

**'Nieuwe aanbieders'**  
**onder de loep:**  
een onderzoek naar private  
initiatieven in de gezondheidszorg

Drs. P.P.T. Jeurissen

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de  
Volksgezondheid en Zorg bij het advies Winst en  
gezondheidszorg

Zoetermeer, 2002



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Methode</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Private initiatieven: een divers beeld</b>	<b>9</b>
3.1	Inleiding	9
3.2	Domein private initiatieven	9
3.3	Rechtsvorm en eigendom	11
3.4	Compartimentering	13
3.5	Motieven oprichting particuliere zorg	14
3.6	Personele sterkte private zorg	15
<b>4</b>	<b>Kwaliteit en zorgproces</b>	<b>17</b>
4.1	Inleiding	17
4.2	Kwaliteit	17
4.3	Herkomst zorgvragers	18
4.4	Afwijzen patiënten en cliënten	23
4.5	Samenwerking en betrokkenheid van andere aanbieders	24
<b>5</b>	<b>Marktbewerking</b>	<b>26</b>
5.1	Inleiding	26
5.2	Doelgroepen	26
5.3	'Verwijzers'	29
5.4	Financiers	30
<b>6</b>	<b>Toetredingsbelemmeringen</b>	<b>32</b>
6.1	Inleiding	32
6.2	Toetredingsbelemmeringen	32
<b>7</b>	<b>Financiering en bekostiging</b>	<b>36</b>
7.1	Inleiding	36
7.2	Inkomsten	36
7.3	Investerings- en vermogensverrijking	39
7.4	Omzet en winstontwikkeling	43
<b>8</b>	<b>Conclusies en beschouwing</b>	<b>51</b>
8.1	Inleiding	51
8.2	Trends	51
8.3	Redenen voor private zorgverlening	54
8.4	Resultaten	56
8.5	De 'toekomst' van private zorg	58

## Bijlagen

1.	Enquête private initiatieven in de zorg	63
2.	Lijst van afkortingen	77
3.	Literatuur	79
4.	Overzicht publicaties RVZ	81

## 1 Inleiding

Sinds de plannen van de commissie Dekker kent de gezondheidszorg het beleidsparadigma van de geregleerde concurrentie. Marktwerking en vraaggerichtheid vormen in combinatie met een brede toegankelijkheid de centrale waarden waartegen beleidsvoornemens worden afgezet. Ook in de meest recente stelselnota van het Kabinet zijn deze waarden gecontinueerd (Vraag aan bod, 2001).

Zonder dat dit de bedoeling was, heeft deze beleidsvisie ermede toe geleid dat er aanbieders buiten de reguliere gezondheidszorg zijn ontstaan (figuur 1.1). Deze nieuwe aanbieders werken veelal in meer of mindere mate met een commercieel oogmerk. Het beleid was echter weliswaar gericht op marktwerking, maar tegelijkertijd op het voorkomen van het nastreven van winst. Het is de nieuwe initiatieven van tijd tot tijd dan ook behoorlijk lastig gemaakt (Knoors, Vrijland en Van Zenderen, 2000). Inmiddels bestaan er desalniettemin een groot aantal levensvatbare 'private initiatieven'. Momenteel zijn dit er circa 250. De verwachting is dat dit aantal in de nabije toekomst verder zal toenemen (Volkskrant, 19 oktober 2001).

**Figuur 1.1 Oprichting private zorgvorm**

Start geënquêteerde initiatieven	
Voor 1985	13,4%
1985 – 1993 (Dekker & Simons)	31,5%
1994 – heden (Borst)	55,1%

Bron: RVZ (eigen bewerking)

In de discussie over commercie in de zorg hebben retoriek en ideologie altijd een belangrijke rol gespeeld. In het verleden is een aantal partiële onderzoeken uitgevoerd (Bakkenist, 1993; NIVEL, 1997; Research voor Beleid, 1999). Het ontbreekt echter aan actueel en integraal feitenmateriaal. Om deze reden heeft de Raad een eigen enquête uitgevoerd naar een groot aantal organisaties op dit terrein. De Raad wil de resultaten van deze enquête voor een breed publiek beschikbaar stellen. Hiermee draagt zij bij aan meer feitelijke informatie over dit onderwerp.

De centrale vraag van deze achtergrondstudie is hoe private organisaties functioneren op hun markten. Hiermee kunnen uitspraken gedaan worden over de verwachte ontwikkelingen rondom private en commerciële zorgverlening. In het bijzonder wordt een onderscheid gemaakt naar een viertal deelmarkten (curatieve zorg, thuiszorg, intramurale ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) en naar de rechtsvorm (besloten vennootschap en stichting).

Deze achtergrondstudie bestaat uit verschillende delen. Op de eerste plaats wordt de gehanteerde onderzoeksmethode uiteengezet (hoofdstuk 2). De volgende vijf hoofdstukken bespreken thematisch de belangrijkste resultaten van de enquête. In hoofdstuk drie worden enkele basiskennmerken van de onderzochte initiatieven besproken. Dit betreft bijvoorbeeld de rechtsvorm, de eigendomsverhoudingen, de omvang en de oprichtingsmotieven. In hoofdstuk 4 komen een aantal aspecten van kwaliteit en zorgverlening aan de orde. Het gaat hier bijvoorbeeld over het publiceren van een kwaliteitsjaarverslag en de herkomst van de patiënten. Hierna volgt de wijze van marktwerking door private aanbieders (hoofdstuk 5). Relaties met verwijzers en de verspreiding van informatie zijn belangrijke onderdelen in dit hoofdstuk. Hoofdstuk 6 bespreekt de belangrijkste toetredingsbelemmeringen van private organisaties zoals wet- en regelgeving, reguliere aanbieders en overheden. Een apart hoofdstuk is gewijd aan de financiering van deze initiatieven (hoofdstuk 7). Inkomsten, investeringen, reserves, omzet- en winstontwikkeling van private zorg komen hierbij aan bod. Na de presentatie van de belangrijkste resultaten in de hoofdstukken 3 tot en met 7, worden deze vervolgens besproken en geanalyseerd in hoofdstuk 8.

## 2 Methode

De Raad heeft er in dit onderzoek voor gekozen om een enquête uit te voeren onder een groot aantal private initiatieven. Deze enquête telt eenenvijftig vragen. Deze vragen hebben betrekking op personeel, kwaliteit, financiering, zorgverlening, toetredingsbelemmeringen en marktwerking. Hiernaast is er een aantal algemene vragen gesteld. Onderzoekers van de Erasmus Universiteit zijn betrokken geweest bij het de wijze waarop deze vragen zijn geformuleerd. De vragenlijst is als aparte bijlage aan deze achtergrondstudie toegevoegd.

In deze studie worden organisaties onderzocht die zich begeven op de zorgmarkt. Deze organisaties hebben doelstellingen die zij in het reguliere systeem niet of niet goed kunnen verwezenlijken. Dit kan het winstoogmerk zijn, maar dat hoeft niet. Er kunnen ook andere redenen zijn om deze organisaties te starten. De moeilijke toegang tot de reguliere financiering is het samenbindende element van deze nieuwe organisaties. In deze studie spreken we dan over particuliere of private zorg. Dit in tegenstelling tot publieke zorg die overigens wel door private partijen wordt uitgevoerd.

De enquête is verzonden naar initiatieven en organisaties op een viertal terreinen. In de curatieve zorg zijn enquêteformulieren verstuurd naar zelfstandige behandelcentra, privé-klinieken en bedrijvenpoli's. In de thuiszorg zijn, naast de particuliere thuiszorg ook alle reguliere organisaties geënquêteerd. Ditzelfde is ook in de geestelijke gezondheidszorg gebeurd. De Raad heeft dit gedaan omdat hier de meeste private initiatieven bestaan. In de intramurale ouderenzorg zijn alleen zuiver particuliere initiatieven onderzocht. Het is de Raad gebleken dat hiernaast nog een grote groep zeer diverse organisaties bestaat die zich hoofdzakelijk beweegt op het terrein van preventie en levensstijl. Veel van deze diensten zijn echter geen gezondheidszorg in de eigenlijke zin. De Raad heeft deze organisaties dan ook geen enquête toegezonden. Ook in de gehandicaptenzorg is geen specifiek onderzoek gedaan. De reden hiervoor is dat het hier vaak 'zelfzorg' initiatieven van ouders betreft, waarbij ondernemen een specifieke invulling krijgt. Wel leveren sommige thuiszorgorganisaties ook zorg aan gehandicapten.

De Raad heeft voor de verzending gebruik kunnen maken van diverse adressenlijsten<sup>1</sup>. Deze waren in een aantal gevallen gedateerd. Bovendien zijn op basis van trial and error ook veel reguliere organisaties aangeschreven. Indien hiervoor wordt gecorrigeerd, is na een schriftelijke herinnering, een respons van 50% bereikt<sup>2</sup>. Bij bedrijvenpoli's was dit aandeel echter opvallend lager. Veel van deze initiatieven lijken inmiddels niet meer te bestaan<sup>3</sup>. Uiteindelijk hebben 120 organisaties de enquête teruggestuurd. Deze enquêtes zijn vervolgens door het RISBO ingevoerd in een speciaal hiervoor gemaakte database. De analyse is vervolgens door het secretariaat van de Raad zelf ter hand genomen.



## **3 Private initiatieven: een divers beeld**

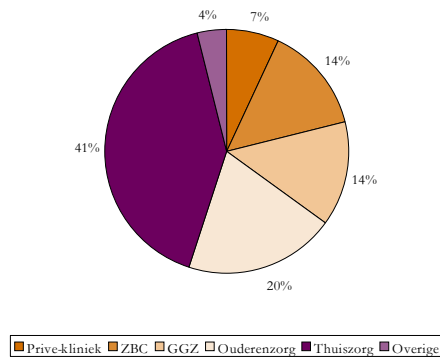
### **3.1 Inleiding**

In de nu komende hoofdstukken worden de resultaten van de enquête gepresenteerd. Begonnen wordt met de algemene kenmerken van de onderzochte organisaties. In dit hoofdstuk komt achtereenvolgens aan de orde het domein van deze organisaties, de rechtsvorm en eigendomsverhoudingen, de compartimentering, de motieven voor oprichting en de personele omvang. Uit de beschrijving van deze algemene gegevens valt de conclusie te trekken dat er bij de private zorgvormen sprake is van een divers beeld.

### **3.2 Domein private initiatieven**

Een beschrijving van de 'particuliere organisatie' valt moeilijk te geven. Het verschijnsel private zorg 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. Uit figuur 3.1 blijkt dat men op een veelheid van terreinen actief is, met een nadruk op de AWBZ-sectoren. Dit is bijzonder omdat de maatschappelijke discussie zich vooral toespitst op curatieve initiatieven.

**Figuur 3.1** Verdeling private organisaties naar zorgdomein



Binnen elke sector is bovendien sprake van een grote verscheidenheid aan geleverde diensten. Deze verscheidenheid bestaat eveneens ten opzichte van de activiteiten van reguliere organisaties. In de curatieve zorg bestaan veel activiteiten op het gebied van de plastische - en esthetische chirurgie. In mindere mate zijn er ook veel activiteiten op het terrein van de dermatologie, de oogheelkunde en de arbeidsgerichte interventies. Het gaat om electieve programma's en de diensten van deze aanbieders vinden plaats in een poliklinische omgeving met dagbehandelingsfaciliteiten. 24-uursopnames zijn immers verboden. Men doet ook relatief veel verrichtingen die niet onder een aanspraak in het kader van de ziekenfondswet vallen.

De particuliere thuiszorg heeft een relatief hoog aandeel kraamzorg. Kraamzorg is een onderdeel van de aanspraken in de Ziekenfondswet. De AWBZ-aanspraak voor thuiszorg is op dit moment nog beperkt tot maximaal drie uur per dag. De particuliere thuiszorg levert relatief veel zorg die hier niet helemaal aan voldoet zoals terminale zorg. Intensieve thuiszorg en 24-uurszorg. Steeds meer levert particuliere thuiszorg ook de normale thuiszorgverstrekking.

In de particuliere intramurale ouderenzorg is er weinig spreiding in de aard van het product. Dit betreft 24-uursverblijf. Cliënten kunnen wel opteren voor verschillende serviceniveaus. Desalniettemin heeft de ouderenzorg van alle particuliere zorgvormen het meest een homogeen product.

Particuliere organisaties in de geestelijke gezondheidszorg richten zich ofwel hoofdzakelijk op de arbeidsgerelateerde dienstverlening of op dienstverlening daarbuiten. De arbeidsgerelateerde dienstverlening is sterk curatief van aard. Het gaat hier om cognitieve gedragstherapieën voor werknemers met burn-out-klachten. Bij zorg buiten het arbeidsgerelateerde circuit gaat het om verslavingsproblematiek en in mindere mate om hulpverlening vanuit levensbeschouwelijke grondslag.

### 3.3 Rechtsvorm en eigendom

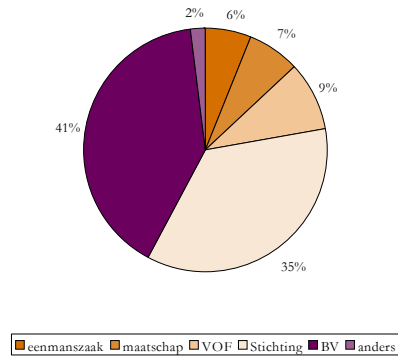
#### *Rechtsvorm*

De organisaties hebben een verscheidenheid aan rechtsvormen maar de besloten vennootschap (BV) en de stichting zijn dominant (figuur 3.2). Deze verscheidenheid aan rechtsvormen illustreert tot op zekere hoogte de verscheidenheid aan ondernemingsdoelstellingen die deze organisaties hanteren. Zo is het uitkeren van winst aan derden, wat in beginsel verboden is in een stichting, niet altijd een hoofddoel van deze organisaties. Omgekeerd hoeft een besloten vennootschap ook niet het nastreven van winst als hoofddoelstelling te hebben. Statutaire doelstellingen kunnen verschillen. Particuliere organisaties kunnen ook 'non-profit' motieven hebben.

Er zijn geen grote verschillen tussen de verschillende particuliere zorgsectoren voor wat betreft hun rechtsvorm. De enige uitzondering hierop vormen de curatieve initiatieven. In deze sector komt de stichtingsvorm relatief vaker voor (45,8%) en de besloten vennootschap juist wat minder (33,3%). Omdat de overheid de zelfstandige behandelcentra heeft verplicht om de stichtingsvorm te hanteren, werken veel exploitanten inmiddels met beide rechtsvormen (Knoors, Vrijland en Van Zenderen, 2001).

In de thuiszorg komt de rechtsvorm van de besloten vennootschap (43,9%) en ook van de eenmanszaak (9,8%) juist iets meer voor. Rechtsvormen met een duidelijk winstoogmerk spelen in de eerste compartimentszorg dan ook een iets grotere rol dan in de curatieve zorg. Dit vertaalt zich ook naar het beleid. In het eerste compartiment, met name in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg is commercie wat meer geaccepteerd dan in het tweede compartiment. Zo kunnen commerciële thuiszorgorganisaties sinds 1 januari 2001 weer een toelating krijgen tot de AWBZ.

