaakt objectief zijn en geen discriminatoire elementen bevatten. De WEZ biedt niet de zekerheid dat dit inderdaad zo is, omdat de Minister zeer ruime discretionaire bevoegdheden heeft om de wet voor categorieën instellingen geheel of ten dele uit te sluiten. Daarmee is niet verifieerbaar of de uitvoering van de wet inderdaad zodanig plaatsvindt.

Een ander punt waarop de Raad in dit verband wijst is dat hoewel een vergunningstelsel voor de toelating van instellingen in beginsel aanvaardbaar kan zijn, dit niet zonder meer opgaat ten aanzien van zorginstellingen die in het geheel geen beroep doen op de collectieve middelen. Uit jurisprudentie van het Europese Hof blijkt dat belemmeringen van het recht van vestiging slechts in verband met een dwingende reden van algemeen belang, zoals een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het sociale zekerheidsstelsel, mogen worden opgeworpen. Het is niet duidelijk of een

vergunningstelsel voor deze categorie instellingen als dwingende reden van algemeen belang is aan te merken. Meer in het algemeen vindt de Raad dat een scherper onderscheid tussen publieke en private onderdelen van het stelsel beter zou passen in de Europese regelgeving. Daarbij is van belang dat de uitgangspunten van dit onderscheid in de wet zijn neergelegd en dat is gewaarborgd dat dit onderscheid volgens objectieve criteria wordt gemaakt en dat daarbij geen sprake is van (in)directe discriminatie.

In reactie hierop stelt het kabinet dat aanbodbeheersing aangewezen kan zijn om het financiële evenwicht van het stelsel in stand te houden. Dit mede gezien tegen de achtergrond dat aanbod een aanzuigende werking heeft op de vraag en dat een ongebeheerd aanbod vanuit financieel en zorginhoudelijk oogpunt de doelstelling van voor een ieder gelijkmatig toegankelijke kwalitatief verantwoorde gezondheidszorg in gevaar kan brengen. Dit doel wordt in de WEZ onder meer nagestreefd met een toestemmingsinstrumentarium voor exploitatie van een zorginstelling, waarbij evenwel slechts twee categorieën privaat bekostigde instellingen onder het toestemmingsvereiste zijn gebracht: ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De reden hiervoor is dat ontwikkelingen in dit strikt privaat bekostigde aanbod kunnen leiden tot een bedreiging voor een doelmatig, evenwichtig en voor een ieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg.

Overigens is het de bedoeling van de WEZ het toepassingsgebied in de toekomst verder te beperken. Het ontheffen van het vergunningsvereiste is de grootst mogelijke garantie voor een instelling dat aan haar geen eisen worden opgelegd die in strijd zijn met het mededingingsrecht.

Verder stelt het kabinet dat de vraag of de reikwijdte van de wet de toets van het gemeenschapsrecht kan doorstaan pas door daadwerkelijke toetsing zal kunnen worden beantwoord. Ze verwacht echter dat het wetsvoorstel die toets wel kan doorstaan, omdat een beperking van het recht van vestiging volgens de Europese Commissie verenigbaar is met het gemeenschapsrecht, voor zover deze gerechtvaardigd is door een dwingende eis van algemeen belang, zoals de kwaliteit van de verzorging tegen beperkte en beheersbare kosten (schriftelijke vraag van Mattina en antwoord van Papandreu).

## **Resumé**



De WEZ eist een exploitatietoestemming voor zorginstellingen die collectief gefinancierd worden en voor privaat bekostigde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Collectief gefinancierde zorginstellingen vallen onder het bouwregime (tenzij sprake is van instandhoudingsbouw), privaat gefinancierde instellingen niet. Het verbod op winstoogmerk is van toepassing op collectief gefinancierde instellingen, maar niet op de privaat bekostigde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.

financiering	collectief	privaat
exploitatietoestemming	ja	ja
bouwregime	ja	nee
verbod winstoogmerk	ja	nee