**Figuur 3.2 Rechtsvorm**

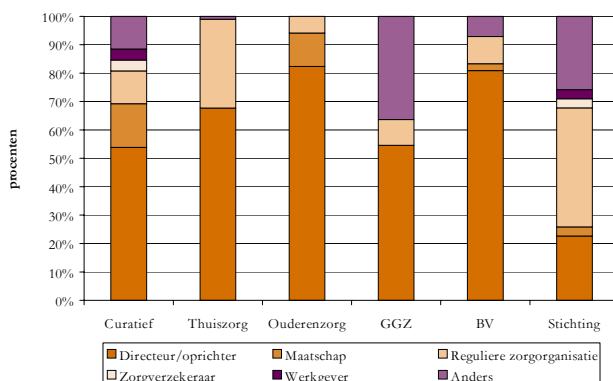


### *Eigendom*

De meeste organisaties hebben een directeur/oprichter als eigenaar (figuur 3.3). In de particuliere ouderenzorg is dit zelfs meer dan 70%. Bij besloten vennootschappen (87,5%) is dit duidelijker dan bij stichtingen (21,9%). 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. De vervlechting tussen reguliere en private organisaties lijkt hier het verst te zijn voortgeschreden. In de curatieve zorg is een maatschap soms de eigenaar van een kliniek. De rol van werkgevers en zorgverzekeraars in de eigendomsverhoudingen was op het moment van onderzoek nog erg beperkt.

Reguliere organisaties kiezen veelal voor de stichting als de rechtsvorm voor een private dochter (75%). Stichtingen worden überhaupt vaak door een reguliere instelling beheerd (40,6%). Reguliere instellingen opteren bij private activiteiten dus vaak voor hun eigen rechtsvorm. Stichtingen geven in 22% van de gevallen aan een directeur/oprichter als eigenaar te hebben.

**Figuur 3.3 Eigenaar**

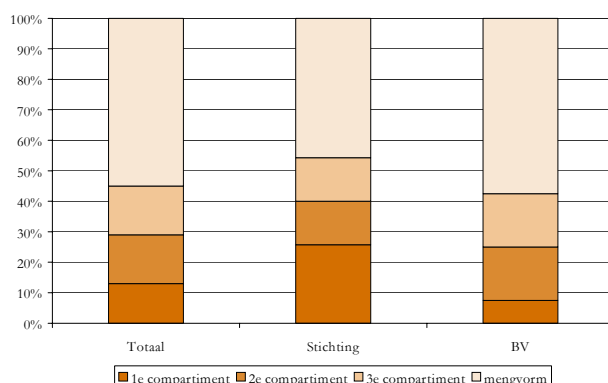


### 3.4 Compartimentering

De meeste private initiatieven zijn niet in een bepaald compartiment in te delen, maar opereren in meerdere compartimenten (figuur 3.4). Het derde compartiment maakt van vrijwel al deze mengvormen deel uit. Dit betekent dat (basis)zorg gecombineerd met andere producten wordt aangeboden. Een voorbeeld is luxe zorg. De luxe valt dan in het derde compartiment, maar is niet te koop zonder de zorg uit het tweede of eerste compartiment. Het gevolg is mengvormen in het zorgaanbod.

Private zorg vindt in de praktijk niet zozeer binnen de publieke aanspraken plaats, maar meer daarbuiten en aan de randen. Hierbij zijn besloten vennootschappen nog iets meer afhankelijk van het derde compartiment en mengvormen dan stichtingen (figuur 3.4). Tenzij private zorg zich ook toegang tot het eerste en tweede compartiment verwerft, leidt een groei van private initiatieven dus veelal ook tot een groei van het derde compartiment. Particuliere organisaties zijn in de praktijk dus erg afhankelijk van financiering vanuit het derde compartiment.

**Figuur 3.4 Particuliere zorg per compartiment**



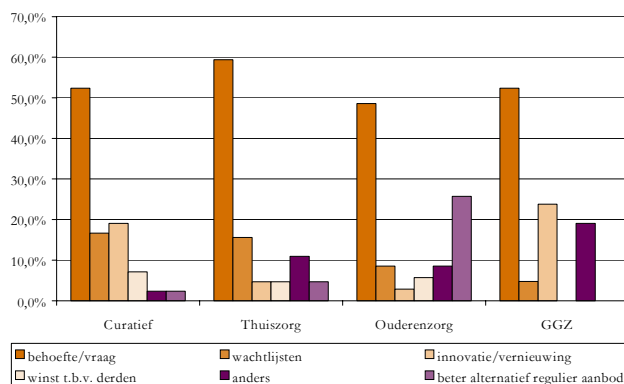
### 3.5 Motieven oprichting particuliere zorg

Het inspelen op de vraag is de belangrijkste reden voor de oprichting van private initiatieven (figuur 3.5). Die vraag ontstaat doordat producten niet op een andere wijze beschikbaar zijn of duurder zijn. Luxe zorg is een voorbeeld van zorg die in het reguliere circuit slechts beperkt beschikbaar is. Arbeidsgerelateerde zorg is hiervan een ander voorbeeld. Binnen de kraamzorg wordt vooral op prijs geconcurrereerd waarbij particuliere aanbieders niet zelden het goedkoopst zijn.

Innovatie en vernieuwing vormen binnen de curatieve zorg en de geestelijke gezondheidszorg eveneens een motief voor private zorg. Zo hebben kortdurende, cognitieve, op burn-out gerichte therapieën een beperkte plaats binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg. De particuliere sector heeft hier een voorloperspositie. Het gaat hier veelal om toepassingen op het terrein van de arbeidsgerelateerde dienstverlening.

Anders dan je misschien zou verwachten, speelt het uitkeren van winst ten behoeve van derden niet meer dan een marginale rol. Ook bij de besloten vennootschappen is dit motief slechts van beperkte betekenis (10,1%). Het bestaan van wachtlijsten is ook geen belangrijke reden om private zorgvormen op te richten. Dit speelt alleen in de curatieve zorg en in de thuiszorg een zekere rol.

**Figuur 3.5** Belangrijkste motieven oprichting organisatie



### 3.6 Personele sterkte private zorg

De omvang van de private zorg is op dit moment nog steeds beperkt. Kleinschaligheid is een kenmerk waaraan de meeste van deze organisaties voldoen. In de meeste organisaties is het aantal fte's dan ook niet meer dan twintig. Echte grote organisaties zijn relatief zeldzaam, maar komen in de thuiszorg en in mindere mate in de geestelijke gezondheidszorg zeker voor. Alleen in de thuiszorg bestaat een redelijke mate van spreiding van personeelscategorieën. In figuur 3.6 staat het gemiddelde aantal werknemers en fte's per organisatie.

**Figuur 3.6** Gemiddelde personele sterkte private zorg

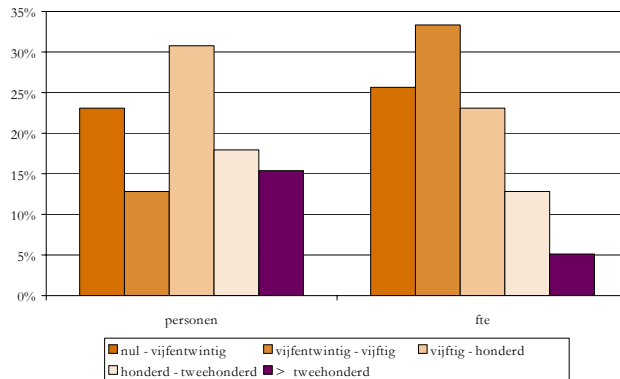
	Personen	Fte's
Curatieve initiatieven	17,6	12,2
Thuiszorg	107,7	50,5
Ouderenzorg	19,7	13,7
Geestelijke gezondheidszorg	51,7	40,7

De personele capaciteit is in de AWBZ-gerelateerde zorg het grootst. Curatieve initiatieven hebben gemiddeld de kleinste omvang. In de thuiszorg wordt veel in deeltijd

gewerkt. Op basis van de gegevens uit de enquête wordt geschat dat er circa 16.000 mensen en 8.500 fte's werkzaam zijn in de particuliere tak van deze vier sectoren. In 1997 is hier reeds een keer eerder een indicatieve schatting van gemaakt die lager uitkomt (Minkman en van Asselt, 1997). De veronderstelling dat particuliere zorg groeit wordt hierdoor ondersteund.

In de zorgsector werken momenteel circa 964.000 mensen op 677.400 fulltime banen (Zorgnota 2002). Dit betekent dat de particuliere sectoren minder dan 2% van de totale werkgelegenheid in de zorgsector uitmaken. Van sector tot sector bestaan hierin echter grote verschillen.

**Figuur 3.7**      **Personele sterkte particuliere thuiszorginstellingen**





## **4 Kwaliteit en zorgproces**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk komen twee aspecten aan de orde. Op de eerste plaats is geprobeerd een beeld te krijgen van de plek die kwaliteitsbeleid inneemt bij de particuliere zorgaanbieders. Op basis hiervan zijn echter geen conclusies over de kwaliteit van de zorg in deze organisaties te trekken. Daarvoor is een uitgebreid inspectieonderzoek noodzakelijk.

Er is ook gekeken naar het zorgproces zelf. Dit is gedaan op een drietal onderdelen. Er is in kaart gebracht op welke wijze patiënten en cliënten in aanraking komen met de particuliere zorgaanbieders en om hoeveel zorgvragers dit gaat. Vervolgens is bezien of deze patiënten vaak worden afgewezen en in hoeverre deze nieuwe aanbieders contacten met andere organisaties hebben voor het verlenen van hun zorg.

Op basis van de gegevens in dit hoofdstuk kan worden geconcludeerd dat de kwaliteitsborging bij particuliere aanbieders op een aantal punten vergelijkbaar is met reguliere organisaties. Vele tienduizenden Nederlanders komen elk jaar in aanraking met deze organisaties. Zij doen dit relatief vaak op eigen initiatief en zonder verwijzing. Als mensen worden geweigerd komt dit vaak door medische redenen of door gebrek aan financiering.

### **4.2 Kwaliteit**

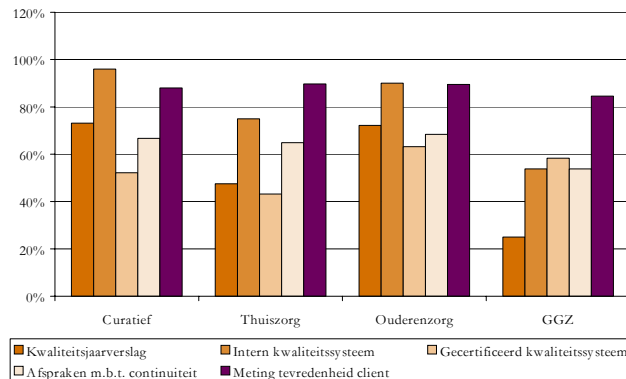
Op grond van de kwaliteitswet zijn instellingen verplicht elk jaar een kwaliteitsjaarverslag te maken (artikel 5 kwaliteitswet). Deze verplichting geldt ook voor private organisaties. Niet alle private organisaties hebben echter een kwaliteitsjaarverslag (figuur 4.1). Overigens is dit in de reguliere organisaties ook niet het geval. Een vergelijkingsmaatstaf hiervoor zou de respons van gezondheidscentra kunnen zijn. Deze hebben, evenals de private organisaties veelal een beperkte omvang en een extramuraal karakter. In Nederland zijn ongeveer 130 gezondheidscentra. Hiervan hebben 53 in 2000 (41%) een kwaliteitsjaarverslag naar de inspectie gestuurd (IGZ, 2001). In de private zorg ligt dit iets hoger, maar niet alle private organisaties zullen hun kwaliteitsjaarverslag daadwerkelijk naar de inspectie hebben gestuurd, omdat zij bijvoorbeeld slechts

gedoogd worden. Op basis van deze gegevens concluderen we met de nodige voorzichtigheid dat de kwaliteitsborging van de private organisaties op dit punt vergelijkbaar lijkt met de reguliere zorg.

In de particuliere zorg zijn er ook verschillen. Met name organisaties in de geestelijke gezondheidszorg publiceren minder kwaliteitsjaarverslagen. Tegelijkertijd hebben deze instellingen echter wel weer relatief vaak een gecertificeerd kwaliteitssysteem.

Tussen besloten vennootschappen en stichtingen bestaan ook geen grote verschillen. Zo publiceren besloten vennootschappen ongeveer even vaak als een stichting een kwaliteitsjaarverslag. Wel hebben besloten vennootschappen (68,4%) relatief vaak een gecertificeerd kwaliteitssysteem ten opzichte van stichtingen (46,9%).

**Figuur 4.1 Kwaliteitsborging private organisaties**



### 4.3 Herkomst zorgvragers

De zorgvragers komen op veel verschillende manieren bij de private aanbieders. Het is opvallend dat de doelgroepen bij alle zorgvormen relatief vaak uit zichzelf of via de familie komen. Bij besloten vennootschappen is dit vaker het geval dan bij stichtingen. Een ander opvallend verschijnsel is dat de patiëntenorganisaties nauwelijks een rol spelen bij de verwijzingen naar de particuliere zorg.

De herkomst van de zorgvragers per deelmarkt wordt in de rest van deze paragraaf besproken. Dat het hierbij inmiddels om aanzienlijke aantallen patiënten en cliënten gaat, blijkt uit figuur 4.2. Deze figuur bevat een indicatie, op basis van de enquête, van het gemiddelde productieniveau per private organisatie.

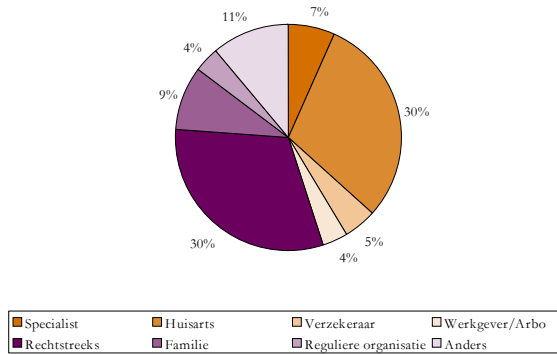
**Figuur 4.2** Gemiddeld aantal zorgvragers per initiatief

	(Para) medische indicatie	(Para) medische behandeling	Second opinion	Verpleging en verzorging	Wonen	Anders
Curatief	4288	1850	363	8		2150
Thuiszorg	22			509		
Ouderenzorg				16	11	
GGZ	1245	1953	140	pm		178

#### *Curatieve zorg*

In de curatieve zorg is, naast de rechtstreekse komst van patiënten, de huisarts de grootste verwijzer (30%). Reguliere organisaties en verzekeraars, maar ook de specialisten en de werkgevers, spelen een beperkte rol bij de toevoer van zorgvragers naar deze initiatieven (figuur 4.3). Op basis van de ingevulde gegevens wordt geschat dat per jaar ongeveer 450.000 indicaties, behandelingen en second opinions in deze klinieken plaatsvinden (figuur 4.2). In 1992 werden er nog circa 200.000 patiënten behandeld (Bakkenist, 1993).

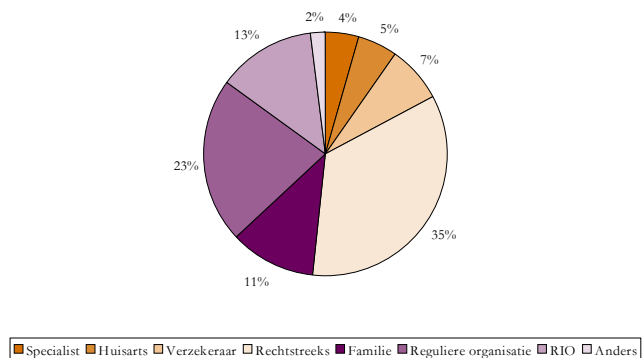
**Figuur 4.3**      **Herkomst patiënten curatieve zorg**



*Particuliere thuiszorg*

In de thuiszorg zijn reguliere organisaties belangrijk bij de verwijzingen naar particuliere organisaties (23%). Een belangrijke oorzaak hiervan is het in deze sector relatief grote aantal verbindingen tussen de reguliere zorg en de private aanbieders. Bovendien wordt in deze sector veel gewerkt met onderaannemerschap. De huisarts speelt in de verwijzingen nog maar een zeer beperkte rol (5%). Op dit moment krijgen ongeveer 45.000 cliënten per jaar thuishulp van een private organisatie (figuur 4.2). Op een aantal nichemarkten hebben particuliere aanbieders een belangrijke positie (kraamzorg, intensieve thuiszorg). Sinds 1 januari 2001 kunnen private thuiszorginstellingen weer een toelating tot erkende instelling krijgen. Als gevolg hiervan neemt de marktpositie van particuliere aanbieders momenteel snel toe.