## 7 Analyse en conclusies

Opvallend is dat de (toetredings)regels voor private initiatieven aanzienlijk per deelmarkt verschillen. Private initiatieven in de medisch specialistische zorg zijn ingesluisd in het reguliere systeem voor zover zij tweede compartimentszorg leveren. Daarenboven gelden voor deze initiatieven nog aanvullende regels, die vooral bedoeld zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen. Uit het van toepassing zijn van de WZV volgt voor dit type initiatieven een verbod op winstoogmerk. Voor initiatieven rondom arbozorg gelden aanvullende regels die bedoeld zijn om te waarborgen dat publieke middelen niet wegvloeien naar het private circuit. Er geldt echter geen expliciet verbod op het nastreven van winst. In de thuiszorg gelden geen aparte toetredingsregels voor particuliere initiatieven. Wel wordt voorzien in een monitoringssysteem om te voorkomen dat oneerlijke concurrentie plaatsvindt. Het verbod op winstoogmerk speelt hier geen rol. De situatie in de verplegings- en verzorgingshuiszorg is weer een andere, omdat daar een verschuiving plaatsvindt van intramurale zorg naar extramurale. Private initiatieven begeven zich vooral op het vlak van woonarrangementen en zorg- en dienstenpakketten. Daarmee blijven ze buiten het toepassingsbereik van de WZV. Ook hier speelt het al dan niet toestaan van winstoogmerk geen rol.

De WZV, waarin het verbod op winstoogmerk is opgenomen, is niet van toepassing op thuiszorginstellingen en de AWBZ kent geen verbod op het maken van winst. Bijzonder is vooral dat voor private initiatieven in de medisch specialistische zorg wel een verbod op winstoogmerk geldt en voor soortgelijke initiatieven in de thuiszorg niet, terwijl beide vormen van zorg behoren tot de sociale (en dus publiek bekostigde) verzekeringen. In essentie is dat verschil terug te voeren op het al dan niet van toepassing zijn van de WZV, die een verbod op winstoogmerk kent. Thuiszorginstellingen vallen niet onder het toepassingsbereik van de WZV. Zij hebben wel toelating ex AWBZ nodig, maar deze wet kent geen verbod op winstoogmerk.

Hiermee is de benodigde zorginfrastructuur het aangrijpingspunt voor het al dan niet van toepassing verklaren van het verbod op winstoogmerk. Deze lijn wordt voortgezet in de WEZ. Hoewel thuiszorginstellingen onder de reikwijdte van de WEZ gaan vallen zal geen exploitatietoestemming

vereist zijn voor geheel privaat bekostigde zorginstellingen. Het is de vraag of het niet oneigenlijk is om dit verbod in de WZV c.q. WEZ op te nemen. Het koppelen van dit verbod aan de bouw- c.q. exploitatietoestemming betekent dat het in beginsel ook geldt voor aanbieders die diensten leveren buiten de sociale ziektekostenverzekeringswetten om. Wellicht verdient het dan ook de voorkeur om een verbod op winstoogmerk – voor zover dit noodzakelijk wordt geacht – in de sociale verzekeringwet(ten) op te nemen. De verzekeringsinstellingen nemen immers alleen verzorgingscapaciteit af die zij nodig hebben voor hun eigen verzekeren. Zij doen dit door overeenkomsten te sluiten met zorginstellingen. Dit impliceert afschaffing van de bestaande contracteverplichting in het kader van de sociale verzekering. Instellingen die geen overeenkomst hebben zijn voor hun financiering dan uitsluitend aangewezen op de particuliere vraag. Hetzelfde geldt voor gecontracteerde instellingen, voor dat deel van de zorg dat zij produceren boven het gecontracteerde deel. (PM: hiermee wordt de aandacht dus verlegd naar de zorginkoop. Vraag is of dat wel is toe te vertrouwen aan verzekeraars.)

Wat verder opvalt is dat het van toepassing worden van het WZV-regime en daarmee het verbod op winstoogmerk op privé-klinieken (vanaf dan zbc's) in de praktijk heeft geleid tot de omvorming van rechtspersonen. Vele B.V.'s werden stichtingen. Bij vergunningaanvragen wordt ook getoetst op de rechtsvorm van de onderneming. In wezen zegt de rechtsvorm echter niet veel over het al dan niet nastreven van winst; immers, ook een stichting mag winst maken, alleen de winstbestemming is beperkt(er). Veel belangrijker is het doel dat de onderneming nastreeft: niet alleen zoals dat statutair is vastgelegd, maar vooral zoals dat in de praktijk wordt nagestreefd.