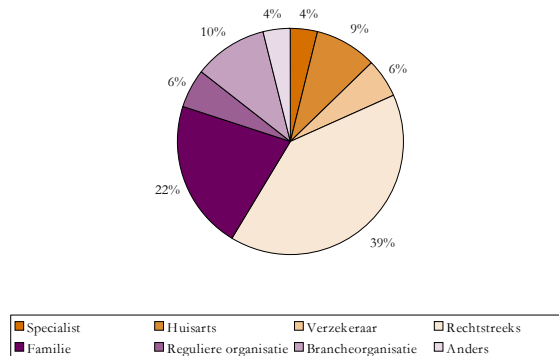
**Figuur 4.4**      **Herkomst cliënten thuiszorg**



*Particuliere ouderenzorg*

In de ouderenzorg komt meer dan zestig procent van de cliënten rechtstreeks (figuur 4.5). De oorzaak hiervan moet gezocht worden in de specifieke aard van deze zorgproducten. De persoonlijke indruk van de cliënt speelt immers een belangrijke rol in het keuzeproces voor een voorziening met een 24-uursverblijf. Opvallend is verder, dat de ouderenzorg de enige sector is waarbij de brancheorganisatie een rol speelt bij de instroom van cliënten (10%). In Nederland geven waarschijnlijk ongeveer 1.000 ouderen op deze manier invulling aan hun behoefte aan verpleeg- en verzorgingshuiszorg (figuur 4.2).

**Tabel 4.5**      **Herkomst cliënten ouderenzorg**

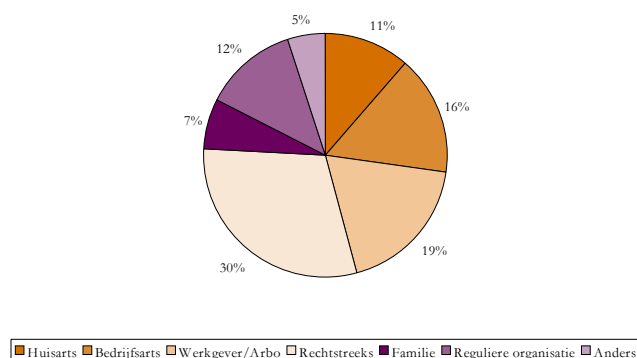


*Geestelijke gezondheidszorg*

In de geestelijke gezondheidszorg komen de cliënten bijna net zo vaak vanuit de bedrijfsarts of de werkgever als rechtstreeks. Ook reguliere organisaties en de huisarts zijn niet onbelangrijk in het verwijzingsproces. Dit zorgt ervoor dat de geestelijke gezondheidszorg van alle sectoren de meest evenwichtige verdeling van verwijzers heeft (figuur 4.6). In deze sector komen de cliënten relatief vaak via grote instituties, zoals werkgevers en reguliere instellingen.

In de geestelijke gezondheidszorg bestaan relatief grote en kleinere organisaties naast elkaar. De schatting van het aantal behandelingen is hierdoor enigszins gecompliceerd. Op basis van de ingevulde gegevens vinden er per jaar ongeveer 100.000 indicaties, behandelingen en second opinions plaats in de particuliere geestelijke gezondheidszorg. Hiernaast krijgen maximaal 1.000 mensen voor kortere of langere termijn verpleging en verzorging.

**Figuur 4.6**      **Herkomst cliënten geestelijke gezondheidszorg**

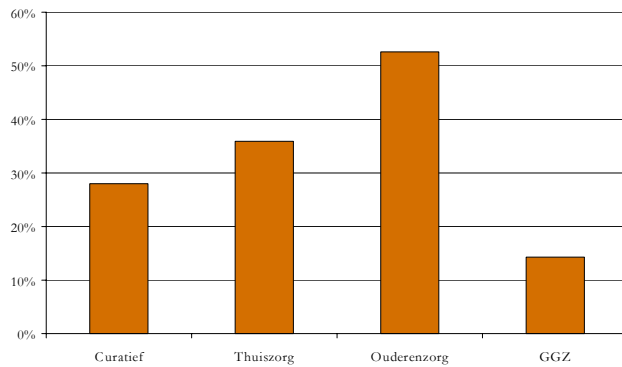


#### **4.4 Afwijzen patiënten en cliënten**

Het niet in behandeling nemen van patiënten en cliënten kan een indicator zijn voor de toegankelijkheid van de zorg. Van alle vier de sectoren gebeurt dit relatief het minst in de geestelijke gezondheidszorg en het meest in de ouderenzorg (figuur 4.7). In zowel de thuiszorg als de ouderenzorg is het gebrek aan capaciteit de belangrijkste reden waarom mensen worden geweigerd. In de curatieve zorg is het (medische) risico bij behandeling een reden voor weigering.

In deze sector bestaat dus duidelijk een spanning tussen toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Het feit dat men geen vergoeding voor de zorg kan krijgen, is in geen van de sectoren een dominante reden, maar verklaart wel tussen de twintig en dertig procent van het aantal afwijzingen. Opvallend genoeg is dit bij stichtingen (33%) hoger dan bij besloten vennootschappen (23%).

**Figuur 4.7**      **Organisaties die regelmatig zorgvragers weigeren**



#### **4.5 Samenwerking en betrokkenheid van andere aanbieders**

Particuliere aanbieders kunnen voor het zorgproces eveneens andere aanbieders inschakelen. Als zij dit doen omdat deze organisaties betere deelproducten leveren, verhoogt dit de kwaliteit. De kleinschaligheid van veel initiatieven maakt gedeeltelijke uitbesteding vaak ook onvermijdelijk.

In woonvoorzieningen kunnen cliënten vaak extra dienstverlening van derden krijgen (figuur 4.8). In de ouderenzorg worden dan ook relatief de meeste diensten door derden geleverd. Dit heeft ook te maken met de hoge zorgintensiteit die ouderen nodig hebben. Hierdoor worden huisarts en specialist regelmatig geconsulteerd en komt de thuiszorg veelvuldig langs.

Curatieve initiatieven maken vaak gebruik van de diensten van ziekenhuizen en laboratoria. Overigens gaat het hier vaak om dezelfde soort functies, want bij ziekenhuisdiensten moet ook worden gedacht aan de medisch ondersteunende functies, zoals de radiologie.

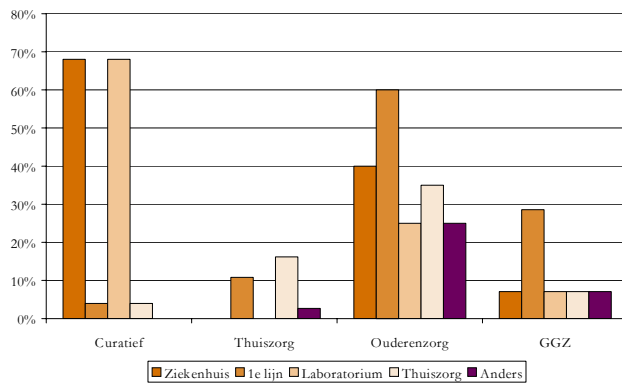
De thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg opereren betrekkelijk zelfstandig. Zij maken weinig gebruik van de diensten van anderen. In de geestelijke gezondheidszorg heeft



men soms de diensten van anderen nodig om bijvoorbeeld psychofarmaca te kunnen voorschrijven.

Stichtingen maken meer gebruik van diensten van derden dan de besloten vennootschappen. Dit doet zich vooral voor bij de dienstverlening van ziekenhuizen (+19,8%), laboratoria (+9%) en in mindere mate de thuiszorg (+4,4%). Stichtingen zijn ook relatief vaak actief in de curatieve zorg en zijn in de thuiszorg relatief vaak verbonden aan een reguliere instelling.

**Tabel 4.8 Private organisaties met diensten voor derden**



## 5 Marktbewerking

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de wijze waarop de particuliere zorg aan marktbewerking doet. Dit wordt gedaan vanuit een drietal relaties die hiervoor van belang zijn.

Op de eerste plaats de relatie tussen zorgvrager en private zorgverlener. Van belang is het om te weten hoe de zorgvragers benaderd worden en waarom deze zorgvragers naar deze initiatieven komen.

Vervolgens komt de relatie tussen particuliere zorgaanbieders en de verwijzers aan bod. Het gaat dan om de vraag op welke verwijzers deze aanbieders zich nu eigenlijk richten. Ditzelfde geldt ook voor een derde belangrijke relatie, die tussen aanbieder en financier.

### 5.2 Doelgroepen

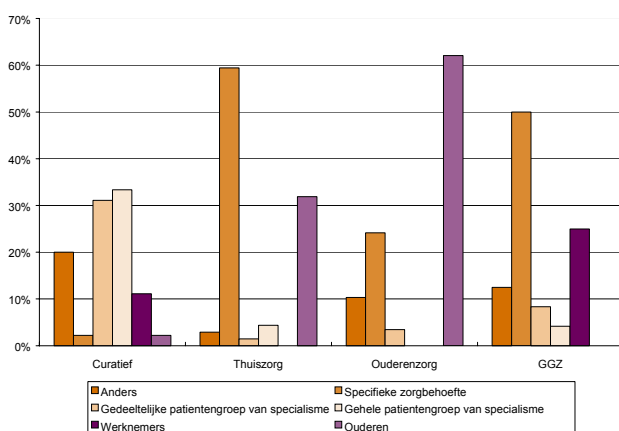
#### *Soort doelgroep*

De private initiatieven zijn in de regel gericht op specifieke behandelingen of specifieke doelgroepen (figuur 5.1). Zij dekken geen breed scala aan verrichtingen en behandelingsvormen zoals bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen dat doen. Curatieve initiatieven richten zich meestal op patiënten van één specialisme, waarbinnen zij vaak ook weer gespecialiseerd zijn in bepaalde diagnoses en behandelingen. Hierbuiten vormen esthetische behandelingen een heel eigen markt.

In de thuiszorg en de ouderenzorg zijn ouderen uiteraard een belangrijke doelgroep. De (kapitaalkrachtige) oudere met een nadrukkelijke eigen zorgvraag speelt hierbij een belangrijke rol. De thuiszorginstellingen richten zich bovendien ook voor een belangrijk deel op de kraamzorg. Hier heeft men in de randstad ook een aanzienlijk deel van de totale markt.

In de geestelijke gezondheidszorg richt men zich voor een belangrijk deel op de werknemer met arbeidsgerelateerde psychische klachten. De betrokken werkgevers spelen hierbij ook een belangrijke rol bijvoorbeeld voor de betalingen.

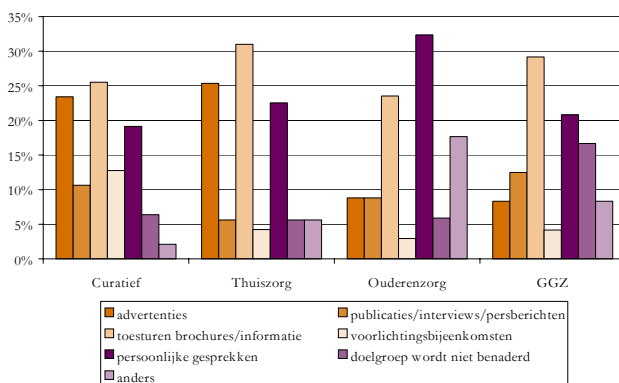
**Figuur 5.1 Doelgroepen**



*'Informer' van doelgroepen*

De doelgroepen worden op verschillende manieren geïnformeerd (figuur 5.2). In de curatieve zorg en de thuiszorg wordt relatief veel gebruik gemaakt van advertenties. Besloten vennootschappen (21%) adverteren ook meer dan stichtingen (14%). Het persoonlijke gesprek is de belangrijkste informatiebron voor zorgvragers in de ouderenzorg. Brochures en andere (schriftelijke) informatie zijn in alle sectoren van belang.

**Figuur 5.2 'Informer' van zorgvragers**

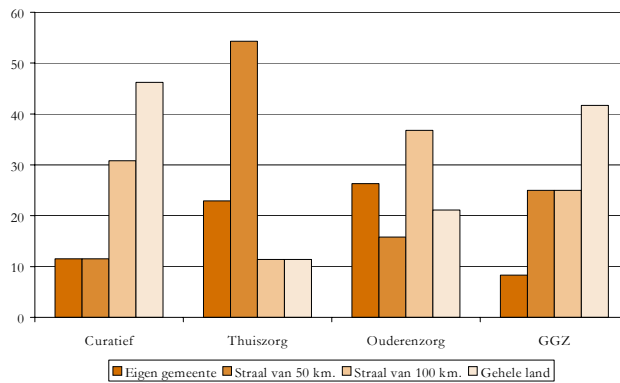


### *Herkomst doelgroepen*

Een aanzienlijk deel van de private organisaties werkt bovenregionaal of landelijk (figuur 5.3). In de geestelijke gezondheidszorg en de curatieve zorg komt zelfs meer dan veertig procent van de cliënten uit het gehele land. Dit is aanzienlijk meer dan in reguliere organisaties het geval is. Besloten vennootschappen (42,1%) zijn veel vaker landelijk actief dan stichtingen (21,9%).

Particuliere thuiszorgorganisaties werken evenals reguliere instellingen over het algemeen lokaal of binnen de eigen regio. Het grote belang van beperkte reiskosten voor een doelmatige verstrekking van deze vorm van dienstverlening maakt dit ook noodzakelijk. De zorg gaat in dit geval immers naar de patiënt toe.

**Figuur 5.3**      **Herkomst zorgvragers**

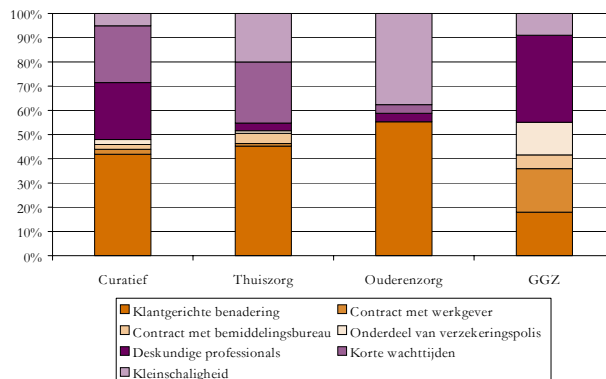


### *Reden komt klant naar particulier initiatief*

De meeste organisaties zien hun klantgerichte benadering (extra services en diensten; zorg-op-maat) als de belangrijkste reden waarom cliënten voor hun diensten kiezen (figuur 5.4). Alleen in de geestelijke gezondheidszorg ziet men de deskundigheid van de professionals als de belangrijkste reden (30%). Hier worden ook therapieën aangeboden die in de reguliere zorg minder goed te verkrijgen zijn. Hiernaast zijn in de geestelijke gezondheidszorg de contracten met werkgevers van belang voor de patiëntenstroom (15%). De kleinschaligheid van de omgeving speelt een rol waarbij waarom mensen voor particuliere ouderenzorg (32%) of

thuiszorg (18%) kiezen. De kortere wachttijd is alleen van belang bij keuzes voor de particuliere curatieve zorg (22%) en de particuliere thuiszorg (24%).

**Figuur 5.4 Reden komt zorgvrager naar particulier initiatief**



### 5.3 'Verwijzers'

In de zorgverlening speelt de verwijzer een belangrijke rol bij waar de zorgvragers uiteindelijk voor hun zorg naar toe gaan. Dit komt door de informatieasymmetrie die veel sectoren binnen de gezondheidszorg kenmerkt.