## Bijlage 7

### Moderniseringsprojecten

#### Modernisering van de AWBZ

In de nota Zicht op zorg is een plan neergelegd voor modernisering van de AWBZ. Centraal daarin staan de omslag naar een vraaggestuurd systeem en de versterking van de verzekeraarsfunctie. Er zijn vier deelprojecten.

1. *Persoonsgebonden bekostigingsvormen*  
Cliënten krijgen na de indicatiestelling de keus tussen een pgb of zorg in natura (pnb). De bestaande pgb-systemen worden op elkaar afgestemd en het persoonsvolgend budget (pnb) zal verder worden ontwikkeld.
2. *Versterking van de uitvoering*  
Het zorgkantoor wordt er verantwoordelijk voor dat mensen hun AWBZ-aanspraken kunnen verzilveren. Het moet inzicht verwerven in de vraag en het aanbod in de regio, voldoende zorg contracteren en stimuleren dat afstemming plaatsvindt met aanpalende sectoren. De contracteerverplichting wordt afgeschaft en in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland en het CvZ wordt voor de zorgkantoren een systeem van visitatie en benchmarking opgezet. De regionale indicatieorganen moeten uiterlijk 2003 kunnen zorgen voor een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling in de drie AWBZ-sectoren, aangevuld met de Wvg en voorzieningen voor wonen en welzijn. Patiënten- en cliëntenorganisaties krijgen inbreng in de uitvoering van de AWBZ.
3. *Scheppen van juridische randvoorwaarden*  
Het gaat om de volgende activiteiten:
  - flexibiliseren en functioneel omschrijven van de aanspraken;
  - versterken zorginkoop via beleidsregels zorg op maat in het kader van de WTG;
  - transparant en prestatiegericht maken van de instellingsbekostiging;
  - herziening overeenkomstenmodel en geleidelijk afschaffen van de contracteerverplichting;

- herijking van het toelatingsbeleid;
- wettelijke verankering van de regiovisie.

4. *Aanwijzen en monitoren van koplopers*

Partijen die met voorrang vorm willen geven aan het nieuwe beleid krijgen ondersteuning. De ondersteuning is gericht op het oplossen van eventuele knelpunten en belemmeringen. Er wordt een netwerkstructuur georganiseerd waarin ervaringen kunnen worden uitgewisseld, bijvoorbeeld over slaag- en faalfactoren.

**Modernisering van de curatieve zorg**

In dit project is de bestuurlijke filosofie van de nota *Vraag aan bod* duidelijk herkenbaar. De overheid draagt verantwoordelijkheid voor de borging van de publieke belangen in de curatieve sector. De verzekeraar, de consument en de zorgverlener krijgen vrijheid en verantwoordelijkheid om de zorg lokaal en regionaal te organiseren. De overheid stelt een kader aan deze vrijheid. Dit kader bestaat uit een toetsbare omschrijving van publieke belangen. De overheid reguleert investeringsbeslissingen van nationaal belang. Er is een goed werkende incentive-structuur voor alle partijen. De sector wordt transparant gemaakt voor de (verschillen in) prestaties, kwaliteit en de producten en dienstverlening van alle betrokkenen. Per deelmarkt wordt de balans tussen vrijheid en regulering vastgesteld.

In de agenda voor de komende periode staan negen projecten, waarin maatregelen worden getroffen die de nieuwe rollen en verantwoordelijkheden van partijen mogelijk moeten maken, stimuleren en ondersteunen. Deze projecten worden in een samenhangend programma uitgevoerd.

1. *Operationeel maken van de publieke belangen in de curatieve sector*

De verzekeraars krijgen een wettelijke opdracht om normen, kengetallen of indicatoren op te nemen in de overeenkomsten met zorgaanbieders. Er komen normen voor aanvaardbare wachttijden. In het kader van de kwaliteitswetgeving worden normen en indicatoren ontwikkeld voor de kwaliteit van de geboden zorg. De kostenontwikkeling wordt reëel geraamd en bijgestuurd via de omvang van het verzekeringspakket, de kring van verzekerden of eigen betalingen.