Een private organisatie is voor een stevige positie op zijn markt afhankelijk van verwijzingen van andere professionals. Het is voor private organisaties dan ook van groot belang om bekendheid en invloed te krijgen op verwijzers en hun gedrag.

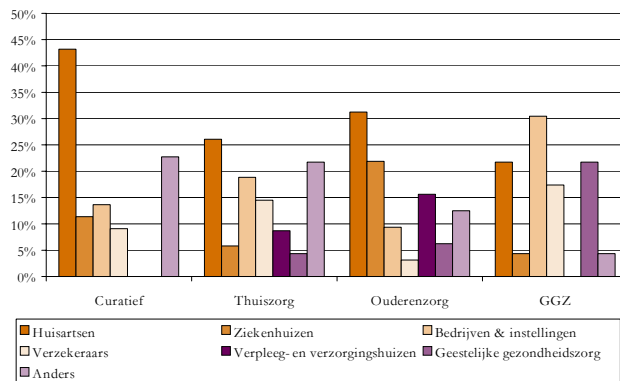
Private initiatieven richten zich bij de verwijzers het meeste op de huisartsen (figuur 5.5). Ook in de reguliere gezondheidszorg is de huisarts, door zijn poortwachterfunctie de belangrijkste verwijzer. Alleen de geestelijke gezondheidszorg heeft hierin een uitzonderingspositie. Hier richt men zich vooral op de werkgevers.

De verzekeraar is geen belangrijke verwijzer. Alleen curatieve initiatieven (9%), thuiszorg (15%) en geestelijke gezondheidszorg (16%) richten zich in beperkte mate op deze groep.

In de particuliere thuiszorg bestaat een grote restcategorie verwijzers. Dit zijn voor een belangrijk deel verloskundigen die een belangrijke verwijzer zijn voor de particuliere kraamzorg. Curatieve initiatieven hebben ook een aanzienlijke restcategorie. Het betreft dan vaak beroepen buiten de gezondheidszorg zoals opticiëns en schoonheidsspecialistes.

Besloten vennootschappen werken meer met verwijzers buiten het primaire proces (36%) dan stichtingen (26%). Stichtingen zijn echter wel beter in staat dan besloten vennootschappen om contracten te sluiten met financiers en verwijzers (58,8% versus 34,3%).

**Figuur 5.5** Belangrijkste ‘verwijzers’ waarop private initiatieven zich richten



## 5.4 Financiers

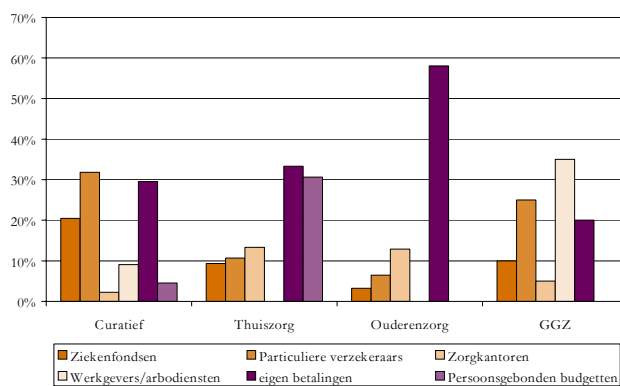
Private zorgorganisaties richten zich op een scala van financiers (figuur 5.6). Zoals verwacht mag worden uit de resultaten van de vorige hoofdstukken vormen eigen betalingen een belangrijke inkomstenbron voor de particuliere initiatieven. In de ouderenzorg richt men zich zelfs voor het overgrote deel op directe betalingen door cliënten als financieringsbron. Alleen in de geestelijke gezondheidszorg blijft dit beperkt tot zo'n 20%. In die sector ziet men de werkgevers en de arbodiensten als belangrijke financiers.

De private initiatieven richten zich voor hun financiering relatief meer op particuliere verzekeraars dan op ziekenfondsen, vooral in de geestelijke gezondheidszorg.

Ondanks hun grotere verzekerdenaantal en hun hogere schadelast worden ziekenfondsen minder relevant gevonden. In de thuiszorg speelt het persoonsgebonden budget een belangrijke rol bij de financiering van particuliere thuiszorgorganisaties. De verwevenheid in de financiering tussen ouderenzorg en thuiszorg komt tot uiting in het feit dat ouderenzorginstellingen regelmatig aangeven (19%) de thuiszorg als belangrijke financier te beschouwen.

Eigen betalingen door cliënten worden door besloten vennootschappen als een ietwat belangrijkere bron van inkomsten ervaren dan stichtingen dat doen (34,3% versus 29%). Ditzelfde verschil doet zich in mindere mate ook voor bij de persoonsgebonden budgetten (16,4% versus 14,5%). Stichtingen richten zich weer wel meer op de zorgverzekeraars (35,4% versus 19%).

**Figuur 5.6** Belangrijkste financiers waarop private initiatieven zich richten



## **6 Toetredingsbelemmeringen**

### **6.1 Inleiding**

Private initiatieven hebben vaak te maken met aanzienlijke toetredingsdrempels. Dit heeft zowel te maken met de aard van het product als met de wet- en regelgeving waarmee de overheid lange tijd het winstmotief bewust buiten de gezondheidszorg heeft proberen te houden. Voorbeelden hiervan zijn de stringente tarifiering, het stringente vergunningenbeleid op allerlei terreinen en de hoge kapitaallasten tijdens de opstartfase.

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving hoe private organisaties tegen deze toetredingsbelemmeringen aankijken en wat zij als de belangrijkste belemmeringen ervaren. Aan de orde komen de belemmeringen die zij ervaren, de organisaties waar zij de meeste hinder van ondervinden maar ook de kansen die zij desondanks ervaren.

### **6.2 Toetredingsbelemmeringen**

De wet- en regelgeving wordt in alle sectoren als het belangrijkste probleem ervaren (figuur 6.1). Overheid en zelfstandige bestuursorganen hebben in de loop der jaren uitgebreid gebruik gemaakt van hun bevoegdheden om het de private initiatieven lastig te maken.

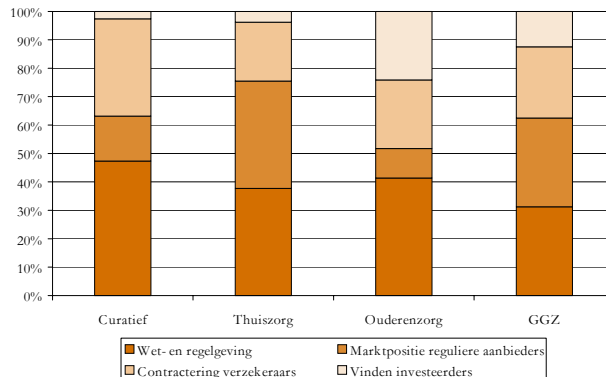
De curatieve initiatieven hebben naast de wet- en regelgeving vooral problemen met het contracteerbeleid van de verzekeraars en in mindere mate met de concurrentie van de reguliere aanbieders. In de ouderenzorg is het moeilijk om investeerders te vinden. Dit is de sector met relatief de meeste kapitaalslasten.

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, zeker in de kraamzorg tot op zekere hoogte, daadwerkelijke concurrentie.



Besloten vennootschappen zien de marktpositie van reguliere aanbieders als een groter probleem dan stichtingen (27% versus 23%).

**Figuur 6.1 Belemmeringen bij ontwikkeling marktinitiatieven**



Private zorgverleners associëren de belemmeringen die zij ondervinden bij het opereren op hun markten vaak met bepaalde instituties en organisaties. In een gereguleerde markt zijn er ook verschillende organen die een belangrijke invloed op deze private aanbieders hebben. Dit is bijvoorbeeld de overheid en haar zelfstandige bestuursorganen maar ook de verzekeraars en banken zijn van belang (figuur 6.2).

Private initiatieven hebben in hun algemeenheid veel hinder van de zorgverzekeraars. Voor stichtingen geldt dit iets meer dan voor besloten vennootschappen (46,9% versus 42,9%). Het betreft dan vooral het contracteerbeleid in samenhang met de contracteerplicht, maar ook de dekking van de (aanvullende) verzekering speelt een rol. Ook is er irritatie over de administratieve belasting die de verzekeraars de initiatieven opleggen. De curatieve zorg en de ouderenzorg ervaren de meeste problemen met de verzekeraars.

Het functioneren van het ministerie van VWS wordt meer in algemene zin als negatief ervaren. Men verwijt VWS onder meer het winstmotief sterk te belemmeren en een voorkeur te hebben voor reguliere instellingen. Vooral in de ouderenzorg heeft men grote problemen met het feit dat men onvoldoende toegang heeft tot de persoonsgebonden financiering.

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. In de overige sectoren ervaart men de hoogte van de tarieven over het algemeen wel als voldoende (figuur 6.3). De kapitaalintensieve sectoren (curatie en ouderenzorg) ervaren voorts het optreden van banken nogal eens als belemmerend. Dit laatste speelt bij besloten vennootschappen meer dan bij stichtingen (22,9% versus 15,6%).

Er zijn nog andere problemen. Zo geven de thuiszorgorganisaties ook hier aan veel last te hebben van reguliere aanbieders en in mindere mate van de CAO-richtlijnen. Reguliere organisaties, arbodiensten en reïntegratiebedrijven worden door de initiatieven in de geestelijke gezondheidszorg soms als een belemmering ervaren. Ook curatieve organisaties ervaren soms belemmeringen van reguliere instellingen.

De geestelijke gezondheidszorg is in dit opzicht een beetje het buitenbeentje. Zij geven aan, aanzienlijk minder belemmeringen van regulerende instanties te ervaren dan de overige drie sectoren. Op de een of andere manier lijkt deze sector derhalve in staat om goed met de mogelijke belemmeringen op het terrein van wet- en regelgeving om te gaan.

**Figuur 6.2      Organisaties waarvan initiatieven hinder ondervinden**

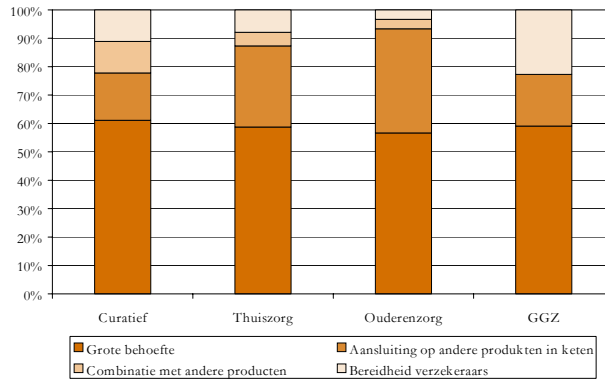
	Curatief	Thuiszorg	Ouderenzorg	GGZ	Totaal
VWS	44%	40%	77,8%	16,7%	45,6%
CTG	56%	14,3%	5,6%	8,3%	23,3%
CBZ	4%		5,6%		2,2%
CvZ	4%	2,9%	16,7%	8,3%	6,7%
Lokale overheid	12%	5,7%	33,3%		12,2%
Verzekeraars	68%	28,6%	72,2%	25%	47,8%
Banken	20%	5,7%	50%		17,8%
Anders	19,2%	37,1%	22,2%	41,7%	29,7%

**Figuur 6.3** Percentage organisaties dat tarieven toereikend vindt

Curatief	Thuiszorg	Ouderenzorg	GGZ
32%	81%	68%	70%

Private organisaties zien natuurlijk niet alleen toetredingsbelemmeringen voor hun activiteiten. Er zijn ook kansen die het spiegelbeeld van de toetredingsbelemmeringen vormen. Particuliere organisaties menen algemeen dat er een grote behoefte aan deze vormen van zorg bestaat (figuur 6.4). De thuiszorg en de ouderenzorg zien, naast de grote behoefte ook de aansluiting van hun producten op de rest van de zorgketen als een belangrijke kans voor het marktinitiatief. In de geestelijke gezondheidszorg lijkt er meer bereidheid bij verzekeraars te zijn om die zorg te contracteren dan in de overige sectoren.

**Figuur 6.4** Kansen marktinitiatieven



## **7 Financiering en bekostiging**

### **7.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk komt de financiering en bekostiging aan de orde. Uiteindelijk is het succes van de private zorgvormen vooral af te lezen van hun financiële positie. Indien het niet mogelijk is om op dit vlak een zelfstandige positie op te bouwen, zal private zorg nog wel lange tijd een marginaal verschijnsel blijven.

In dit hoofdstuk bespreken we op de eerste plaats de inkomsten van de private initiatieven. De opbouw van de omzet is immers een belangrijke variabele. Vervolgens geven we een overzicht van de hoogte van de investeringen en de herkomst van het vreemde vermogen. Hierbij speelt ook de vraag of men in staat is geweest om zijn schuldpositie te verminderen.

De financiële positie hangt voor een groot deel af van omzet- en winstontwikkelingen. Deze komen apart aan de orde. Tot slot is ook van belang wat de bestemming van eventuele winst is en of er positieve reservevorming bestaat.

### **7.2 Inkomsten**

Het is een interessante vraag hoe het de private initiatieven met alle tegenwerking financieel vergaat. In deze paragraaf komt aan de orde hoe de inkomsten over de verschillende financiers zijn verdeeld. Allereerst bespreken we deze resultaten waarna in de figuren 7.1 tot en met 7.4 de visuele toelichting staat.

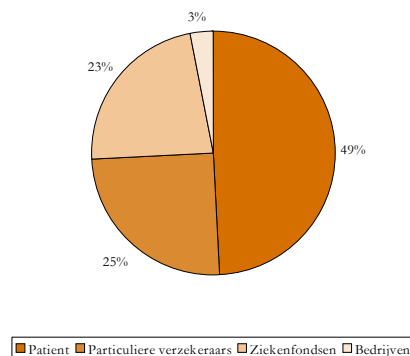
De meeste initiatieven zijn voor hun inkomsten voor een groot deel afhankelijk van de rechtstreekse betalingen van zorgvragers. In de ouderenzorg is dit zelfs min of meer de enige inkomstenbron (figuur 7.3), maar ook in de curatieve zorg gaat het om de helft van alle inkomsten (figuur 7.1). Bij besloten vennootschappen ligt dit percentage hoger dan bij de ziekenfondsen (51,9% versus 33,8%). In de thuiszorg kan de cliënt ook gebruik maken van het persoonsgebonden budget; een gesubsidieerde eigen betaling. Persoonsgebonden budget en eigen betalingen zijn in de particuliere thuiszorg samen

eveneens goed voor de helft van de totale inkomsten (figuur 7.2).

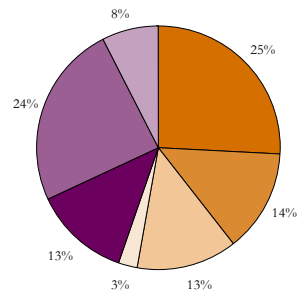
De particuliere verzekeraars dragen ondanks hun lagere aantal verzekerden meer bij aan de inkomsten van de private initiatieven dan de ziekenfondsen. In de curatieve zorg zijn verzekeraars goed voor de helft van alle inkomsten (figuur 7.1). In de thuiszorg wordt een kwart van de kosten door de verzekeraars gefinancierd (figuur 7.2). Het gaat hier om de kraamzorg die onder het tweede compartiment valt. In de geestelijke gezondheidszorg nemen de verzekeraars ook een kwart van de financiering voor hun rekening. Het betreft bijvoorbeeld zorg die in het aanvullende pakket zit, zoals de eerstelijnspsychologie. In de geestelijke gezondheidszorg spelen individuele bedrijven eveneens een belangrijke rol in de financiering (figuur 7.4).