2. *Het handhaven van de publieke belangen*

Normering en toezicht zijn de belangrijkste instrumenten. Het ministerie gaat partijen helpen om kengetallen, normen en indicatoren te ontwikkelen. Het geeft de Raden van Toezicht meer informatie over het functioneren van de instellingen. Het College Toezicht Zorgverzekeringen gaat bij zijn toezicht meer accent leggen op de doelmatigheid: de uitkomsten van het zorgsysteem voor de cliënt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het College Toezicht Zorgverzekeringen zullen hun toezicht op elkaar afstemmen.

3. *Aanpassen wet- en regelgeving aan een meer vraaggestuurd systeem*  
Uitgangspunt is het adagium: 'Geen regelgeving, tenzij'. De Wet ziekenhuisvoorzieningen wordt vervangen door de Wet exploitatie zorginstellingen. De werkingssfeer van de Wet tarieven gezondheidszorg en de tariefstructuur worden afgestemd op de marktstructuur van de diverse deelmarkten. De contracteerverplichting van de Ziekenfondswet wordt opgeheven, het overeenkomstenstelsel wordt herzien en de aanspraken worden functioneel omschreven.
4. *Het doorlichten van deelmarkten op structuur, gedrag en resultaten*  
Per deelmarkt wordt onderzocht wat de marktstructuur, het marktgedrag en de uitkomsten zijn. Onderzocht wordt hoe investeringsbeslissingen ten aanzien van infrastructurale projecten aan de verantwoordelijkheid van aanbidders kan worden overgelaten, voor welke beslissingen de overheid verantwoordelijk moet blijven en hoe de bekostiging daarop kan aansluiten. Er moet een duidelijke demarcatielijn komen tussen de invloed van de overheid en die van de verzekeraars. Onderzocht wordt op basis van welke criteria dat moet gebeuren.
5. *Transparant maken van de inkoopmarkt*  
De overheid gaat initiatieven ondersteunen om de zorgverzekeraars effectief te kunnen laten contracteren: deskundigheidsbevordering, transparant maken van markten en evaluatie van zorgprestaties.
6. *Goed consumentenschap/verantwoord kiezen*  
Aanbidders en verzekeraars krijgen de ruimte om het zorgaanbod regionaal in te vullen. Daardoor is er iets te kiezen. De positie van de consument zal worden versterkt

door hem onder andere de beschikkingmacht over zijn medisch dossier te geven. De informatievoorziening aan consumenten zal worden verbeterd in overleg met de consumenten- en patiëntenorganisaties. Een en ander wordt verder uitgewerkt in de nota consumentenbeleid Met zorg kiezen

7. *Het risicodragend maken van verzekeraars*  
Zorgverzekeraars zijn met ingang van 2000 nagenoeg volledig risicodragend voor de kosten van de extramurale zorgverlening. Over het financieringsmodel voor de intramurale curatieve zorg zijn eind 2000 afspraken gemaakt met Zorgverzekeraars Nederland. In 2005 moeten zorgverzekeraars in hoge mate risico lopen op alle productiegebonden onderdelen van de verstrekking.
8. *Modernisering ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg*  
Hierin past de ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek via diagnose behandelcombinaties (DBC's). Deze moet in 2003 operationeel worden. Vanaf 2001 start een soortgelijk project voor de ggz. De DBC's moeten zoveel mogelijk het karakter van een integrale kostprijs krijgen.
9. *Modernisering van de eerstelijnszorg*  
Het project is gericht op versterking van de organisatiestructuur, taakdifferentiatie en taakspecialisatie en een aangepaste 'gemoderniseerde' bekostiging en financiering. Er zullen diverse modellen voor eerstelijnsorganisaties worden ontwikkeld. Regionaal (regio-overleg) kunnen daarover beslissingen worden genomen. Voor de bekostiging van de huisartsenzorg dient het rapport van de commissie Tabaksblat. De bekostiging van de gezondheidscentra krijgt een structureel karakter.

## Bijlage 8

### Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	(Wet op de) Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BTW	Belasting over de toegevoegde waarde
BV	Besloten vennootschap
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College tarieven gezondheidszorg
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC's	Diagnosebehandelcombinaties
ECD	Economische Controle Dienst
EG	Europese Gemeenschap
EU	Europese Unie
ggz	geestelijke gezondheidszorg
Gw	Grondwet
NeVeP	Nederlandse Vereniging voor particuliere Thuiszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NRPK	Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NV	Naamloze vennootschap
OPTA	Onafhankelijke Post- en Telecommunicatie Autoriteit
pgb	persoonsgebonden budget
pvb	persoonsvolgend budget
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TVMD	Tijdelijke verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening
UvO	Uitkomst van Overleg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid
WBMV	Wet op de Bijzondere medische verrichtingen



WEZ	Wet exploitatie zorginstellingen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelings- overeenkomst
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WULBZ	Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenver- zekeringen
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZBC	Zelfstandige behandelcentra
ZBO	Zelfstandig bestuursorgaan
ZFW	Ziekenfondswet

## Bijlage 9

### Literatuur

Adviescommissie Inspectie voor de Gezondheidszorg. Op weg naar gezond vertrouwen; advies over de strategie voor de IGZ. Den Haag: Adviescommissie IGZ (commissie Abeln), 2001.

Alexander, J. en B.L. Lewis. The Financial Characteristics of Hospitals Under For-Profit and Nonprofit Contract Management. *Inquiry*, 21, Fall 1984, p. 230-242.

Bannenberg, G. en M. Boekholdt. Privacy en flexibele zorg. *ZorgVisie*, 2000, no. 10.

Bellers, H.J. Appels en peren. Waarborgfonds voor de Zorgsector bulletin, 3, juni 2001, no. 2.

Bellers, H.J. Structuur en werkwijze Waarborgfonds voor de zorgsector. *De Tijdstroom: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*.

Bijleveld, P.A.W. Nederlandse Vereniging van Particuliere woon-en/of zorgvoorzieningen. Jaarverslag 2000. Schalkwijk: NeVeP, 2000.

Borst maakt ruimte voor privé-kliniek. Wachtlijst dwingt tot koerswijziging. *Het Financiële Dagblad*, 27 april 2001

Bouwen aan de toekomst. Jaarverslag 2000 van de Ziekenhuisgroep Twente. Hengelo: Ziekenhuisgroep Twente, 2000.

Braakman, T. Enkele fiscale aspecten van het besturen van verenigingen en stichtingen. S.l.: Ernst & Young Belastingadviseurs, 2001.

Breda, S.W.G. van, I. Houkes-van Dijk en B.M. van Ineveld. Slaat de balans door? *ZM Magazine*, 2001, no. 1, p. 24-28.

Britse ziekenhuizen stappen nieuwe eeuw binnen. Den Haag: Kenniscentrum PPS-post, s.a.

- Broek, P. van den. Privatisering van de sociale zekerheid en de zorg: een paradox? *ZM Magazine*, 1999, no. 9, p. 2-4.
- Carbo, Ch. De markt aan zet. *ZorgVisie*, 2000, no. 12.
- Carbo, Ch. Geld verdienen. *ZorgVisie*, 2000, no. 1.
- Charter, D. Private health 'factories' to rescue NHS. London: *The Times*, May 15 2001.
- Chorus, J. Thuiszorg zucht onder prijzenslag. Rotterdam: NRC Handelsblad, 29 augustus 2001.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Sturing en financiering van de bouwkundige infrastructuur in andere landen van de Europese Unie. Signaleringsrapport. Utrecht: CBZ, 2001.
- College Tarieven Gezondheidszorg. Beleidsregel aanvullende inkomsten zorginstellingen. Utrecht: CTG, no. I-412/II-359/III-534.
- College Tarieven Gezondheidszorg. Maximumtarieven voor te declareren kosten door zbc's (29a) en daaraan gelijkgestelde instellingen (29b). Utrecht: CTG, juli 2000.
- Commissie Etty. De ontvoogding van de AWBZ: rapport van de MDW-werkgroep AWBZ. Den Haag: ministerie van Economische Zaken, 2000.
- Dartel, H. van. Robin Hood. *Zorgvisie*, 2001, no. 9.
- Davis M. Cutler (ed). *The Changing Hospital Industry: Comparing Not-for-Profit and For-Profit Institutions*. Chicago: III, University of Chicago Press, 2000.
- De Graeve, D., et al. Zorgbekostigingssystemen in zes Europese landen. *Acta Hospitalia*, 2001, no. 1.
- Delft, S. van. Privé-klinieken overtreden WVG. Nieuwsbrief *ZorgVisie*, 19 oktober 2001.
- Doyle, Y. and A. Bull. Role of private sector in United Kingdom healthcare system. *British Medical Journal*, 2000, 321, p. 563-565.
- Duynstee, R. Zorgvoorzieningen naar de beurs? *De SIGRA Informatief*, 2001, no. 10.