De private geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg hebben hun inkomsten het meest gespreid onder de verschillende financiers (figuur 7.2; figuur 7.4). De private ouderenzorg is nagenoeg volledig afhankelijk van de betalingen van individuele cliënten (figuur 7.3). De curatieve initiatieven nemen hierbij een tussenpositie (figuur 7.1).

**Figuur 7.1** Inkomsten curatieve initiatieven

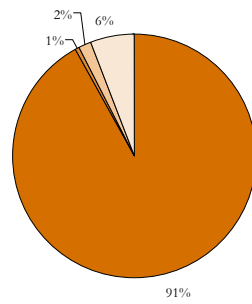


**Figuur 7.2**      **Inkomsten particuliere thuiszorg**



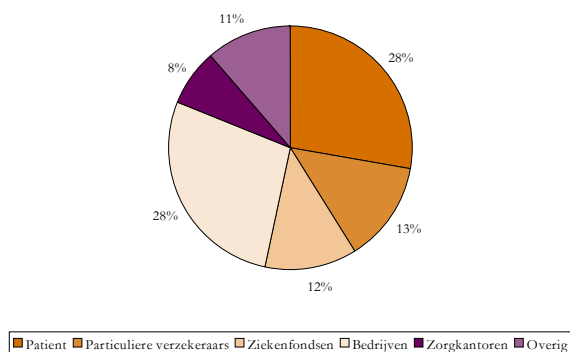
■ Patient ■ Patriculiere verzekeraars ■ Ziektefondsen ■ Bedrijven ■ Zorgkantoren ■ PGB ■ Overig

**Figuur 7.3**      **Inkomsten particuliere ouderenzorg**



■ Patient ■ Particuliere verzekeraars ■ Zorgkantoren ■ Overig

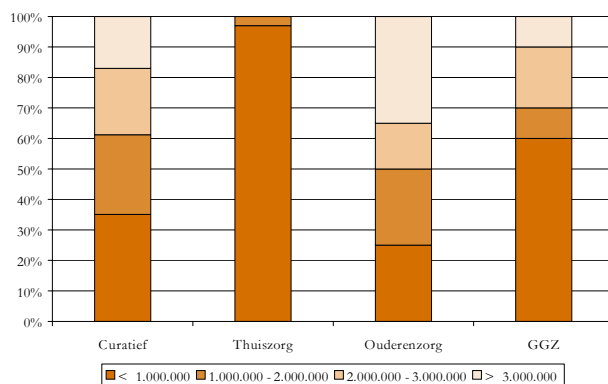
**Figuur 7.4**      **Inkomsten particuliere GGZ**



### **7.3**      **Investerings en vermogensverrijking**

Private aanbieders op het terrein van curatief en de intramurale ouderenzorg hebben aanzienlijk meer kapitaal nodig voor hun activiteiten dan initiatieven in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg (figuur 7.5). De ouderenzorg moet 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. In de geestelijke gezondheidszorg zijn veelal geen speciale aanpassingen voor de behandelruimten noodzakelijk.

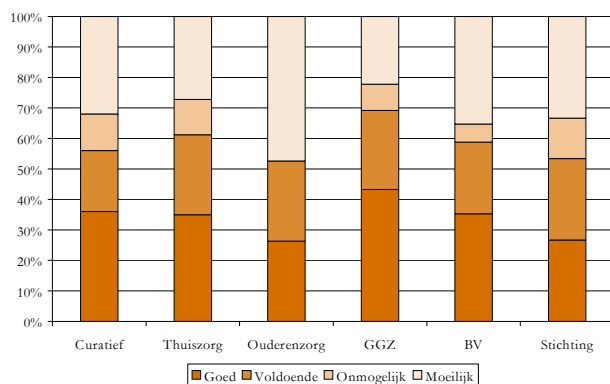
**Figuur 7.5** Investeringen in gebouwen, apparatuur en inventaris



De particuliere intramurale ouderenzorg en de particuliere curatieve initiatieven geven aan meer behoefte aan kapitaal te hebben. Deze aanbieders hebben een hogere kapitaalintensiteit. Curatief en intramurale ouderenzorg geven tevens aan meer moeite te hebben met het aantrekken van vreemd vermogen dan de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg (figuur 7.6). Besloten vennootschappen zijn iets optimistischer over het verkrijgen van vreemd vermogen dan stichtingen (35,3% versus 26,7%).



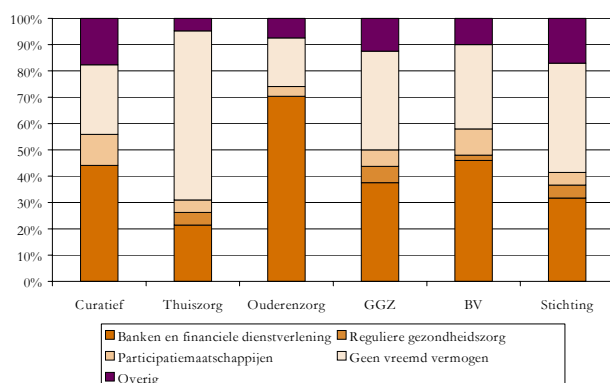
**Figuur 7.6**      **Mogelijkheid tot aantrekken vreemd vermogen**



Het benodigde vreemd vermogen wordt vooral gevonden bij de banken en financiële dienstverleners (figuur 7.7). Besloten vennootschappen doen vaker een beroep op bancaire financiering dan stichtingen (46% versus 32%). Stichtingen hebben overigens ook minder behoefte aan vreemd vermogen.

De reguliere gezondheidszorg investeert op dit moment nauwelijks in de private sector. Dit geldt ook voor de thuiszorg, de sector waarop dit moment reeds relatief veel verwevenheid tussen reguliere aanbieders en particuliere zorg bestaat. In sommige sectoren leveren ook vermogende particulieren een belangrijk deel van de benodigde middelen. Dit komt het meest tot uiting bij de curatieve zorg (categorieën overig en participatiemaatschappijen).

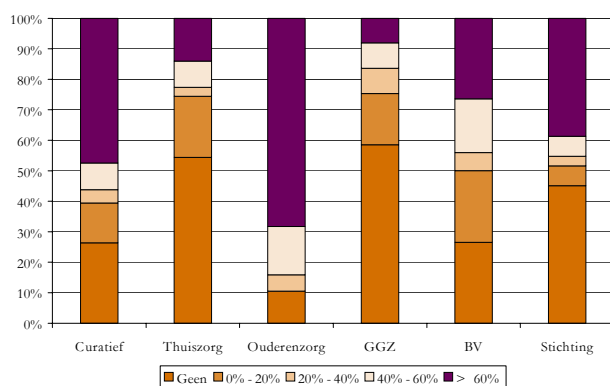
**Figuur 7.7 Herkomst vreemd vermogen**



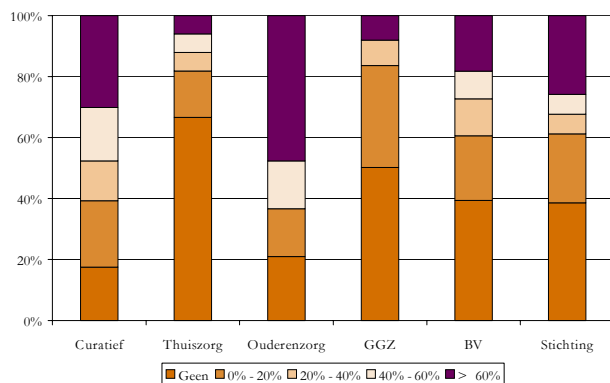
Figuur 7.8 en 7.9 geven inzicht in het aandeel vreemd vermogen van de private organisaties bij de oprichting en op dit moment. Veel organisaties hebben op dit moment een lager percentage geleend vermogen dan bij hun oprichting. Hieruit blijkt dat de afhankelijkheid van vreemd vermogen in de loop van de tijd aanzienlijk is afgenomen. Veel organisaties zijn in staat om hun schuldenlast af te lossen.

Het aantal stichtingen zonder schulden is iets afgenomen (van 45,2% naar 38,7%). Het aantal besloten vennootschappen zonder schulden is juist fors gestegen (van 26,5% naar 39,4%). Besloten vennootschappen hebben hun schulden dus veel sneller verminderd dan stichtingen.

**Figuur 7.8 Geleend vermogen bij oprichting**



**Figuur 7.9 Huidig percentage geleend vermogen**



## 7.4 Omzet en winstontwikkeling

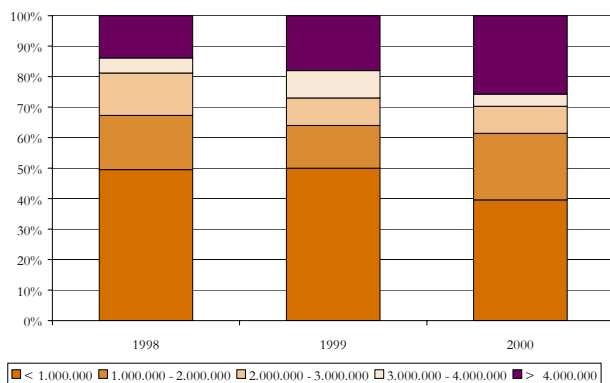
### *Omzet*

Private organisaties krijgen steeds meer omzet. Hun groeitempo ligt boven dat van de reguliere zorg. Dit is althans in de afgelopen drie jaar te constateren geweest. We bespreken kort de opvallendste ontwikkelingen. Hierna volgt de visuele presentatie in de figuren 7.10 tot en met 7.13.

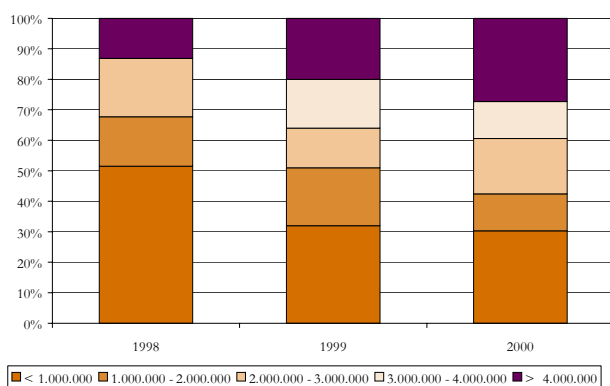
Het aantal organisaties met een kleine omzet (< f 1.000.000) neemt af en het aantal organisaties met een grote omzet (>

f 4.000.000) is steeds minder zeldzaam. In de curatieve zorg (figuur 7.10) en vooral bij de thuiszorg (figuur 7.11) is dit duidelijk te zien. In beide sectoren is een duidelijke en groeiende groep koplopers ontstaan met een relatief hoge omzet. In de thuiszorg heeft men gemiddeld de hoogste omzet en in de ouderenzorg, ondanks de grote kapitaalintensiteit de laagste (figuur 7.11 en figuur 7.12). Op dit moment is de omzet van een gemiddelde private organisatie echter nog steeds kleiner dan van de meeste reguliere organisaties.

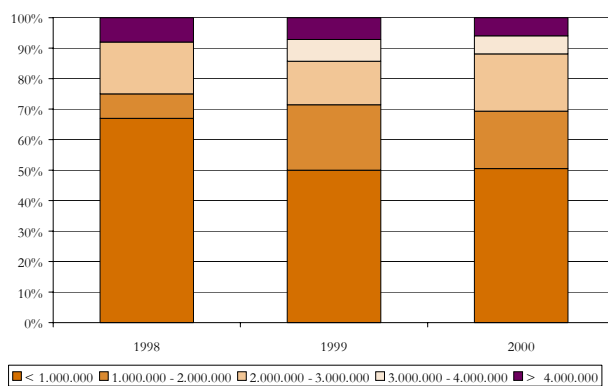
**Figuur 7.10 Omzetontwikkeling particuliere curatieve zorg**



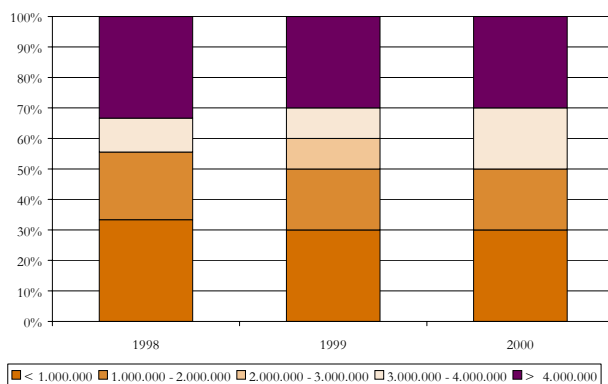
**Figuur 7.11 Omzetontwikkeling particuliere thuiszorg**



**Figuur 7.12 Omzetontwikkeling particuliere ouderenzorg**

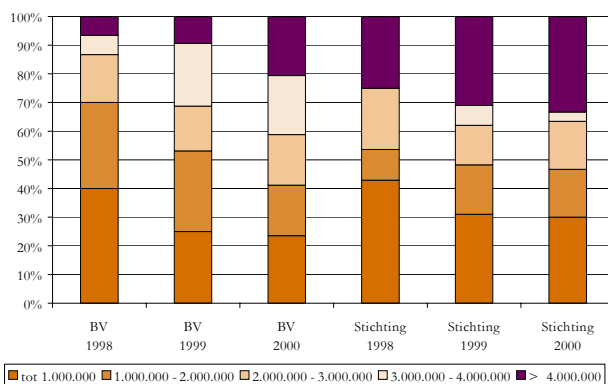


**Figuur 7.13 Omzetontwikkeling particuliere geestelijke gezondheidszorg**



Besloten vennootschappen hebben een omzet die zowel minder vaak in de laagste alsook in de hoogste omzetklasse valt dan stichtingen (figuur 7.14). Anders gezegd, op dit moment zijn stichtingen ten opzichte van besloten vennootschappen zowel relatief vaak groot als relatief vaak klein. Tevens groeit de omzet van de besloten vennootschappen sneller dan van de stichtingen.

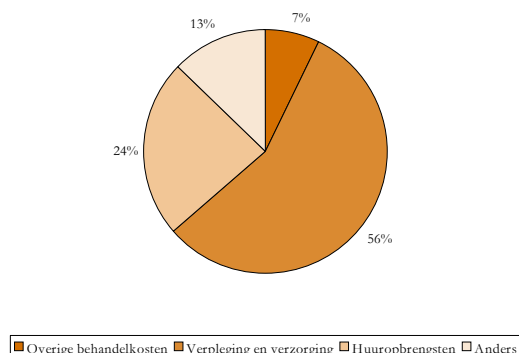
**Figuur 7.14 Omzetontwikkeling BV's en stichtingen**



De omzet is in de verschillende sectoren anders opgebouwd. In de curatieve zorg (24%) en de geestelijke gezondheidszorg (28%) nemen de honoraria hierbij een speciale plaats in. In de particuliere ouderenzorg valt vooral op dat de

huuropbrengsten veel lager zijn als de in rekening gebrachte kosten voor verzorging en verpleging (figuur 7.15).

**Figuur 7.15** Opbouw omzet particuliere ouderenzorg



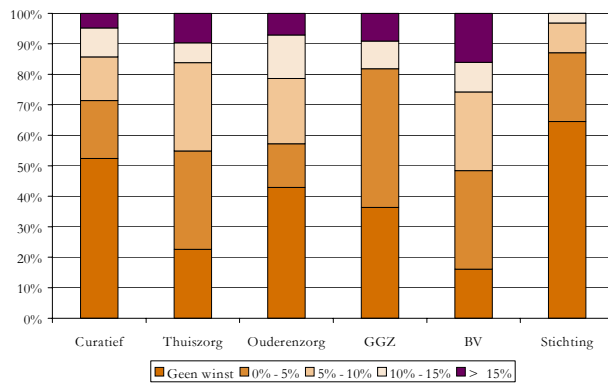
#### *Winstontwikkeling*

Op dit moment is de winst die binnen particuliere initiatieven wordt gemaakt nog beperkt van omvang (figuur 7.16). Veel initiatieven maken zelfs nog helemaal geen winst. Dit is vooral het geval in de curatieve zorg en de ouderenzorg. Als er winst wordt gemaakt, heeft deze veelal een marginaal karakter (0%-5%). In alle sectoren zijn op dit moment tussen de vijftien en twintig procent van de initiatieven behoorlijk winstgevend (> 10%).