- Gibbels, M., Bekeerd tot de zorg, *ZorgVisie* 3, 2001.
- Gordon, L.J. en A. Bressler. Banking: Financial Trends in an Acquisitive Health Care Market-Focus on Long-Term Care. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 24, 1998, no. 4, p. 39-50.
- Gray, Bradford H. (ed). For-profit enterprise in health care. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press, 1986.
- Greene, B.B. Jr. Estimating the Indirect Effect of Hospitals via Complementary Health Care Firms. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 25, 1998, no. 2, p. 67-74.
- Haarsma, D. Sterke toename commerciële thuiszorgbureaus. Nieuwsbrief *ZorgVisie*, 16 februari 2001.
- Het rapport Kraamzorg kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid. Den Haag, oktober 2001.
- Hirth, R.A. Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes. *Journal of Health Economics*, 1999, no. 18, p. 219-240.
- Jeurissen, P.P.T. en T.E.D. van der Grinten. Zorg-for-profit onderzocht. *ESB*, 2001, 4314, p. 13-15.
- Jeurissen, P.P.T. Winst maken in de zorg. *ZM Magazine*, 2001, no. 5, p. 27-31.
- Josephson, G.W. Private Hospital Care for Profit? A Reappraisal. *Health Care Manage Rev*, 22, 1997, no. 3, p. 64-73.
- Keeler, E.B., G. Melnick en J. Zwanziger. The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior. *Journal of Health Economics*, 1999, no. 18, p. 69-86.
- Keen, J. Private health care: modernisation stops here. *British Medical Journal*, 320, 22 January 2000, p. 202.
- Kinderopvang en Belasting. Uitgave van Belastingdienst. Den Haag: Directie particulieren, januari 2000.

Knoors, E.G.M., E.L. Vrijland en L.A.M. van Zenderen. Van gedogen naar mogen: de regelgeving voor privé-klinieken en zelfstandige behandelcentra. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2000, no. 8, p. 482-497.

Lynk, W.J. en L.R. Neumann. Price and profit. Journal of Health Economics, 1999, no. 18, p. 99-116.

MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen medische Beroepen. Nooit meer wachten. Den Haag: MDW-werkgroep, 2001.

McPake, B. and A. Mills. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? Bulletin of the World Health Organization, 2000, no. 78, p. 6.

Mellema G.H. en H.C. Blanksma. Leeuwaren experimenteert met arbeidsgeneeskundig spreekuur. Medisch Contact, 53, no. 19, p. 650-652.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake tarifiering zelfstandige behandelcentra. Den Haag: VWS, 19 februari 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg met toekomst: een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Den Haag: VWS, 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal Wonen en zorg-op-maat.d.d. 25 juni 2001. Den Haag: VWS/VROM, 2001.

Minkman, M. en E.J. van Asselt. Een kwalitatieve beschrijving van de arbeidsmarkt in de commerciële zorgsector. Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek. Den Haag: Sdu Fulfilment, 1997.

Mulder, J.H. Dunning herzien: privatiseren maakt geld vrij voor publieke zorg. Medisch Contact, 56, 2001, no. 9, p. 329-332.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Privéklinieken. Zoetermeer: NRV, 1991.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. De wachtende werknemer. Zoetermeer: NRV, 1995.

Nyfer. Moeite met de markt. Breukelen: Nyfer, 1999.

Plomp, H.N. Ontwikkeling van de tweedelijnsarbodienstverlening: naar geïntegreerde ketens van verzekeraars en zorgaanbieders. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 144, 10 juni 2000, no. 24, p. 1165-1170.

Price, D., A.M. Pollock en J. Shaoul. Health Policy: How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. The Lancet, 354, 27 November 1999, p. 1889-1892.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Care en cure. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Richards, C., R. Dingwall en A. Watson. Should NHS patients be allowed to contribute extra money to their care? British Medical Journal, 323, 2001.

Snijders, H. Eerst grenzen stellen aan privé-klinieken. Amsterdam: Het Parool, 13 april 2001.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Noch markt, noch staat: de Nederlandse non-profit sector in vergelijkend perspectief. Den Haag: SCP, maart 2001.

Sociaal-Economische Raad. De winst van waarden. Den Haag: SER, 2000.

Sociaal-Economische Raad. Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing: rapport van de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen. Den Haag: SER, 1999.

Stegge, C. aan de. Private ondernemingen in de zorg: verplegen met winst? Zoetermeer: rapport aan de RVZ, 2001.

Stichting Health Management Forum. Platform privatisering in de gezondheidszorg: terreinverkenning en aandachtspunten voor beleid: resultaten besprekingen. Zoetermeer: HMF, 1999.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Antwoord van minister Borst-Eilers (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) op vragen van het lid Van Blerck-Woerdman (VVD) over het inzetten van privé-klinieken (1375). Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. Aanhangsel, p. 2867.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beleidsbrief Modernisering Curatieve Zorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 23619-18.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief d.d. 16 februari 2001 over Nota-overleg 5 februari 2001 'ontvoogding AWBZ'. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 24036 en no. 26631-166.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de staatssecretaris van VWS over modernisering AWBZ in het kader van marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 24036 en no. 26631-202.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de minister en de staatssecretaris van VWS over beleidsvoornemens in de thuiszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1995-1996. No. 23235-11.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de staatssecretaris van VWS over thuiszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 23235-64.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Memorie van Antwoord Wet Ziekenhuisbouw. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1969-1970. No. 19717, p. 5-6.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Notitie grensvlak arbodienstverlening en reguliere gezondheidszorg d.d. 30 augustus 1999. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 26200 XVI-86.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Herziening van het stelsel van overheidsbemoediging met het aanbod van zorginstellingen: wetsvoorstel exploitatie zorginstellingen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27659-1 t/m 3 en A.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Voortgangsrapportage Thuiszorg d.d. 14 juni 2001. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wachttijden en tweedeling. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1997-1998. No. 25170-6.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wachttijden in de curatieve zorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1997-1998. No. 25170-11.

Uitenbroek, D. Tweedeling in de gezondheidszorg. Medisch Contact, 55, 2000, no. 10, p. 343-346.

Vries, G. de. Medische wetenschap is steeds afhankelijker van commercie. Amsterdam: de Volkskrant, 22 februari 2001.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Het borgen van publiek belang: rapporten aan de regering. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2000.

Zenderen, B. van. Wet Exploitatie Zorginstellingen en bouwprocedure: inleiding Seminar Wetsvoorstel Wet Exploitatie Zorginstellingen. S.l.: s.n., 31 oktober 2001.





## Bijlage 10

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer.

#### Adviezen en achtergrondstudies

02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08

99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende ectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34

98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08

96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatistische jeugdzorg	EUR	9,08

#### **Bijzondere publicaties**

01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvies	EUR	11,34
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	EUR	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	EUR	17,92
De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij: SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop Postbus 200014, 2500 EA Den Haag Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83			

#### **Werkprogramma's**

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002		gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000		gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999		gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998		gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997		gratis

#### **Jaarverslagen**

01/06	Jaarverslag 2000 RVZ		gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ		gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ		gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ		gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ		gratis

#### **Magazines**

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59



**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,  
Zoetermeer;  
De Longte Dordrecht, omslag

Uitgave: 2002

ISBN: 90-5732-092-4

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van EUR 15,00 op bankrekeningnummer 19 23 24 322 ten name van VWS te Den Haag onder vermelding van RVZ en publicatienummer 02/01.*

© Raad voor de Volksgezondheid en zorg