Op dit moment is de thuiszorg gemiddeld de meest winstgevende tak binnen de private zorg. In de ouderenzorg bestaan relatief veel winstgevende en niet-winstgevende initiatieven naast elkaar. Overigens hebben niet alle organisaties het behalen van winst als een expliciete doelstelling.

Besloten vennootschappen maken meer winst dan stichtingen. Slechts 16,1% van de besloten vennootschappen maakt geen winst tegen 64,5% bij organisaties met de stichtingsvorm. Besloten vennootschappen maken bovendien relatief ook vaak veel winst. Van de besloten vennootschappen geeft 16,1% aan meer dan 15% winst op zijn omzet te behalen.

**Figuur 7.16** Winst als percentage van de omzet

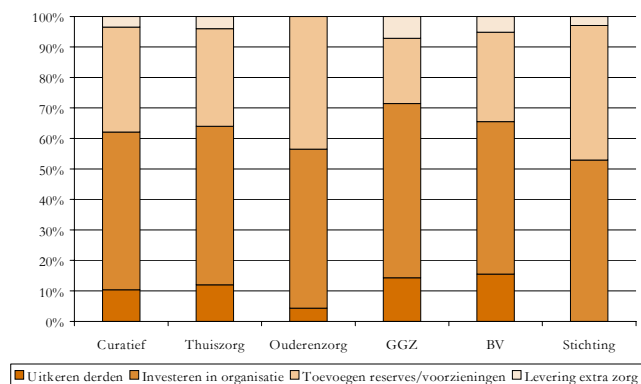


Behaalde winst wordt op dit moment slechts beperkt uitgekeerd aan derden (figuur 7.17). Ook van besloten vennootschappen geeft niet meer dan 16% van de instellingen aan dat zij het grootste deel van de winst aan derden uitkeren. De winst wordt ook niet gebruikt voor het leveren van extra zorg, een aspect van maatschappelijk ondernemerschap. Op dit vlak bestaat er overigens weinig verschil tussen besloten vennootschappen en stichtingen.

Het overgrote deel van de winst wordt door particuliere organisaties weer geïnvesteerd in hun eigen organisatie of toegevoegd aan de reserves en voorzieningen. Stichtingen doen meer aan deze reservevorming dan besloten vennootschappen.



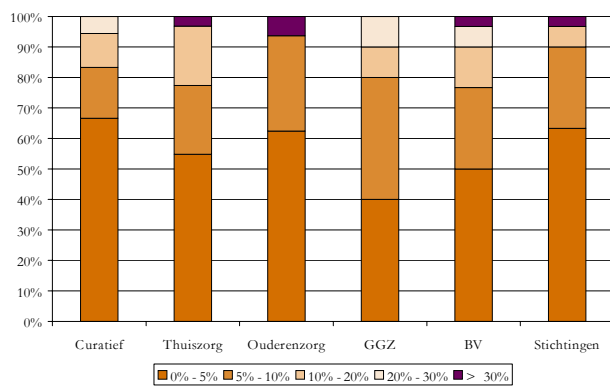
**Figuur 7.18** Belangrijkste bestemming van eventuele winst



*Reserves en voorzieningen*

De reserves en voorzieningen van de initiatieven zijn op dit moment nog beperkt van omvang (figuur 7.19). Initiatieven op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg hebben gemiddeld de beste reservepositie. Omvangrijke reservevorming komt echter nauwelijks voor. In vergelijking met andere risicodragende ondernemingen zijn de reserveposities eerder aan de lage kant. De besloten vennootschappen hebben een ietwat betere reservepositie dan stichtingen. Ook hier hebben besloten vennootschappen dus een betere financiële positie.

**Tabel 7.19 Omvang reserves en voorzieningen als percentage omzet**



## 8 Conclusies en beschouwing

### 8.1 Inleiding

Door middel van een enquête hebben we geprobeerd feitenmateriaal over private initiatieven in de zorg op tafel te krijgen. In dit laatste hoofdstuk vatten we de belangrijkste resultaten samen.

Vooraf hebben we ons vier vragen gesteld. Op basis van de feiten die we onderzocht hebben, geven we nu antwoord op deze vragen.

1. Wat gebeurt er op het terrein van de private initiatieven en op welke wijze gebeurt dat? Met andere woorden: wat zijn de trends op het terrein van de private zorg.
2. Waarom vinden deze private initiatieven plaats? Met andere woorden: wat zijn de motieven en oorzaken voor de private initiatieven in de zorg.
3. Wat zijn de resultaten ervan? Met andere woorden: wat zijn de consequenties van de private zorg.
4. Wat betekenen de bevindingen voor de (toekomst van) private zorg in Nederland? Met andere woorden: zijn er lessen voor het beleid en de toekomst.

In het vervolg van dit hoofdstuk is aan elk van deze vier vragen een aparte paragraaf gewijd.

### 8.2 Trends

#### *Diversiteit en groei zijn sleutelkenmerken*

Opvallend is de grote mate van diversiteit onder private zorgorganisaties. Er is sprake van een weinig homogene groep organisaties, althans veel minder dan in de reguliere zorginstellingen het geval is. Private initiatieven exploiteren niet alleen zorgactiviteiten, maar combineren deze vaak met aanpalende diensten zoals services, woonzorgvoorzieningen, arbozorg en producten in de sfeer van recreatie en restauratieve voorzieningen. Hierdoor ontstaat een verbreding en verdieping die binnen de publieke financiering veelal niet mogelijk is. De innovatieve houding van de initiatieven leidt er bovendien toe dat hun zorg vaak dwars door de verschillende compartimenten en aanspraken heen loopt. Vaak creëren ze juist hierdoor hun eigen nichemarkten.

De private initiatieven zijn niet goed vergelijkbaar met de reguliere instellingen. Het gaat vaak om andere producten en diensten die geheel of gedeeltelijk onderdeel uitmaken van de derde compartimentszorg.

De private zorg is in de loop der jaren uitgebreid. In de jaren tachtig ging het nog voornamelijk om privé-klinieken. In het beleid krijgen zij nog steeds de meeste aandacht. Inmiddels hebben private activiteiten binnen de AWBZ echter een minstens zo hoge vlucht genomen. Het grootste deel van de private activiteiten komt voor rekening van de thuiszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

Private zorg heeft de wind mee en groeit voortvarend. De private zorg voorziet in toenemende mate in de behoeften van zorgvragers. Het gevolg hiervan is dat de omzet behoorlijk stijgt. De enquête laat zien dat de omzet tussen 1998 en 2000 flink is toegenomen. Deze groei voltrekt zich ondanks het restrictieve beleid van de overheid. Hieruit blijkt temeer de vraag naar dit soort vormen van zorg.

#### *Kleinschaligheid*

In het reguliere zorgveld is vooral de vorming van regionale monopolies en kartelachtige structuren opvallend. Bij de private initiatieven constateren we veel meer kleinschaligheid. Met uitzondering van de thuiszorg en een aantal initiatieven in de geestelijke gezondheidszorg gaat het vaak om organisaties met niet meer dan 25 werknemers.

Kleinschaligheid is voor sommige cliënten een reden om voor particuliere zorg te kiezen. Zo is in de intramurale ouderenzorg kleinschaligheid een belangrijk aspect van de kwaliteit van de zorg. Hoewel de kleinschaligheid van private initiatieven ook te maken heeft met het relatief recente ontstaan van veel organisaties, blijkt dat particuliere zorg, ook in landen waar deze sector volgroeid is, veelal kleinschaliger van opzet is. Als de toetredingsdrempels voor particuliere zorgaanbieders worden verlaagd, zal dat naar verwachting een positieve impact hebben op het ontstaan van kleinschalige werkvormen binnen de gezondheidszorg.

#### *Zorg voor doelgroepen*

De private initiatieven zijn in de regel gericht op specifieke behandelingen of doelgroepen. Zij dekken geen breed scala aan verrichtingen, behandel- en zorgvormen zoals bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen of grote thuiszorgorganisaties.

In de particuliere curatieve zorg maar ook in de particuliere geestelijke gezondheidszorg gaat het veelal om makkelijk te protocolleren electieve programma's, die gericht zijn op een bepaald specialisme of een bepaalde doelgroep, zoals werknemers. In de thuiszorg zijn hulp aan kraamvrouwen en 24-uur hulp belangrijk. De intramurale ouderenzorg mikt op de koopkrachtige oudere, die prijs stelt op extra woongenot en services.

De particuliere organisaties richten zich minder dan veel reguliere instellingen op zorgvragers binnen de eigen regio. Vooral in de curatieve zorg en in de geestelijke gezondheidszorg komen cliënten vaak uit het hele land.

#### *Commerciële marktwerkingstechnieken*

Private organisaties maken gebruik van commerciële technieken om klanten rechtstreeks te informeren en te werven. Dit gebeurt met name in de thuiszorg en in de curatieve zorg. Hier wordt gebruik gemaakt van advertenties in dagbladen, weekbladen en op het internet. Besloten vennootschappen adverteren overigens meer dan stichtingen.

Vrijwel alle particuliere instellingen maken veel gebruik van brochures en persoonlijke gesprekken om belangstellenden te informeren. Klanten worden vooral binnegehaald door informatie te verschaffen over kortere wachtlijsten en over de deskundigheid van de professionals die er werken. Informatie over de hoogte van de prijsstelling is veel minder belangrijk voor het werven van klanten.

Private organisaties richten zich niet alleen rechtstreeks tot de klant. In de particuliere gezondheidszorg zijn net als in de reguliere gezondheidszorg verwijzers van groot belang. Wel proberen particuliere initiatieven meer dan in de reguliere zorg rechtstreeks met de zorgvrager in contact te komen. De huisarts is in de particuliere gezondheidszorg de belangrijkste verwijzer. In de geestelijke gezondheidszorg speelt de werkgever hierbij ook vaak een rol.

#### *Betalingen door zorgvragers zijn belangrijke financieringsbron*

Private zorgverleners richten zich vaak rechtstreeks tot (potentiële) cliënten. De eigen betalingen zijn veelal de belangrijkste bron van inkomsten voor private initiatieven. Dit is in alle particuliere sectoren het geval. De in de reguliere zorg zo dominante verzekeringsfinanciering is op dit moment in de particuliere zorg minder nadrukkelijk aanwezig.

In de geestelijke gezondheidszorg zijn de werkgevers belangrijke financiers. Dit komt door de hoge kosten van 'burn-out'-klachten voor ondernemingen.

Particuliere thuiszorg kan ook ingekocht worden met persoonsgebonden budgetten. Door de eigen betalingen van burgers honderd procent te subsidiëren, wordt private zorg in feite sterk gestimuleerd. Verbreding en verdieping van het persoonsgebonden budget zullen onvermijdelijk leiden tot verdere groei van private zorg. Op dit moment is dit een van de belangrijkste uitgangspunten van het beleid gericht op de modernisering van de AWBZ.

#### *Sterkere financiële positie private aanbieders*

In de loop der jaren is de financiële positie van private aanbieders versterkt. Dit blijkt uit een aantal ontwikkelingen. Zo is de afhankelijkheid van vreemd vermogen verminderd, vooral bij de besloten vennootschappen. Daarmee zijn deze organisaties er langzaam maar zeker in geslaagd een steviger positie in de markt op te bouwen met meer continuïteit.

Private initiatieven hebben ook hun omzet zien stijgen. Dit is vooral duidelijk in de particuliere thuiszorg en bij de curatieve initiatieven. Ook hier is dit proces bij besloten vennootschappen sterker geweest dan bij stichtingen.

Er bestaan nog steeds een aantal problemen rondom de financiële positie van particuliere zorg. Zo is de reservepositie van private aanbieders, ondanks het hogere risico, niet hoger dan van reguliere instellingen en wordt er veelal maar beperkt winst gemaakt. Binnen de sector zelf (reguliere instellingen en zorgverzekeraars) bestaat op dit moment nog weinig animo om in particuliere zorgverleners te investeren. In de particuliere ouderenzorg is het bovendien nog steeds moeilijk om kapitaalverschaffers te vinden. In deze sector is men eveneens sterk afhankelijk van rechtstreekse betalingen van burgers.

### **8.3 Redenen voor private zorgverlening**

#### *Winst als motief*

Private zorgverleners hebben een verscheidenheid aan rechtsvormen. De besloten vennootschap en de stichting zijn dominant, maar ook maatschappen, eenmanszaken en de vennootschap onder firma komen voor.

Reguliere zorgverleners kiezen voor een particuliere dochter vaak dezelfde rechtsvorm als zij zelf hebben. Dit betekent dat stichtingen relatief vaak zijn gelieerd aan reguliere organisaties.

De statutaire doelstellingen van besloten vennootschappen en stichtingen hoeven niet van elkaar te verschillen, maar de praktijk laat toch verschillen zien. Besloten vennootschappen zijn meer op winst gericht dan stichtingen. We baseren deze conclusie op het feit dat besloten vennootschappen ook daadwerkelijk meer winst maken.

Particuliere organisaties die zich richten op AWBZ-zorg maken meer winst dan particuliere organisaties in de curatieve zorg. Dat gaat vooral op voor de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor zijn twee oorzaken. Op de eerste plaats heeft dit te maken met de aard van de zorg. In het eerste compartiment is consumentensoevereiniteit van nature meer aanwezig en de burger kan deze bij private zorgvormen daadwerkelijk uitoefenen. Ten tweede richt de maatschappelijke discussie rondom commercie zich vooral op het tweede compartiment. De initiatieven die op dit terrein actief zijn hebben te maken met meer toezicht en stringenter tarieven. Het maken van winst wordt hierdoor aan banden gelegd.

*Winst is niet het hoofdmotief*

De variatie in rechtsvormen maakt duidelijk dat er voor private aanbieders meer motieven zijn dan enkel het maken van winst. Veel initiatieven maken helemaal geen winst en nog minder keren winst uit aan derden.

De reden om een private zorgvorm te beginnen, is vaak een andere dan het winstmotief. Belangrijk is de aansluiting op de zorgbehoeften van de cliënt en het creëren van extra capaciteit om wachtlijsten op te lossen. Private organisaties vinden het ook belangrijk om te innoveren. Hierbij moet niet zozeer gedacht worden aan nieuwe behandelmethoden hoewel dit binnen de geestelijke gezondheidszorg wel speelt, maar vooral aan zorgvernieuwing, andersoortige toepassingen van bestaande technieken en verbindingen met producten buiten het eigenlijke zorgproces. Het directe bestaansrecht van private organisaties ligt veel meer in dit soort motieven dan sec in het winsttoogmerk.

## 8.4 Resultaten

### *Vlucht uit het regulier circuit zorgt voor groei en bloei in privaat circuit*

Private initiatieven ontstaan veelal uit ontevredenheid met de bestaande zorg, bijvoorbeeld vanwege wachtlijsten of te weinig klantgerichtheid. Dit is zowel bij de aanbieders als de vragers het geval.

### *De winst vloeit terug in organisatie*

Het maken van winst is op dit moment niet het hoofdmotief voor private zorgactiviteiten, maar winst is er wel. De vraag is dan wat er met deze winst gebeurt. De meeste organisaties voegen hun winst ofwel toe aan de reserves, of investeren deze op een andere wijze weer in de organisatie. Dit heeft veel te maken met het feit dat veel van deze organisaties nog niet zolang bestaan. Private organisaties bevinden zich veelal nog in de opbouwfase van hun activiteiten. Deze opbouwperiode kent startkosten voor bijvoorbeeld investeringen en het stimuleren van innovaties.

Dat winst terugvloeit in de eigen organisatie betekent niet dat zij wordt gebruikt om extra zorg te leveren. Private organisaties zijn geen moderne Robin Hoods die stelen van de rijken om aan de armen te geven. Het investeren van winst in de eigen organisatie draagt wel bij aan een verbetering van de zorginfrastructuur.

### *Private organisaties worden beperkt in de toegang tot de markt*

De houding van de verzekeraars vormt op dit moment een belangrijke beperking voor de ontwikkeling van private zorg. De private initiatieven krijgen nauwelijks steun van de zorgverzekeraars. Deze staan veelal sceptisch tegenover verzoeken om investeringen en vergoedingen. Ziekenfondsen hebben deze houding meer dan particuliere verzekeraars. Dit heeft te maken met de werking van de normuitkering en de contracteerplicht ten opzichte van reguliere instellingen waaraan de ziekenfondsen zich moeten houden. Particuliere aanbieders ervaren de verzekeraars als een grotere belemmering dan het CTG, het CvZ en VWS.

In de private geestelijke gezondheidszorg blijken aanbieders minder vaak belemmeringen te ervaren dan in de overige sectoren. Blijkbaar zijn er meer mogelijkheden om deze activiteiten op te starten. De reden hiervoor is misschien dat men kan uitwijken naar de minder stringente regulering



rondom de arbozorg. Particuliere geestelijke gezondheidszorg betreft immers veelal arbeidsgerelateerde ziekten.

In de private thuiszorg ervaart men belangrijke belemmeringen van de kant van reguliere zorgaanbieders. Hier is dus sprake van enige concurrentie. Private aanbieders ervaren deze concurrentie als oneerlijk omdat reguliere aanbieders meer zekerheden hebben.

De particuliere instellingen voor ouderenzorg hebben er last van dat hun cliënten nog geen persoonsgebonden budget kunnen krijgen. In de curatieve zorg hebben de private aanbieders problemen met de hoogte van de tarieven die ze mogen berekenen. Het huidige tarievenstelsel voor curatieve zorg is nog steeds sterk geënt op intramurale zorgverlening. Dit levert de extramuraal werkende klinieken veel problemen op.

#### *Gevolgen voor de toegang*

De private organisaties geven aan dat ze zorgvragers niet vaak afwijzen. Als dit toch gebeurt, is de reden van afwijzing vaak het ontbreken van financiering, het medische risico of het bestaan van wachtlijsten. Het ontbreken van financiering is de enige van deze redenen die in de reguliere zorg nauwelijks een rol speelt.

Cliënten worden in de particuliere ouderenzorg en in de particuliere thuiszorg relatief het meest afgewezen en in de geestelijke gezondheidszorg het minst. Het maakt daarbij niet uit of de betrokken aanbieder een besloten vennootschap of een stichting is.

Het belangrijkste risico voor de algemene toegang tot de private zorg is het feit dat veel van deze zorg uit eigen zak betaald moet worden ook al is ze vergelijkbaar met reguliere zorg. Hierdoor is de gelijke toegang voor de minder kapitaalkrachtige burgers op dit moment niet gegarandeerd. Bovendien zijn de particuliere verzekeraars ruimhartiger in hun vergoedingen voor private zorg dan de ziekenfondsen. Deze problematiek kan worden opgelost worden door de private aanbieders een grotere toegang tot de reguliere financiering te geven. De sociale positie van de zorgvrager is binnen het eerste en tweede compartiment immers niet meer van belang voor de honorering van de aanbieder.

#### *Monitoring klantensatisfactie en kwaliteit*

Private aanbieders geven aan dat zij meten of de zorgvrager ook tevreden is over de zorg of behandeling die hij krijgt. Veel private instellingen publiceren kwaliteitsjaarverslagen of hebben een, al dan niet gecertificeerd, intern kwaliteitssysteem. Toch kan op basis van de enquête geen goed oordeel over de kwaliteit worden uitgesproken. Dit kan eigenlijk ook niet op basis van de rapportages van de inspectie. Het gedoogbeleid van de overheid werkt belemmerend voor transparantie op dit vlak.

### **8.5 De 'toekomst' van private zorg**

De private zorg in Nederland heeft nog steeds een enigszins moeizaam bestaan aan de rand van de gezondheidszorg. In andere landen heeft de private zorg een prominentere positie. Dit is ook het geval in landen met een 'National Health Service', waar via aanbestedingsprocedures ook private zorg wordt gecontracteerd.

Private zorg groeit echter ook in Nederland. In deze afsluitende paragraaf geven we op basis van de gegevens van de enquête een prognose over de verdere ontwikkeling. Wij verwachten dat de private zorg snel verder zal groeien, net zoals zij dat de afgelopen jaren heeft gedaan. Op dit moment groeit zij al sneller dan de reguliere zorg en de komende jaren zal dit verschil waarschijnlijk nog verder toenemen. Hiervoor zijn een aantal redenen:

- *Introdactie van een basisverzekering.* Op dit moment is de toegang tot private zorg voor particulier verzekerden ruimer dan voor ziekenfondsverzekerden. Een basisverzekering zal dit probleem oplossen. De toegang tot private zorg is dan in beginsel voor iedere burger gelijk.
- *De grootschalige introductie van het persoonsgebonden budget.* Een aanzienlijk deel van deze budgetten zal worden besteed bij private aanbieders. De overheid stimuleert hierdoor de groei van deze aanbieders.
- *Het herstel van het verzekeringskarakter in de zorg.* Het budget is dan geen reden meer om burgers zorg te weigeren. Dit betekent dat de verzekeraar bij onvoldoende aanbod van reguliere zorg een beroep mag doen op private zorgvormen. Inmiddels mogen private thuiszorgorganisaties weer toetreden tot de AWBZ en

kunnen zelfstandige behandelcentra een beroep doen op wachtlijstmiddelen.

- *Deconcentratie van zorg door technologische ontwikkelingen.* Steeds meer zorg kan in dagbehandeling en in een extramurale setting dicht bij de burger worden gerealiseerd. Dit is een wenselijke ontwikkeling die haar eigen markt creëert. De toetredingsdrempels tot de electieve curatieve zorg zullen door deze ontwikkeling eveneens sterk verminderen. Zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken zijn uitstekend geëquipeerd voor deze ontwikkeling.
- *Meer marktwerking in de zorg.* De overheid streeft naar meer marktwerking in de zorg. Private organisaties kunnen hierbij een belangrijke rol vervullen.
- *Winst voor verzekeraars wordt toegestaan.* De Minister vindt dat verzekeraars winst mogen maken op de basisverzekering. Het is dan niet logisch om het winstoogmerk voor aanbieders in alle omstandigheden te verbieden.
- *Toepassing van medische technieken voor niet-medisch gebruik.* In toenemende mate kan medische kennis worden gebruikt voor andere toepassingen. Plastische chirurgie is hiervan het traditionele voorbeeld, maar de geneeskunde zal mensen meer en meer behulpzaam kunnen zijn bij het volgen van hun preferente levensstijl.
- *De zorg is een groeisector.* De vergrijzing zorgt ervoor dat de omzet in de gezondheidszorg de komende tientallen jaren nog sterk zal stijgen. Private ondernemers worden hierdoor aangetrokken.
- *De kapitaalkrachtige burger.* De kapitaalkrachtige burger is op zoek naar zorg en kan hier ook voor betalen. Niemand kan hem verbieden deze zorg bij een private organisatie te halen.
- *Vraaggerichte zorg.* Risicodragende ondernemers zijn gedwongen om zich te richten op de vraag. Dit stimuleert vraaggerichte zorg. Vraaggerichte zorg is niet alleen een wens, maar ook formeel beleid.
- *Introductiebekostiging op basis diagnosebehandelcombinaties.* De invoering van de DBC's in de curatieve zorg zal er ongetwijfeld toe leiden dat de financieringsgrondslag van de zelfstandige behandelcentra en de privé-klinieken in vergelijking met de huidige bekostiging zal verbeteren. Er zal immers een duidelijker relatie tussen de prestaties en de kosten komen.

Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de spanning tussen de praktijk van de huidige zorg en het beginsel om winst in de zorg te verbieden steeds duidelijker voelbaar wordt. Het beleidssysteem moet hierop enigerlei wijze reageren.

Private zorg zal in de meeste gevallen niet leiden tot lagere kosten voor de samenleving. Wel kunnen vraag en aanbod een beter evenwicht vinden. Zorginnovatie en vraaggerichtheid zijn dan ook de belangrijkste voordelen.

## Noten

- <sup>1</sup> Er is gebruik gemaakt van adressenbestanden van de brancheorganisaties (BTN, NRPK, NeVeP, LVT en GGZ-Nederland), de stichting CAGIN (bedrijvenpoli's), Bakkenist en Research voor Beleid (GGZ). Deze zijn aangevuld met behulp van eigen gegevens. Uiteindelijk hebben hierdoor circa 240 initiatieven een vragenlijst ontvangen. Hierdoor is een groot gedeelte van de doelgroep bereikt. Er bestaan echter ook initiatieven die niet zijn bereikt. Er is echter geen aanleiding om te veronderstellen dat de uitkomsten hierdoor geen representatief beeld zouden vormen.
- <sup>2</sup> Het was niet mogelijk een herinnering te sturen naar de initiatieven op het terrein van de ouderenzorg
- <sup>3</sup> De overkoepelende stichting CAGIN leidt inmiddels een slapend bestaan.

# Bijlagen



## Bijlage 1

### Enquête private initiatieven in de zorg

Wij verzoeken u deze enquête te beantwoorden en vóór 8 juni 2001 aan ons te retourneren. De enquête telt in totaal 51 vragen. De vraagstelling is echter dusdanig dat de tijdsinvestering zoveel mogelijk beperkt blijft. Het grootste deel van de enquête zijn meerkeuzevragen. U kunt het antwoord aankruisen.

Met nadruk wijzen wij u er op dat alle gegevens anoniem en uitsluitend in geaggregeerde vorm zullen worden gerapporteerd. Mocht u toch bepaalde vragen niet willen beantwoorden dan verzoeken wij u vriendelijk deze vragen over te slaan, maar de overige wel in te vullen. Het kan zijn dat sommige vragen niet binnen uw organisatie van toepassing zijn, deze kunt u eveneens overslaan.

#### Algemeen

In dit onderdeel vragen wij u om een aantal algemene gegevens.

1. Hoe kenschetst u uw organisatie? *Kies één mogelijkheid.*
  - Zelfstandig behandelcentrum
  - Privé-kliniek
  - Particuliere thuiszorg
  - Particuliere ouderenzorg
  - Particuliere geestelijke gezondheidszorg
  - Bedrijvenpoli
  - Tweedelijns Arbodienstverleningsbedrijf
  - Anders, namelijk .....
  
2. Korte beschrijving van de aard van de aangeboden zorg en de meest voorkomende soorten diagnostische behandelingen, specialistische ingrepen en/of andere zorgactiviteiten die in uw organisatie worden verricht? *Gebruik maximaal vijf regels.*
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  - .....
  
3. In welke van de drie compartimenten valt uw zorg?
  - Eerste compartiment (AWBZ)
  - Tweede compartiment (Zfw en standaard particuliere verzekeringen)
  - Derde compartiment (aanvullende verzekeringen)

- 0 Mengvorm, namelijk .....
4. Beheersvorm: *Kies één antwoord.*
- 0 Besloten vennootschap
- 0 Maatschap
- 0 Stichting
- 0 Anders, namelijk .....
5. Wie is (mede-)eigenaar van de organisatie? *Kruis de organisatie(s) aan die eigenaar of mede-eigenaar zijn.*
- 0 Directeur/oprichter(s)
- 0 Maatschap van professionals
- 0 Reguliere zorginstelling
- 0 Zorgverzekeraar(s)
- 0 Werkgever(s)
- 0 Woningcorporatie
- 0 Anders, namelijk .....
6. Wat waren de hoofdmotieven voor het opstarten van private initiatieven tot zorgverleners door uw organisatie? *Geef de twee belangrijkste motieven.*
- Het creëren van extra inkomsten
- a Voorzien in een behoefte/vraag
- b Verkorting wachttijden en wachtlijsten
- c Ontwikkeling van kennis en kunde op een nieuw gebied van zorgverlening (bijvoorbeeld arbozorg)
- d Het realiseren van winst ten behoeve van derden
- e Anders, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ... en ...

7. Beschikt u over een WZV-vergunning?
- 0 Ja
- 0 Nee
- 0 N.v.t.

#### **Personeel/infrastructuur**

In dit deel worden vragen gesteld die betrekking hebben op personeelsaantallen en infrastructuur.

In de navolgende staatjes vragen wij u bij elke categorie functies, die van toepassing is binnen uw organisatie, in te vullen hoeveel medewerkers in die functie bij de organisatie in dienst zijn. Voor zover mogelijk vragen wij u deze aantallen ook uit te drukken in voltijdseenheden (fte's). Voorbeeld: wanneer u twee verpleegkundigen in dienst heeft die beide halve dagen werken vult u in: Verpleegkundige – aantal medewerkers: 2, aantal fte's: 1. *Als u de aantallen niet precies weet, kunt u volstaan met een schatting.*



## 8. Medisch en paramedisch personeel

Functie	Aantal medewerkers	Aantal fte's
Arts/specialist		
Arts in opleiding/arts-assistent		
Operatieassistent		
Verpleegkundige		
Verzorgende		
Laborant		
Fysiotherapeut		
Psycholoog		
Logopedist		
Ander (para)medisch personeel		

## 9. Niet-medisch personeel

Functie	Aantal medewerkers	Aantal fte's
Management		
Secretariaat		
Administratie		
Receptie		
Ander niet-medisch personeel		

**Zorgverleningstraject**

In dit onderdeel worden vragen gesteld over de verwijzing, indicatiestelling, behandeling, zorg en nazorg van patiënten/cliënten.

10. Op welke wijze komen patiënten of cliënten bij u terecht voor ingrepen of andere zorgvormen? *Geef s.v.p. een schatting van de omvang van de verschillende categorieën.*

0	Via (verwijzing door) de specialist	.....%
0	Via (verwijzing door) de huisarts	.....%
0	Via (verwijzing door) een bedrijfsarts/keuringsarts	.....%
0	Via (verwijzing door) verzekeraars	.....%
0	Via de werkgever en/of arbodienstverleningsbedrijven	.....%
0	Doelgroepen komen rechtstreeks	.....%
0	Via de familie	.....%
0	Via (verwijzing door) patiëntenvereniging	.....%
0	Anders, namelijk .....	.....%
	<b>Totaal</b>	100 %

11. Hoeveel patiënten/cliënten werden het afgelopen jaar door uw organisatie ontvangen voor *(als u de aantallen niet precies weet kunt u volstaan met een schatting)*:

- Het stellen van een (para)medische indicatie .....
- (Para)medische behandeling .....
- Second opinion .....
- Verpleging en verzorging .....
- Wonen .....
- Anders, namelijk .....

12. Komt het regelmatig voor dat u patiënten/cliënten afwijst?
- Ja
  - Nee
13. Zo ja, waarom? *Geef de twee belangrijkste redenen.*
- a Gebrek aan capaciteit
  - b Gebrek aan faciliteiten
  - c Risico van uitvoeren ingreep te hoog
  - d Geen vergoeding of financiering mogelijk
  - e Geen behandeling nodig
  - f Anders, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ... en ...

14. Met wie heeft u contracten of afspraken over het bieden van een hotelfunctie voor bij u behandelde patiënten/cliënten? *Geef aan wat van toepassing is.*
- N.v.t.
  - Ziekenhuis
  - Hotel
  - Verpleeg- en verzorgingshuizen
  - Anders, namelijk .....
15. Van welke instanties betreft uw organisatie (para)medische diensten? *Geef aan wat van toepassing is.*
- N.v.t.
  - Ziekenhuis, soort dienst(en) .....
  - Eerstelijnsvoorziening, soort dienst(en) .....
  - Laboratorium, soort dienst(en) .....
  - Thuiszorginstelling, soort dienst(en) ... ..
  - Anders, namelijk .....

**Marktbewerking**

In dit deel worden vragen gesteld die betrekking hebben op uw doelgroepen, marktbewerking en concurrentiepositie.

16. Wie kunnen er gebruik maken van uw zorgvoorziening? *Geef aan wat van toepassing is.*
- 0 Iedereen die er voor betaalt
  - 0 Mensen die zijn verzekerd bij een verzekeraar die met ons een contract heeft (1<sup>e</sup>/2<sup>e</sup> compartiment)
  - 0 Alleen patiënten voor wie door bijvoorbeeld de werkgever wordt betaald
  - 0 Alleen patiënten die zelf een aanvullende verzekering hebben afgesloten (3<sup>e</sup> compartiment)
  - 0 Anders, namelijk .....
17. Op welke doelgroepen richt u zich in hoofdzaak? *Geef de twee belangrijkste groepen aan.*
- a Ouderen
  - b (Werknemers van) bedrijven en instellingen
  - c (Vrijwel) gehele patiëntengroep in specialisme(n) .....
  - d Deel van de patiënten van specialisme(n), namelijk .....
  - e Specifieke zorgbehoeften, namelijk .....
  - f Andere, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ... en ...

18. Er bestaan verschillende manieren om de doelgroepen te informeren. Welke zijn voor u het meest van toepassing? *Geef de twee belangrijkste aan.*
- a Met behulp van advertenties
  - b Met publicaties/interviews/persberichten
  - c Door het toesturen van brochures/informatie
  - d Met voorlichtingsbijeenkomsten
  - e In persoonlijke en/of telefonische gesprekken
  - f Doelgroepen worden niet benaderd
  - g Anders, namelijk.....

Antwoordkeuzen: ... en ...

19. Op welke verwijzers richt u zich in hoofdzaak? *Geef de twee belangrijkste verwijzers aan.*
- a Huisartsen
  - b Ziekenhuizen
  - c Bedrijven en instellingen
  - d Verzekeraars
  - e Verpleeg- en verzorgingshuizen
  - f Instellingen en beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg
  - g Andere, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ... en ...

20. Op welke financiers richt u zich in hoofdzaak. *Geef de twee belangrijkste financiers aan.*
- a Ziekenfondsen
  - b Particuliere verzekeraars
  - c Zorgkantoren
  - d Werkgevers en arbodiensten
  - e Eigen betaling door patiënten of cliënten zelf
  - f Eigen betaling middels persoonsgebonden budgetten
  - g Andere, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ... en ...

21. Informeert u financiers in algemene zin over de geboden (be)handelingen?
- Ja
  - Nee
22. Heeft u contracten afgesloten of afspraken gemaakt met verwijzers en/of financiers ten aanzien van verwijzingen naar uw organisatie?
- Ja
  - Nee
23. Uit welke regio komt op dit moment het grootste deel van uw patiënten/cliënten? *Kruis aan wat van toepassing is.*
- Eigen gemeente
  - Doelgroepen binnen een straal van ca. 50 km
  - Doelgroepen binnen een straal van ca. 100 km
  - Gehele land plus grensregio's buitenland
24. Waarom komen deze zorgvragers volgens u naar u toe? *Geef de twee belangrijkste redenen aan.*
- a Vanwege onze klantgerichte benadering (extra services en diensten; zorg op maat)
  - b Er is een contract met de werkgever
  - c Er zijn contracten of afspraken met zorg bemiddelingsbureau's bedrijven
  - d De zorgverzekeraar biedt een extra polis aan die onze zorg contracteert
  - e Vanwege de aanwezigheid van deskundige professionals
  - f Vanwege de snellere behandeling; men wil niet op lange wachtlijsten staan
  - g Vanwege onze kleinschaligheid
  - h Anders, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ... en ...

25. Ondervindt u hinder van één van de onderstaande instanties om goed te kunnen opereren op uw markt? *Waarom is dat? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.*
- Ministerie van VWS, omdat .....

- .....
- 0 College Tarieven Gezondheidszorg, omdat .....
- .....
- 0 Werkgevers, omdat .....
- .....
- 0 Gemeentelijke of provinciale overheid, omdat .....
- .....
- 0 Zorgverzekeraars, omdat .....
- .....
- 0 Banken/investeerdere, omdat .....
- .....
- 0 College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, omdat .....
- .....
- 0 College voor Zorgverzekeringen, omdat .....
- .....
- 0 Anders, namelijk .....
- .....

**Kwaliteit**

De volgende vragen hebben betrekking op aspecten van kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking.

- 26. Publiceert u een kwaliteitsjaarverslag?
  - 0 Ja
  - 0 Nee
  
- 27. Zijn er afspraken over de continuïteit van de zorg, mocht de organisatie tijdelijk genoodzaakt zijn behandelingen en zorgverlening te staken?
  - 0 Ja
  - 0 Nee
  
- 28. Wordt gemeten/geregistreerd in hoeverre de behandeling/zorg succesvol c.q. naar tevredenheid van de patiënt/cliënt is verlopen?
  - 0 Ja
  - 0 Nee
  
- 29. Hanteert uw organisatie een intern kwaliteitssysteem dat is vastgelegd in formele procedures of een protocol?

- 0 Ja
- 0 Nee

30. Zo ja, is dit kwaliteitssysteem gecertificeerd of wordt er op dit moment aan gewerkt gecertificeerd te worden?
- 0 Ja
  - 0 Nee

### Toetredingsbelemmeringen

31. Wat zijn volgens u de belangrijkste belemmeringen bij de ontwikkeling van marktinitiatieven in de zorg. *Geef de twee belangrijkste belemmeringen aan.*
- a Toetredingsbelemmeringen tot de markt vanwege wet- en regelgeving overheid
  - b Toetredingsbelemmeringen tot de markt vanwege sterke marktposities van reguliere aanbieders
  - c Zorgverzekeraars willen ons niet of in onvoldoende mate contracteren
  - d Het vinden van investeerders (in verband met bijvoorbeeld hoge kapitaalkosten)
  - e Anders, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ... en ...

32. Wat zijn volgens u de belangrijkste kansen bij de ontwikkeling van marktinitiatieven in de zorg. *Geef de twee belangrijkste aan.*
- a Er is een grote behoefte aan de zorg die wij bieden
  - b Er zijn veel investeerders bereid om ons zorgproduct te financieren
  - c Ons zorgproduct sluit goed aan op de producten van anderen in de zorgketen
  - d Wij bieden ons product in combinatie met andere producten aan
  - e Zorgverzekeraars zijn bereid ons product te contracteren
  - f Anders, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ... en ...

33. Indien u initiatieven hebt ondernomen, maar deze weer gestaakt heeft, wat was daarvoor dan de belangrijkste reden? *Eén antwoord kiezen.*
- a Niet van toepassing
  - b Er kwamen te weinig klanten, en derhalve te weinig inkomsten
  - c Verbod van de overheid
  - d Te hoge (kapitaal)lasten
  - e Zorgverzekeraars waren niet bereid tot contracteren van de zorg
  - f Verdeeldheid binnen de organisatie over de randvoorwaarden bij het marktinitiatief
  - g Anders, namelijk .....

Antwoordkeuze: ...

## Financiën

De volgende vragen hebben betrekking op financiering en inkomsten van uw organisatie. Wij realiseren ons dat u op bepaalde vragen wellicht niet wenst te antwoorden. In dat geval verzoeken we u vriendelijk deze vragen over te slaan, maar de overige vragen wel te beantwoorden.

34. Wilt u aangeven door wie de kosten van (be)handelingen worden betaald? *Geef globaal aan welk deel van uw rekeningen door welke categorie wordt betaald.*
- |   |                                |             |
|---|--------------------------------|-------------|
| 0 | Patiënt/cliënt zelf ca.        | .....%      |
| 0 | Particulieren verzekeraars ca. | .....%      |
| 0 | Ziekenfondsen ca.              | .....%      |
| 0 | Bedrijven ca.                  | .....%      |
| 0 | Zorgkantoren ca.               | .....%      |
| 0 | Persoonsgebonden budgetten ca. | .....%      |
| 0 | Onbekend/overig ca.            | .....%      |
|   | <b>Totaal</b>                  | <b>100%</b> |
35. Zijn de huidige tarieven en financiële richtlijnen in het algemeen voldoende om de door u gemaakte kosten te dekken?
- 0 Ja  
0 Nee
36. Indien dit niet het geval is kunt u dit dan toelichten? *Gebruik maximaal vijf regels.*
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
37. Bent u in staat om, naast de CTG-tarieven, ook andere zaken bij uw afnemers in rekening te brengen? *Kruis aan wat van toepassing is.*
- 0 Behandelkosten buiten het CTG-tarief
- 0 Verpleging en verzorging
- 0 Huur
- 0 Servicekosten
- 0 Anders, namelijk .....
38. Wilt u globaal aangeven hoe hoog de investeringen in gebouwen, apparatuur en inventaris tot op heden zijn in uw organisatie? *Maak een schatting.*
- 0 Tot f 500.000

- f* 500.000 – *f* 1.000.000
- f* 1.000.000 – *f* 2.000.000
- f* 2.000.000 – *f* 3.000.000
- f* 3.000.000 – *f* 4.000.000
- f* 4.000.000 – *f* 5.000.000
- Meer dan *f* 5.000.000

39. Van wie krijgt u het grootste deel van het eventueel benodigde vreemd vermogen?

*Kies twee antwoorden die het meest van toepassing zijn.*

- a Banken
- b Overige investeerders op het terrein van de financiële dienstverlening
- c Investeerders binnen de reguliere gezondheidszorg
- d Participatiemaatschappijen
- e Er is geen vreemd vermogen nodig
- f Overige investeerders, namelijk .....

Antwoordkeuzen: ...en ...

40. Wilt u aangeven welk deel van de investeringen bij de oprichting bestond uit van anderen geleend vermogen? *Maak een schatting.*

- Geen geleend vermogen
- Minder dan 20% geleend vermogen
- 20% - 40% geleend vermogen
- 40% - 60% geleend vermogen
- 60% - 80% geleend vermogen
- Meer dan 80% geleend vermogen

41. Wilt u globaal aangeven welk deel van dit bedrag op dit moment bestaat uit van anderen geleend vermogen? *Maak een schatting.*

- Geen geleend vermogen
- Minder dan 20% geleend vermogen
- 20% - 40% geleend vermogen
- 40% - 60% geleend vermogen
- 60% - 80% geleend vermogen
- Meer dan 80% geleend vermogen

42. Hoe beoordeelt u de mogelijkheden om vreemd vermogen aan te trekken voor organisaties zoals de uwe?

- Goed
- Voldoende
- Onmogelijk
- Moeilijk en met belemmeringen, namelijk. *Maximaal vijf regels.*

.....  
 .....



.....  
 .....  
 .....

43. Wilt u aangeven in welke categorie uw omzet viel in een drietal jaren (in gulden)?  
*Maak een schatting.*

	1998	1999	2000
Tot f 500.000	0	0	0
f 500.000 – f 750.000	0	0	0
f 750.000 – f 1.000.000	0	0	0
f 1.000.000 – f 2.000.000	0	0	0
f 2.000.000 – f 3.000.000	0	0	0
f 3.000.000 – f 4.000.000	0	0	0
f 4.000.000 – f 5.000.000	0	0	0
Meer dan f 5.000.000	0	0	0

44. Wilt u globaal aangeven op welke manier uw omzet 2000 was opgebouwd: geef s.v.p. aan hoe de omzet procentueel verdeeld was over de categorieën inkomsten? *Maak een schatting.*

0 Honoraria specialisten	.....%
0 Vergoeding praktijkkosten	.....%
0 Directe aan de (be)handeling verbonden kosten	.....%
0 Verpleeg- en verzorgingskosten	.....%
0 Huuropbrengsten	.....%
0 Overige inkomsten	.....%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>

45. Kunt u globaal aangeven hoeveel uw netto winst als percentage van de omzet bedraagt (gemiddelde van de afgelopen drie jaar)? *Maak een schatting.*

- 0 Er wordt geen winst gemaakt
- 0 Gemiddeld tussen de 0% en 5% van de omzet
- 0 Gemiddeld tussen de 5% en 10% van de omzet
- 0 Gemiddeld tussen de 10% en 15% van de omzet
- 0 Meer dan 15% van de omzet

46. Wat doet u met het grootste deel van een eventuele winst? *Kies twee antwoorden die het meest van toepassing zijn.*

- a Deze keer ik uit aan mijn aandeelhouders
- b Deze investeer ik in de organisatie
- c Deze voeg ik toe aan de reserves en voorzieningen
- d Hiervoor lever ik extra zorg, namelijk.....

Antwoordkeuzen: ... en ...

47. Kunt u globaal aangeven hoeveel financiële reserves en voorzieningen u heeft als percentage van uw omzet?
- 0 Tussen 0% en 5% van de omzet
  - 0 Tussen 5% en 10% van de omzet
  - 0 Tussen 10% en 20% van de omzet
  - 0 Tussen 20% en 30% van de omzet
  - 0 Meer dan 30% van de omzet
48. Bent u belasting over uw eventuele winst verschuldigd?
- 0 Ja
  - 0 Nee
  - 0 N.v.t.

**Tenslotte**

49. Heeft u nog andere opinies, en/of op- en aanmerkingen die voor de Raad van belang kunnen zijn bij het uitbrengen van zijn advies?
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

50. De enquête is ingevuld door: .....
- Datum: .....
- Telefoon: .....
- E-mail: .....

51. Naam/adres van organisatie:
- .....
- .....
- .....
- .....

Datum van oprichting: .....

Wij danken u hartelijk voor de door u genomen moeite en tijd om deze vragenlijst in te vullen.



## Bijlage 2

### Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
BV	Besloten vennootschap
CAGIN	Centra voor Arbeid en Gezondheid in Nederland
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College tarieven gezondheidszorg
CvZ	College voor zorgverzekeringen
DBC's	Diagnosebehandelcombinaties
fte's	full time equivalent
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheid
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NeVeP	Nederlandse Vereniging voor Particuliere thuiszorg
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NRPK	Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken
NV	Naamloze vennootschap
pgb	persoonsgebonden budget
RIO	Regionaal indicatie orgaan
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VOF	Vennootschap onder firma
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZBC	Zelfstandige behandelcentra
ZFW	Ziekenfondswet



## Bijlage 3

### Literatuur

Bakkenist Management Consultants. Nieuwe klinische behandelcentra: voor de muziek uit of randverschijnsel? S.l., s.n., 1993.

Bruinsma, J. Vendex sluipt terug zorg in. Amsterdam, Volkskrant, 19 oktober 2001.

Caris-Verhallen, W.M.C.M., I.A. Miltenburg en A. Kerkstra. Aard en omvang van particuliere thuiszorgaanbieders in Nederland. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, november 1997.

Inspectie voor de Gezondheid. Jaarverslag 2001. Den Haag: IGZ, 2001.

Knors, 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.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2002. Den Haag: VWS, 2001.

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

Minkman M. en E.J. van Asselt. Een kwalitatieve beschrijving van de arbeidsmarkt in de commerciële zorgsector. OSA publicatie Z22, 1997.

Research voor Beleid. Commercie in de GGZ: een eerste verkenning. Leiden, 1999.





## Bijlage 4

### 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: 90-5732-091-6

*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 02/02*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg