

**Advies**

# **Experiment met winstoogmerk in de ziekenhuiszorg**

**Private winst voor het publieke belang**

juni 2008



## Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Advies</b>	<b>7</b>
<b>1. Het publieke belang voorop</b>	<b>9</b>
<b>2. Positieve effecten van winstoogmerk</b>	<b>11</b>
2.1 Betere vermogenspositie	11
2.2 Optimalisatie in bedrijfsvoering	11
2.3 Verlaging van toetredingsbarrières	12
2.4 Van aanbodsturing naar toezicht houden	12
2.5 Verhoging arbeidsproductiviteit	12
<b>3. Ondervangen risico's</b>	<b>15</b>
3.1 Behoud van opgebouwd vermogen	15
3.2 Kwaliteit	16
3.3 Toegankelijkheid	16
3.4 Strategisch gedrag	17
3.5 Juiste declaratie	18
3.6 Volumestijging	18
<b>4. Vormgeving van een experiment</b>	<b>21</b>
4.1 Looptijd experiment	21
4.2 Aantal deelnemers	22
4.3 Selectiecriteria	22
4.3.1 Selectieronde 1	22
4.3.2 Selectieronde 2	23
4.4 Monitoring	24
4.4.1 Kwaliteit	24
4.4.2 Vermogenspositie	25
4.4.3 Prijzen	25
4.4.4 Volume	25
4.5 Beëindiging experiment en herstel startpositie	25
4.5.1 Beëindigen experiment	25
4.5.2 Herstel uitgangspositie deelnemende instelling	26
4.5.3 Borgen van leningen deelnemende instellingen	26
4.6 Contracten met medisch specialisten	27
4.7 Fiscale aspecten	28
<b>5. Juridische inbedding experiment</b>	<b>29</b>
5.1 Wettelijk kader experiment met winstoogmerk	29
5.2 Proces invoering experiment met winstoogmerk	30



## Vooraf

Voor u ligt het advies *Experiment met winstoogmerk in de ziekenhuiszorg*. Dit advies is geschreven naar aanleiding van het verzoek van meerdere partijen aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om het verbod van winstoogmerk voor zorginstellingen op te heffen. Door opheffing van dit verbod wordt het kunnen uitkeren van winst en daarmee het aantrekken van extern eigen vermogen in de zorg mogelijk gemaakt.

In dit advies presenteert de NZa aan de minister van VWS haar visie op de mogelijkheden voor een experiment met winstoogmerk. Aan het advies liggen een economisch en een juridisch adviesrapport ten grondslag.

Voor de NZa staat het belang van de consument voorop. De potentiële effecten van het toestaan van een winstoogmerk toetst zij dan ook op de borging van de publieke belangen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



## Advies

De NZa heeft van meerdere partijen het verzoek gekregen om het kunnen uitkeren van winst en daarmee het aantrekken van extern eigen vermogen in de zorg mogelijk te maken. In dit advies presenteert de NZa aan de minister van VWS haar visie op de mogelijkheden van een experiment met winstoogmerk.

Voor de NZa staat het belang van de consument voorop. De potentiële effecten van het toestaan van een winstoogmerk toetst zij dan ook op de borging van de publieke belangen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

### *Eigen vermogen als middel voor investeringen en verbeteringen*

Veel ziekenhuizen hebben nieuw eigen vermogen nodig om op korte termijn te kunnen investeren in innovatie, kwaliteit en efficiëntie<sup>1</sup>. Het verkrijgen van additioneel eigen vermogen is alleen mogelijk door het aantrekken van extern vermogen. Het opheffen van het verbod van winstoogmerk bevordert dat er in de zorg (eigen) vermogen beschikbaar komt. Het aantrekken van risicodragend vermogen in de ziekenhuiszorg kan onder bepaalde voorwaarden positieve invloed hebben op verschillende aspecten van het zorgaanbod.

### *Risicodragend vermogen en toegankelijkheid*

Toegankelijkheid van de zorg in de klassieke betekenis hoeft door het streven naar winst niet beïnvloed te worden. In Nederland is iedereen verzekerd en heeft daardoor toegang tot vrijwel alle zorg. Dit neemt niet weg dat de overheid te allen tijde per regio de noodzakelijke breedte van zorg moet garanderen. Winstoogmerk stimuleert ziekenhuizen om efficiënter te werken. Dit kan leiden tot een vermindering van de wachtlijsten, wat een positief gevolg heeft voor de toegankelijkheid van de zorg in de ruimere betekenis van het woord. Tevens kan winststreven toetreding van andere aanbieders bevorderen. Door winstoogmerk kan echter ook de stimulans om patiënten op economische en medische gronden te selecteren toenemen.

### *Risicodragend vermogen en kwaliteit*

Winstoogmerk kan tot gevolg hebben dat ziekenhuizen in het zorgaanbod een focus aanbrengen. Ziekenhuizen kunnen hierdoor aanzienlijke kwaliteitsverbeteringen tot stand brengen. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door te investeren in zogeheten centers of excellence, waarbij de ziekenhuizen op bepaalde gebieden de beste behandeling leveren. Daarnaast stimuleert winststreven ziekenhuizen tot betere bejegening van hun cliënten. Een belangrijke voorwaarde voor concurrentie op kwaliteit is dat de kwaliteit van de geleverde zorg transparant is. Een potentieel risico van winstoogmerk is dat naar winst strevende zorginstellingen de kwaliteit van de zorg - bewust of onbewust - verlagen doordat zij te sterk bezuinigen op kosten. Achteruitgang in de kwaliteit zal leiden tot beëindiging van (deelname aan) het experiment.

### *Risicodragend vermogen en betaalbaarheid*

Meer risicodragend eigen vermogen zal hoogstwaarschijnlijk leiden tot meer efficiëntie in het ziekenhuis. Dit is het geval omdat winstoogmerk tot gevolg zal hebben dat ziekenhuizen een grotere stimulans ondervinden om hun bedrijfsvoering te optimaliseren en op die manier een kostenverlaging tot stand te brengen. Dit hoeft echter niet

---

<sup>1</sup> Vreemd vermogen is hiervoor minder geschikt. Zie verdere uitwerking in paragraaf 2.1.

noodzakelijkerwijs in de prijzen door te werken. Nieuw verworven kapitaal kan het ziekenhuis investeren, wat kan leiden tot een verhoging van de arbeidsproductiviteit. Met het oog op de toekomst is dit noodzakelijk om aan de stijgende zorgvraag te voldoen. Naast de positieve effecten van volumestijging moet ook rekening worden gehouden met de relatie tot de macrobetaalbaarheid van zorg. Door de mogelijkheid om winst uit te keren, neemt de kans op strategisch gedrag en upcoding toe.

*Regelgeving maakt risico's beheersbaar*

Door voor een experiment met winstoogmerk heldere kaders te stellen, kan de overheid winststreven binnen de bestaande regelgeving mogelijk maken. Belangrijke elementen hierbij zijn heldere criteria voor toelating tot het experiment, duidelijke regelgeving voor en tijdens het experiment, monitoring van de zorgkwaliteit en de vermogenspositie, en het stellen van eisen aan winstuitkeringen.

*Het toestaan van winstoogmerk in een experiment biedt kansen*

De overheid kan vanwege de beperkte omvang van een experiment leren wat de effecten van winstoogmerk zijn zonder dat er sprake is van grote risico's. In een experiment is het mogelijk om alle stimulansen van winstoogmerk aanwezig te laten zijn, terwijl de overheid een heldere afbakening kan aanbrengen en in staat is om de positieve en mogelijk negatieve effecten goed te monitoren. Bovendien is een experiment per definitie eindig en om die reden kan de overheid de situatie tussentijds of na afloop volledig terugdraaien. Door het aantal deelnemers te beperken, zijn de gevolgen van een beëindiging goed te overzien. Wel zullen de deelnemers bij een positieve uitkomst van het experiment en een generieke opheffing van het verbod van winstoogmerk een concurrentievoordeel hebben ten opzichte van de andere ziekenhuizen.

*Advies*

Na afweging van alle kansen en potentiële risico's adviseert de NZa aan de minister van VWS om een experiment met winstoogmerk in de ziekenhuiszorg toe te staan.



## 1. Het publieke belang voorop

In Nederland wordt het zorgstelsel van centrale planning en aanbodsturing geleidelijk vervangen door een stelsel van vraagsturing. De overheid beschouwt vraagsturing niet als doel op zich. Het is een middel om de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg voor iedereen te blijven garanderen en verder te verbeteren. Meer ruimte voor ondernemerschap in de zorg, minder bureaucratie en tegelijkertijd goed toezicht op het functioneren van de markt, moeten tot een efficiënter zorgstelsel leiden.

Met de hervormingen van de verzekeringsmarkt in 2006 en de liberalisering van de productmarkt door onder andere de introductie van de DBC-systematiek in 2005 en de invoering van het B-segment, heeft de overheid de eerste stappen in de richting van het decentraliseren van beslissingsbevoegdheden gezet. Artsen, instellingen en verzekeraars zijn doorgaans beter in staat om goede beslissingen te nemen ten aanzien van het lokale zorgaanbod dan de overheid dat door middel van centrale sturing kan. Gereguleerde marktwerking, het transparanter maken van het zorgaanbod, de kwaliteit van dat zorgaanbod en prestatiebekostiging zijn voorbeelden van decentralisatie van beslissingbevoegdheden. De opheffing van het verbod van winstoogmerk bij de ziekenhuizen zou een logische vervolgstap kunnen zijn. De mogelijkheid van winstoogmerk moet worden begrepen als een middel om meer vermogen aan te trekken en als gevolg daarvan meer stimulansen en mogelijkheden voor prestatieverbetering te introduceren.

In dit advies geeft de NZa haar visie op de wenselijkheid van het toestaan van winstoogmerk in de vorm van een experiment. Aan het advies liggen een economisch en een juridisch adviesrapport ten grondslag. Beide rapporten zijn in opdracht van de NZa geschreven. Deze adviesrapporten zijn als bijlagen aan dit advies toegevoegd<sup>2</sup>.

Voor de NZa staan de belangen van de consument voorop. Aan de kant van de uitvoering gaat het hierbij vooral om de borging en waar mogelijk ook de verbetering van de *toegankelijkheid*, de *kwaliteit* en de *betaalbaarheid* van de zorg. Ook in de nadere uitwerking van dit advies toetst de NZa de effecten die het toelaten van een winstoogmerk heeft aan deze doelstellingen. Dit geldt ook voor de bijgevoegde adviesrapporten.

**Toegankelijkheid** van de zorg in de klassieke betekenis hoeft door winststreven niet te worden beïnvloed. In Nederland is iedereen verzekerd en heeft daardoor toegang tot vrijwel alle zorg. De NZa gaat er vanuit dat door ziekenhuizen die efficiënter presteren de wachtlijsten in de zorg afnemen. Investerings op korte termijn kunnen dat proces versnellen, waardoor de toegang tot zorg wordt vergemakkelijkt. Winstoogmerk leidt ook tot stimulansen om tot de markt toe te treden. In de experimentele periode verwacht de NZa echter niet dat toetreding van nieuwe aanbieders een belangrijke rol zal spelen. Als de overheid winstoogmerk generiek toestaat, dan zal toetreding op de lange termijn wel een rol spelen.

---

<sup>2</sup> Prof. dr. K. Cools, economisch adviesrapport: *Ondernemerschap in de zorg; wenselijkheid en opzet van een winstexperiment*.

Prof. mr. G.R.J. de Groot, juridisch adviesrapport: *Winstexperiment en wetgeving*.

De NZa verwacht dat bij naar winst strevende ziekenhuizen de **kwaliteit** van de zorg toeneemt. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door in het zorgaanbod een focus aan te brengen. Specialisatie kan op die manier een bijdrage leveren aan een betere zorgkwaliteit en een betere bejegening van cliënten.

Naast kwaliteitsverbetering door in het zorgaanbod een focus aan te brengen, kunnen ziekenhuizen nieuw verworven kapitaal ook investeren in kwaliteitsverbetering. Een voorbeeld hiervan is de aanschaf van betere apparatuur, zoals een stand-up-MRI. Een belangrijke voorwaarde voor concurrentie op kwaliteit is dat de kwaliteit van de geleverde zorg transparant is. Hiervoor zal de NZa samen met de IGZ eisen formuleren. Achteruitgang in kwaliteit ten opzichte van de startpositie zal leiden tot beëindiging van (deelname aan) het experiment.

De NZa verwacht niet dat door het experiment met winstoogmerk de **betaalbaarheid** van de zorg in het geding komt. Meer risicodragend eigen vermogen zal hoogstwaarschijnlijk leiden tot meer efficiëntie in het ziekenhuis. Dit is het geval omdat winstoogmerk tot gevolg zal hebben dat ziekenhuizen een grotere stimulans ondervinden om hun bedrijfsvoering te optimaliseren en op die manier een kostenverlaging tot stand te brengen. In hoeverre deze kostenbesparingen doorwerken in de prijzen aan de consument, is moeilijk te voorspellen. Dit hangt onder andere af van de mate van concurrentie die instellingen ondervinden. Het uitblijven van een prijsdaling zou ook kunnen samenhangen met de hogere kwaliteit die een ziekenhuis levert.

Voor de deelnemers aan het experiment gelden dezelfde reguleringsregels als voor andere aanbieders. Het risico op prijsstijgingen blijft daarmee beperkt. Verzekeraars worden in het B-segment geacht voldoende tegengas te kunnen geven. De NZa kan bovendien in gevallen van misbruik van marktmacht ingrijpen. Ontwikkelingen in het zorgvolume zal de NZa monitoren om op die manier de relatie met de toekomstige betaalbaarheid van de zorg op macroniveau in de gaten te houden.

In het vervolg van dit advies licht de NZa het bovenstaande nader toe. De indeling is daarbij als volgt. In hoofdstuk 2 bespreekt de NZa de voordelen van het toestaan van winstoogmerk. Hoofdstuk 3 gaat in op de vraag welke risico's winststreven met zich mee kan brengen en op welke manier het mogelijk is deze (grotendeels) te ondervangen. In hoofdstuk 4 schetst de NZa de contouren van een experiment met winstoogmerk. Hoofdstuk 5 beschrijft de juridische inbedding van een experiment.

## 2. Positieve effecten van winstoogmerk

Het toestaan van winstoogmerk voor ziekenhuizen kan op de gezondheidszorg uiteenlopende effecten hebben. In dit hoofdstuk beschrijft de NZa de positieve effecten. Uiteindelijk zal de consument hiervan profiteren.

### 2.1 Betere vermogenspositie

De huidige vermogenspositie van het gemiddelde ziekenhuis is zwak. Het eigen vermogen bedraagt gemiddeld minder dan 10% van de omzet en dit zou door het nieuw te bepalen financieringsstelsel voor onroerend goed verder kunnen afnemen<sup>3</sup>. Financiering vindt voornamelijk plaats met vreemd vermogen (bancaire leningen). Binnen een budgetsystematiek waarin sprake is van het vergoeden van de vaste kosten, is een zwakke vermogenspositie niet bedreigend voor de financierbaarheid en de continuïteit van een instelling. Door de invoering van prestatiebekostiging en onroerend goed voor eigen rekening en risico, stijgt het risico voor ziekenhuizen echter. Dit vereist een sterkere financiële positie van instellingen en verstrekkers van vreemd vermogen zullen hun solvabiliteitsvereisten verhogen.

Ziekenhuizen kunnen het eigen vermogen versterken door positieve exploitatieresultaten. Dit vormt een langdurig proces, waardoor benodigde investeringen op korte termijn niet kunnen plaatsvinden. Dat zou ten koste kunnen gaan van kwaliteit, innovatie en efficiëntie. Een andere mogelijkheid om versneld vermogen op te bouwen is door het hanteren van hogere prijzen. Dit is echter in strijd met het publieke belang van betaalbaarheid. Het aantrekken van extern eigen vermogen vormt zodoende de meest aangewezen manier voor ziekenhuizen om op korte termijn de solvabiliteit te versterken.

### 2.2 Optimalisatie in bedrijfsvoering

Winstoogmerk zal tot gevolg hebben dat ziekenhuizen een grotere stimulans ondervinden om hun bedrijfsvoering te optimaliseren en op die manier een kostenverlaging tot stand te brengen. Het efficiënter en kwalitatief beter inrichten van de structuur en de (logistieke) processen van een ziekenhuis kan (flinke) aanpassingen met zich meebrengen. Zulke veranderingsprocessen zijn doorgaans versneld mogelijk wanneer er extra kapitaal beschikbaar is.

Door het toestaan van winstoogmerk kan een ziekenhuis investeerders aantrekken. Deze investeerders hebben belang bij een efficiënt functionerende instelling en zullen daarom hun invloed als belanghebbende partij benutten om de doelmatigheid van het ziekenhuis te bevorderen. Dit draagt bij aan de (verdere) optimalisatie van de bedrijfsvoering.

Om aanpassingen in de bedrijfsvoering te kunnen doorvoeren is flexibiliteit noodzakelijk. Die flexibiliteit geldt niet alleen ten aanzien van het kapitaal dat voorhanden is, maar ook met betrekking tot het vermogen van een organisatie om veranderingen door te voeren. Een belangrijk aspect daarbij is de betrokkenheid van de werknemers.

<sup>3</sup> Zie jaarverslag WfZ 2006 ([www.Wfz.nl/index2.php?content=publicaties](http://www.Wfz.nl/index2.php?content=publicaties)) voor de cijfers van 2006.

Door de huidige maatschapstructuur binnen ziekenhuizen lopen de belangen van de maatschappen en het ziekenhuis vaak niet echt parallel. Maatschappen ontvangen de opbrengsten van hun behandelingen, maar het ziekenhuis draagt vrijwel alle kosten (zoals voor medische apparatuur, hulpmiddelen en huisvesting). Daarmee ontbreekt voor de maatschappen de stimulans om kostenefficiënt te opereren en logistieke processen zo optimaal mogelijk in te richten. Opheffing van het verbod van winstoogmerk zou het mogelijk maken om medewerkers en specialisten (bijvoorbeeld door transformatie van de maatschapstructuur) meer bij de financiële resultaten van hun instelling te betrekken<sup>4</sup>.

### 2.3 Verlaging van toetredingsbarrières

Met het verbod van winstoogmerk maakt de overheid het onaantrekkelijk voor investeerders om in bestaande ziekenhuizen te investeren of om nieuwe ziekenhuizen op te zetten. Theoretisch bestaat de mogelijkheid dat potentiële non-profit-organisaties in ziekenhuizen investeren of ziekenhuizen opzetten. De NZa acht de kans hierop echter bijzonder klein<sup>5</sup>.

In de monitor B-segment 2007<sup>6</sup> geven ziekenhuizen aan dat opheffing van het verbod van winstoogmerk pas tot noodzakelijke investeringsprikkel zal leiden. De NZa heeft daarnaast ook individuele gesprekken gevoerd met een aantal winstgeoriënteerde buitenlandse ziekenhuisketens<sup>7</sup>. Deze hebben duidelijk te kennen gegeven dat de mogelijkheid om winst uit te keren voor hen een onontbeerlijke voorwaarde is om tot de Nederlandse ziekenhuismarkt toe te treden. Zij moeten immers (een) rendement op hun investeringen kunnen behalen ten behoeve van hun aandeelhouders.

Door het verbod van winstoogmerk op te heffen en daarmee toetreding feitelijk mogelijk te maken, zou de overheid kunnen bijdragen aan meer concurrentie in de zorgmarkt. Hierdoor ondervinden ziekenhuizen een grotere stimulans om efficiënter te werken.

### 2.4 Van aanbodsturing naar toezicht houden

In de huidige situatie vervult de overheid in de zorgsector een regulerende rol. Wanneer zij winstuitkering aan investeerders mogelijk maakt, komt er meer verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen te liggen en dit is in lijn met de nieuwe rol van de overheid. Dit neemt niet weg dat ziekenhuizen in een kader moeten functioneren dat door de overheid is geschapen. Het is de taak van de overheid erop toe te zien dat de ziekenhuizen binnen dit kader handelen. Haar taak verschuift dus van centrale sturing naar regulering waar nodig<sup>8</sup> en naar toezicht houden.

### 2.5 Verhoging arbeidsproductiviteit

Ziekenhuizen kunnen het nieuw verworven kapitaal investeren in hun processen, apparatuur en opleiding. Hierdoor worden innovaties

<sup>4</sup> Voor nadere uitwerking zie *Ondernemerschap in de zorg; wenselijkheid en opzet van een winstexperiment*.

<sup>5</sup> NZa, Visiedocument ziekenhuiszorg (2005). ([www.nza.nl/nza/Publicaties/Visie11](http://www.nza.nl/nza/Publicaties/Visie11)).

<sup>6</sup> NZa, Monitor B-segment 2007 (juni 2007).

<sup>7</sup> Rhön Kliniken, Helios Kliniken en Capio.

<sup>8</sup> 'Regulering waar nodig' geldt bij generieke opheffing van het verbod van winstoogmerk.

bevordert en ook de arbeidsproductiviteit kan hierdoor verhoogd worden<sup>9</sup>.

Dit effect op de arbeidsproductiviteit is vanuit publiek oogpunt belangrijk, omdat in de toekomst de zorgvraag toeneemt terwijl de arbeidsmarkt krappere wordt. Investerings in productiviteit zijn de komende jaren noodzakelijk om met een krappere arbeidsmarkt aan de stijgende zorgvraag te kunnen blijven voldoen<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Onder andere arbeidsparende technologie, zoals robotchirurgie.

<sup>10</sup> Zie o.a. Prismant, *Arbeid in zorg en Welzijn* (december 2007). Rijksbegroting 2005, beleidsartikel 29: arbeidsmarktbeleid.



### 3. Ondervangen risico's

Een experiment met winstoogmerk voor zorgaanbieders brengt diverse potentiële risico's voor het algemeen belang en de overheid met zich mee. Deze risico's zijn zowel aanwezig voor een non-profitziekenhuis als een for-profitziekenhuis. Het kunnen uitkeren van winst aan investeerders kan deze risico's echter wel vergroten omdat winstoogmerk bepaald gedrag kan versterken.

Hieronder beschrijft de NZa de risico's die bij de mogelijkheid tot winstuitkering aanwezig zijn. Tevens worden maatregelen genoemd om deze risico's beheersbaar te houden of zelfs uit te sluiten.

#### 3.1 Behoud van opgebouwd vermogen

Met het oog op een gezonde financiële situatie in de toekomst is het van belang dat ziekenhuizen vermogen dat zij hebben opgebouwd ook kunnen behouden. Er zijn verschillende potentiële risico's waardoor opgebouwd vermogen verloren kan gaan.

##### *Risico 1*

Als nieuwe vermogensverschaffers tegen een te lage prijs zeggenschapsrechten verwerven in het ziekenhuis, dan lekt er opgebouwd vermogen uit de zorg weg naar de nieuwe investeerders.

##### *Maatregel*

Bij het aangaan van het contract tussen het ziekenhuis en de nieuwe investeerder zal de NZa erop toezien dat de voorwaarden waaronder de nieuwe investeerder investeert, marktconform zijn. De NZa zal de ziekenhuizen die deelnemen aan het experiment verplichten om een onafhankelijke waarderingsdeskundige in te schakelen en zich in onderhandelingen te laten bijstaan door onafhankelijke (juridische) expertise. Om eventuele conflicten in een later stadium te voorkomen, adviseert de NZa om bij aanvang van het experiment een procedure vast te stellen aangaande de waardering van het ziekenhuis, zowel in de startpositie als bij beëindiging van het experiment. In een dergelijke procedure moet ook zijn opgenomen op welke manier er wordt gehandeld wanneer zich meningsverschillen over de waardering voordoen. Een mogelijkheid is om de waardering in die gevallen te laten uitvoeren door een onafhankelijke derde partij die voor beide partijen acceptabel is.

##### *Risico 2*

In een markt die niet gereguleerd is, bestaat het risico dat hogere winstuitkeringen plaatsvinden dan met het oog op een gezonde vermogensstructuur verantwoord is. Te hoge winstuitkeringen kunnen zo de ruimte voor een verantwoorde exploitatie onder druk zetten. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit en de efficiëntie op langere termijn.

##### *Maatregel*

Er zullen beperkingen worden gesteld aan het dividendniveau en andere uitkeringen aan aandeelhouders. Door winstuitkering pas toe te staan boven een nader te definiëren minimale solvabiliteit en minimale rentedekking<sup>11</sup>, is het mogelijk om te voorkomen dat de

<sup>11</sup> Rentedekking = winst voor belasting/rentelasten. Winst wordt hier gedefinieerd als resultaat uit de gewone bedrijfsuitoefening. Het normgetal voor de uitkomst ligt tussen 3

exploitatieruimte onnodig onder druk komt te staan. Dit heeft als nadeel voor een potentiële investeerder dat indien de waardevermindering tegenvalt, hij zijn investering niet terugverdient. Ook bij het bepalen van de solvabiliteit vormt de waarderingmethode die wordt gebruikt een belangrijk aandachtspunt. Het is noodzakelijk om deze helder en ondubbelzinnig op te stellen. Daarnaast kan de raad van toezicht te royale uitkeringen tegengaan.

#### *Risico 3*

Als het ziekenhuis exorbitante beloningen verstrekt aan de leden van de Raad van Bestuur, wordt de vermogenspositie van het ziekenhuis verzwakt.

#### *Maatregel*

De ziekenhuizen zijn al enkele jaren verplicht om de salarissen van hun bestuurders (inclusief emolumenten) in de jaarverslagen te vermelden. Op dit punt is het dus niet noodzakelijk om afzonderlijke eisen op te nemen. Daarnaast kan ook hier de raad van toezicht te royale uitkeringen tegengaan.

## **3.2 Kwaliteit**

Het experiment met winstoogmerk heeft tot doel om de huidige kwaliteit van de zorg te verbeteren door nieuw kapitaal voor de zorg beschikbaar te stellen en concurrentie te bevorderen. Kwaliteit in de zorg is te onderscheiden in medische kwaliteit en servicekwaliteit. De IGZ zal in overleg met de NZa hiervoor uit beschikbare sets indicatoren selecteren. De indicatoren zullen gerelateerd worden aan patiëntveiligheid.

#### *Risico*

Ondanks het doel van het experiment, bestaat de mogelijkheid dat ziekenhuizen die naar winst streven de kwaliteit van hun zorg (bewust of onbewust) verlagen door te sterk te bezuinigen op de kosten.

#### *Maatregel*

De NZa stelt als eis aan de deelnemende ziekenhuizen dat de kwaliteit niet mag verslechteren ten opzichte van de huidige situatie. De IGZ zal de kwaliteit van de deelnemende ziekenhuizen nauwlettend monitoren (zie ook paragraaf 4.4). Vermindering van de kwaliteit leidt tot beëindiging van (deelname aan) het experiment. Naast de IGZ kunnen bij de kwaliteitsbewaking ook verzekeraars een rol spelen. Verzekeraars moeten bereid zijn om patiënten naar goed presterende zorgaanbieders te sturen en te investeren in meer transparantie, hogere kwaliteit en lagere prijzen. De 'beloning' voor de succesvolle zorgaanbieder is een hoger volume dat aan andere zorgaanbieders wordt onttrokken. Cliëntenraden kunnen eveneens de kwaliteit van een ziekenhuis in de gaten houden.

## **3.3 Toegankelijkheid**

Medische zorg moet toegankelijk zijn voor iedereen. Dit houdt in dat zorginstellingen patiënten niet op economische gronden mogen selecteren en dat patiënten toegang moeten hebben tot alle zorg.

---

en 5. Het is niet te verwachten dat ziekenhuizen in het beginstadium van het experiment al aan het minimale normgetal kunnen voldoen. Een oplossing zou kunnen zijn om de minimale rentedekking gefaseerd te verhogen tot uiteindelijk de hoogte van de normgetallen voor de uitkomst.



*Risico 1*

Instellingen met en zonder winstoogmerk ondervinden een stimulans om patiënten te selecteren<sup>12</sup>. Het kan immers lucratiever zijn om patiënten zonder complicaties te behandelen. De stimulans om minder winstgevende patiënten door te verwijzen, is voor een for-profitziekenhuis wellicht groter.

*Maatregel*

In het geliberaliseerde segment van de ziekenhuiszorg zullen de prijzen zich aanpassen aan de zorgzwaarte. In het gereguleerde deel is het mogelijk om zorgzwaarte als reden voor patiëntselectie op te lossen door de DBC-productstructuur aan te passen. Daarnaast kan goede medische risicoselectie een positief bijeffect van winststreven zijn, omdat het mogelijk is een stimulans te creëren om behandelingen te laten plaatsvinden in de meest geëigende instelling.

*Risico 2*

De noodzakelijke breedte aan zorg is niet meer beschikbaar.

*Maatregel*

Het is de taak van de overheid om te garanderen dat in elke regio acute zorg en de noodzakelijke breedte aan zorg beschikbaar blijft. Het monitoren van ontwikkelingen in het zorgaanbod kan hierbij een ondersteunende rol vervullen.

### 3.4 Strategisch gedrag

Wanneer instellingen over marktmacht beschikken, is er een stimulans om anticompetitief gedrag te vertonen.

*Risico*

Instellingen met marktmacht hebben stimulanzen om hogere prijzen te vragen dan instellingen in een concurrerende omgeving. Dit anticompetitieve gedrag komt in het huidige systeem ook voor. Het risico bij een experiment met winstoogmerk is dat een monopolistisch ziekenhuis, onder andere onder druk van de externe financier, nog meer stimulanzen krijgt om zijn prijzen kunstmatig te verhogen.

*Maatregel*

Er wordt vanuit gegaan dat de verzekeraar in de prijsonderhandelingen voor het B-segment in staat is om voldoende tegengas te bieden. Daarnaast gelden voor de deelnemers aan het experiment dezelfde reguleringsregels als voor andere aanbieders. Het risico op prijsstijgingen wordt daarmee beperkt. Mochten zorginstellingen daadwerkelijk anticompetitief gedrag vertonen, dan beschikt de NZa met de huidige *Beleidsregel aanmerkelijke marktmacht (AMM)* over een instrument om deze instellingen maatregelen op te leggen. In het geval van aanmerkelijke marktmacht van een ziekenhuis kan de NZa verschillende verplichtingen opleggen. Een greep uit deze verplichtingen is: transparantie-eis, non-discriminatie, ontbundeling, gescheiden boekhouding, contracteerplicht, prijscontrole door de NZa, kostentoe rekening en de eis aan een ziekenhuis om aan te tonen dat het aan bepaalde verplichtingen voldoet.

<sup>12</sup> De huidige DBC-systematiek kan patiëntselectie in de hand werken. Ziekenhuizen brengen patiënten die vanwege een verhoogd risico op complicaties mogelijk zwaardere zorg behoeven, immers dezelfde DBC in rekening als patiënten met een standaardbehandeling en zonder complicaties. Er vindt in de bestaande situatie voor een deel compensatie plaats doordat er sprake is van een academische component en toeslagen.

### 3.5 Juiste declaratie

Bij het declareren van producten bestaat een stimulans tot upcoding. Bij upcoding declareren ziekenhuizen een hoger gewaardeerde DBC dan zij daadwerkelijk hebben geleverd of leveren zij een duurdere DBC dan strikt genomen noodzakelijk is.

#### *Risico*

Van een stimulans tot upcoding is ook in de huidige situatie al sprake. De oorzaak is dat medisch specialisten voor hun inkomen afhankelijk zijn van de DBC-omzet. Ook zelfstandige klinieken kunnen profiteren van upcoding. Overigens is upcoding van alle tijden en doet het zich voor in alle tariefsystemen; dit risico is dan ook nooit helemaal uit te bannen. Het is goed denkbaar dat een grotere druk om resultaten te behalen de stimulans tot upcoding versterkt.

#### *Maatregel*

Binnen de bestaande systematiek zijn voorschriften vastgelegd om DBC's te registreren en te declareren. Externe accountants zien hierop toe. Daarnaast past DBC Onderhoud de DBC-systematiek aan, waardoor DBC's in de toekomst automatisch worden afgeleid uit de diagnose en de zorgactiviteiten. Daarmee vindt een beperking van de mogelijkheden tot upcoding plaats. Verder zouden verzekeraars en de NZa de productie van ziekenhuizen onderling kunnen vergelijken en relateren aan de kenmerken van hun patiënten. Daarmee kan (een vermoeden van) upcoding worden aangetoond. Daarnaast is het mogelijk om te monitoren of for-profitaanbieders in sterkere mate aan upcoding doen dan non-profitaanbieders.

### 3.6 Volumestijging

Wanneer zorginstellingen hun productievolume sterk opvoeren, kan de macro-betaalbaarheid van de zorg in het geding komen.

#### *Risico*

Zorginstellingen met een winstoogmerk kunnen ten opzichte van de huidige situatie een stimulans ondervinden om meer (winstgevende) zorg te produceren en op die manier hun winst te maximaliseren. Dit kan leiden tot hogere zorguitgaven.

#### *Maatregel*

Allereerst is het van belang om op te merken dat de zorguitgaven de komende jaren naar verwachting zullen stijgen door demografische en technologische ontwikkelingen. Dit staat los van het experiment met winstoogmerk. Daarnaast is noch in het model van functionele bekostiging, noch in de prestatiebekostiging sprake van een ex ante-beperking van het zorgvolume. De DBC-systematiek stimuleert medisch specialisten in combinatie met het uurtarief immers om hard te werken. Het toestaan van winstoogmerk zal hier niet veel aan veranderen. Hoogstens kan de ziekenhuisdirectie de specialisten dan extra stimuleren om meer te produceren. De zorgverzekeraar moet in dat geval natuurlijk wel bereid zijn om (extra) te betalen.

In principe is extra productie gewenst zolang er sprake is van noodzakelijke medische zorg. Extra zorgvolume kan dan bijdragen aan de kwaliteit van leven en aan terugdringing van ziekteverzuim. Overbodige medische zorg is mogelijk een kwalitatief probleem. Er ligt hier in de eerste plaats een rol voor de IGZ om onnodige behandeling, met schade voor de patiënt als gevolg, te voorkomen. Daarnaast ondervinden verzekeraars een stimulans om hierop toe te zien; onnodige

zorg leidt immers ook tot hogere premies. Verder zal de NZa de ontwikkeling van het productievolume van de zorginstellingen die aan het experiment deelnemen volgen.



## 4. Vormgeving van een experiment

In dit hoofdstuk geeft de NZa aan op welke manier een experiment met winstoogmerk in de praktijk vorm zou kunnen krijgen. Het experiment dient te passen binnen de huidige reguleringskaders (met uitzondering van de uurloonregeling voor medisch specialisten en de regeling voor instellingen in financiële problemen). Het experiment moet zo min mogelijk speelruimte laten om de gestelde regels te omzeilen. Dit geldt zowel voor de deelnemende ziekenhuizen en de investeerders als voor de overheid.

Een kanttekening bij een experimentvorm met winstoogmerk is dat bij een positieve uitkomst van het experiment en een generieke opheffing van het verbod van winstoogmerk, de deelnemers een concurrentievoordeel hebben behaald ten opzichte van de andere ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen hebben gedurende de looptijd van het experiment namelijk niet van winstoogmerk kunnen profiteren. Ziekenhuizen kunnen daardoor wel sterke stimulansen ondervinden om hetzelfde niveau te bereiken als de experimentziekenhuizen. Bij generieke opheffing van het verbod van winstoogmerk houden ziekenhuizen de keuze welke status zij aannemen. De stimulans om hetzelfde niveau te bereiken als experimentziekenhuizen geldt voor zowel non-profitziekenhuizen als for-profitziekenhuizen.

### 4.1 Looptijd experiment

Om de effecten van winstoogmerk in de ziekenhuiszorg goed te kunnen meten, zal het experiment vijf jaar moeten duren. Als de overheid niet besluit om het experiment te verlengen, dan eindigt het na die vijf jaar automatisch. Nadeel van een experiment is dat bij een positief resultaat de andere ziekenhuizen pas na vijf jaar kunnen volgen. De NZa acht het beheersbaar houden van de risico's echter van groter belang. Gelet op de selectiecriteria en de evaluatiecriteria stelt de NZa voor het experiment met winstoogmerk van start te laten gaan op 1 januari 2010. Mocht in 2012 overwogen worden om winstoogmerk generiek in de ziekenhuiszorg toe te staan, dan kan de ervaring die met het experiment is opgedaan als leerschool worden beschouwd.

Ziekenhuizen die aan het experiment deelnemen hebben een bepaalde tijd nodig om kapitaal aan te trekken, om dit kapitaal te investeren en om zich als organisatie aan de noodzakelijke veranderingen aan te passen. Op basis van buitenlandse ervaringen is het te verwachten dat een dergelijk veranderingproces soms wel twee jaar in beslag kan nemen. Dit betekent dat (positieve) resultaten niet direct zichtbaar zullen zijn en dat de financiële positie in het begin van de transitiefase zelfs achteruit kan gaan. Het is aan de overheid om een minimumgrens aan de solvabiliteit te stellen waar het ziekenhuis niet onder mag komen.

Wanneer de ziekenhuizen aan de randvoorwaarden van het experiment voldoen, acht de NZa het ongewenst om wanneer hun financiële situatie aanvankelijk verslechtert (deelname aan) het experiment tussentijds te beëindigen. Bij afname van kwaliteit van zorg zal dat wel het geval zijn.

## 4.2 Aantal deelnemers

Om de effecten van winstoogmerk voor de hele ziekenhuissector zo goed mogelijk te beoordelen, is het noodzakelijk dat een juiste mix van instellingen aan het experiment meedoet. Op basis van de omvang van de ziekenhuissector vindt de NZa deelname van zes tot tien ziekenhuizen adequaat.

## 4.3 Selectiecriteria

De NZa heeft twee selectieronden opgesteld om met het oog op deelname aan het experiment een juiste mix van ziekenhuizen samen te stellen. Op basis van de resultaten uit de eerste selectieronde komen instellingen wel of niet in aanmerking voor de tweede ronde. Het definitieve besluit over de deelnemende ziekenhuizen is voorbehouden aan de minister van VWS.

Als het aantal ziekenhuizen dat aan het experiment wil deelnemen kleiner is dan het aantal beschikbare plaatsen of gelijk daaraan is, dan zal de NZa al deze ziekenhuizen laten deelnemen, *mits* zij aan de basiscriteria van de eerste selectieronde voldoen. Bij meer inschrijvingen dan beschikbare plaatsen moet de NZa op basis van resultaten uit de tweede selectieprocedure een besluit nemen.

### 4.3.1 Selectieronde 1

De eerste selectie bestaat uit een 'knock out'-ronde waarin de NZa beoordeelt of een zorginstelling aan de basiscriteria voldoet. Om als ziekenhuis voor deelname aan het experiment in aanmerking te komen, moet het aan een aantal basiscriteria voldoen:

- Het heeft een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg volgens de WTZi.
- Wanneer de potentiële deelnemer ook AWBZ-zorg levert, dan is er sprake van een administratieve scheiding tussen ziekenhuiszorg en AWBZ-zorg.
- Het ziekenhuis levert een verklaring over toekomstige vorm van de rechtspersoon van de instelling.
- De potentiële deelnemer heeft zijn corporate governance op orde en leeft de wettelijke voorschriften met betrekking tot de jaarrekening na.
- Het ziekenhuis is bereid om zich transparant op te stellen (zie paragraaf 4.4 voor een uitwerking).
- Het beschikt over een verklaring van een investeerder dat deze wil investeren.
- De potentiële deelnemer laat zien dat er in Nederland instellingen zijn met een (enigszins) vergelijkbaar productenpalet, zodat benchmarking met andere ziekenhuizen voor de NZa mogelijk is.
- In het geval van een wijziging in de ondernemingsstructuur voldoet het ziekenhuis aan zijn wettelijke verplichtingen op grond van de Wet op ondernemingsraad (WOR) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ).<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> In het adviesrapport van prof. dr. K. Cools wordt gewezen op het belang dat een externe commissie van deskundigen het bedrijfsplan van de zorginstelling beoordeelt. De NZa vindt een solide bedrijfsplan voor deelname aan het experiment belangrijk, maar acht dit primair de verantwoordelijkheid van de instelling en de investeerder. De NZa neemt een positief oordeel van een externe commissie daarom niet als criterium voor deelname aan het experiment op.

Deze criteria staan in het bijgevoegde advies *Winstexperiment en wetgeving* nader omschreven.

Het is belangrijk dat het ziekenhuis de medische staf over het experiment informeert en deze daarbij betreft. De relatie tussen het ziekenhuis en de medische staf is primair een interne aangelegenheid. De relatie tussen de Raad van Bestuur en de medische staf is geregeld door middel van privaatrechtelijke overeenkomsten (toelatingsovereenkomst en document medische staf). Beide partijen moeten de verplichtingen in de overeenkomsten, zoals de informatieplicht en/of het instemmingsrecht, nakomen.

Het experiment met winstoogmerk biedt ruimte aan de deelnemers om andere verhoudingen tussen staf en bestuur vorm te geven. De NZa zal daartoe de beleidsregels voor de regulering van de honorariumcomponent in de DBC's buiten werking stellen.

#### **4.3.2 Selectieronde 2**

Er zijn drie selectiecriteria waaraan de NZa de ziekenhuizen in de tweede ronde toetst. De weging van de selectiecriteria zal de NZa samen met het ministerie van VWS in een later stadium bepalen. Hieronder zijn de drie selectiecriteria uitgewerkt.

##### *Omgeving*

Veel van de risico's die de NZa onderkent, zijn in een concurrerende omgeving kleiner. Het experiment levert de consument minder risico op wanneer er in zijn directe omgeving sprake is van alternatief aanbod. Om die reden wil de NZa het experiment beperken tot ziekenhuizen waarvan de patiëntenpopulatie voldoende keuzealternatieven heeft.

Concreet betekent dit dat consumenten binnen een nader te definiëren (maximale) reistijd andere ziekenhuizen moeten kunnen bereiken. De NZa zal dit criterium nader operationaliseren met behulp van reistijdanalyses per regio. Bij de evaluatie van de uitkomsten van het experiment zal de NZa dit aspect meewegen.

##### *Efficiëntie*

Het moet voor zowel zorginstellingen met een sterke financiële positie als voor instellingen met een zwakke financiële positie mogelijk zijn om aan het experiment deel te nemen. Een beoogd voordeel van winstoogmerk is immers dat instellingen eigen vermogen aantrekken waarmee zij hun prestaties kunnen verbeteren. Zo is het mogelijk om zonder overheidssteun een betere positie te bereiken. Uitsluiting van instellingen met een minder goede financiële positie ligt dan ook niet voor de hand. Het verbeterpotentieel bij deze zorginstellingen is bovendien groter. Daar staat tegenover dat de vereiste investeringen om verbeteringen te realiseren ook navenant hoger kunnen zijn.

De manier waarop de NZa de prestaties van de aan het experiment deelnemende ziekenhuizen gaat beoordelen dient nog concreet te worden uitgewerkt. Uitgangspunt is dat de prestaties van de deelnemers aan het experiment ten opzichte van de prestaties van andere ziekenhuizen worden bepaald. Het maken van een vergelijking tussen de besparingen die ziekenhuizen in onderhandelingen met verzekeraars in het B-segment weten te realiseren zou een mogelijke optie zijn. Prestaties op het gebied van doelmatigheid zullen waar mogelijk gekoppeld worden aan de gegevens over kwaliteitsontwikkeling die de IGZ opstelt.

##### *Specialisatiegraad*

Een derde indicator bij de beoordeling van deelname van zorginstellingen aan het experiment is de specialisatiegraad van een ziekenhuis. In een experimentsituatie is het interessant en belangrijk om te bekijken of

zowel breed georiënteerde als meer specialistische ziekenhuizen kunnen profiteren van risicodragende financiering.

## 4.4 Monitoring

Artikel 2 WTZi schrijft aan de minister van VWS voor om een experiment tussentijds te evalueren. Om twee redenen is het essentieel om de effecten van het experiment met winstoogmerk te monitoren. Ten eerste is het van belang om na te gaan of de experimentdeelnemers binnen de randvoorwaarden van het experiment blijven. Ten tweede moeten het ministerie van VWS, de IGZ en de NZa in staat zijn om de effecten van het experiment te toetsen in termen van slagen of falen. De drie bestuursorganen zullen voorafgaande het experiment gezamenlijk de beoordelingscriteria bepalen en opnemen in de experimentregels.

De monitoring van het experiment moet op verscheidene momenten plaatsvinden: tussentijds en na afloop. De financiële criteria na de tussentijdse evaluatie moet op een andere manier beoordeeld worden dan bij de eindevaluatie. Dat heeft te maken met het stadium waarin de ziekenhuizen zich bevinden. Om het experiment als geslaagd te beschouwen, moet een instelling na vijf jaar positieve effecten kunnen laten zien. Dat hoeft niet op elk moment van de transitie het geval te zijn. Bij kwaliteit ligt dat anders. Daar mag een ziekenhuis in principe ook in de transitiefase niet slechter presteren dan bij de start.

Monitoring op basis van uitsluitend cijfers levert niet altijd een volledig beeld op. De monitoring kan daarom worden aangevuld met visitaties en persoonlijke gesprekken. De manier waarop dat gebeurt moet nog nader vorm krijgen.

### 4.4.1 Kwaliteit

De NZa is met de IGZ bezig om indicatoren voor kwaliteit vast te stellen. Uitgangspunt zijn de verschillende datasets waarover de IGZ beschikt en die zij met andere partijen ontwikkelt. Het gaat om aandoeningspecifieke indicatoren (20 resultaat- en procesindicatoren), om de basisset ziekenhuizen (25 indicatoren), om patiëntveiligheidsdata (zoals de HSMR) en om klantervaring (CQ-Index). De IGZ en de NZa zullen op korte termijn uit deze indicatoren een set kiezen om de kwaliteit te toetsen.

De beoordeling van de kwaliteit is niet mogelijk op basis van de gemiddelde uitkomst van de indicatoren. Voor de beoordeling van de overall kwaliteit ontwerpt de IGZ een toetsingskader dat de kwaliteitsontwikkeling per instelling aantoont. Aan het begin van het experiment zal een nulmeting plaatsvinden, zodat het mogelijk is om te monitoren in hoeverre de kwaliteit zich ontwikkelt. Bij een negatieve ontwikkeling zal (deelname aan) het experiment worden beëindigd.

Ziekenhuizen die meedoen aan het experiment, zijn verplicht om de kwaliteitsinformatie die de overheid eist aan te leveren. Om extra data-uitvraag te beperken, sluiten de indicatoren aan bij de ontwikkelingen die de IGZ in samenwerking met de ziekenhuissector in gang heeft gezet. Een ander instrument dat kan worden ingezet is de zogeheten NIAZ-score<sup>14</sup>. Door middel van accreditatie probeert het NIAZ instellingen te stimuleren om de kwaliteit te borgen en te blijven verbeteren. Het openbaar maken van deze score kan helpen om de kwaliteit te

---

<sup>14</sup> NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen.



bevorderen. Nadeel van het gebruik van de NIAZ-score is dat niet elk ziekenhuis over een dergelijke score beschikt.

#### 4.4.2 Vermogenspositie

De NZa zal de vermogenspositie van de deelnemende ziekenhuizen gedurende het experiment grondig monitoren. Winstuitkering is pas mogelijk als een instelling aan bepaalde minimum solvabiliteitseisen en een bepaalde minimum rentedekking voldoet.

#### 4.4.3 Prijzen

Naast het monitoren van de kwaliteit en de vermogenspositie is het van belang om in het kader van de betaalbaarheid van zorg ook de prijzen te monitoren. De huidige monitor B-segment zou hiervoor kunnen worden uitgebreid omdat er gekeken moet worden naar de totale prestatie van het ziekenhuis.

#### 4.4.4 Volume

Ook het volume moeten worden gemonitord. Een stijging van het aantal DBC's door het experiment is niet uit te sluiten, maar dit hoeft geen slechte ontwikkeling te zijn. Als sprake is van meer geleverde zorg, maar die toename is uitsluitend van administratieve aard, dan is er sprake van een onterechte uitgavenstijging. Dit kan de NZa volgen door de deelnemende instellingen te benchmarken met andere aanbieders.

### 4.5 Beëindiging experiment en herstel startpositie

#### 4.5.1 Beëindigen experiment

Een experiment is per definitie eindig en dient ook omkeerbaar zijn. Dit betekent dat aan de situatie waarbij winstoogmerk mogelijk is een einde zou kunnen komen. In dat geval moet het ziekenhuis opnieuw een toelating als rechtspersoon zonder winstoogmerk aanvragen. Naar alle waarschijnlijkheid zal dan ook het risicodragend kapitaal uit de instelling worden teruggetrokken.

Ten aanzien van de beëindiging van het experiment zijn verschillende situaties denkbaar.

- Het experiment loopt af en de overheid staat de situatie met winstoogmerk algemeen toe. In dit geval is er geen reden voor aanpassing van de situatie bij de deelnemer. In het kader van dit advies gaat de NZa op deze situatie niet verder in.
- Aan het einde van de looptijd wordt het experiment stopgezet en niet omgezet in algemeen geldende regelgeving.
- Een deelnemer of meerdere deelnemers breken het experiment tussentijds af omdat deze deelnemer(s) niet aan de randvoorwaarden voldoe(n)t.
- De overheid breekt het experiment om een andere reden in zijn geheel af.
- Een of meerdere deelnemers of investeerders trekken zich uit het experiment terug.

Zowel bij beëindiging van het experiment als in de situatie waarin de overheid besluit om winstoogmerk structureel toe te staan, moet de minister van VWS zijn beslissing expliciet kenbaar maken. Voor het structureel toestaan van winstoogmerk is dat evident, aangezien het een wetwijziging betreft. Het verdient echter ook aanbeveling om besluiten om het experiment te beëindigen en niet om te zetten in een structurele wijziging expliciet bekend te maken.

Situaties waarin het experiment wordt stopgezet vanwege het bereiken van het einde van de looptijd of vanwege strijdigheid met de voorwaarden, leiden niet tot aansprakelijkheid van de overheid jegens de deelnemer of de investeerder. Zowel de eindige looptijd als de voorwaarden zijn bij de start van het experiment immers bij alle potentiële deelnemers bekend. Deelnemers kunnen in die gevallen dus ook geen aanspraak maken op schadecompensatie. Er kan worden volstaan met herstel van de uitgangspositie van de deelnemende instelling (zie 4.5.2).

Als de deelnemende instelling en/of investeerder zich eenzijdig terugtrekt, hoeft er eveneens geen sprake van compensatie te zijn. Dat kan pas het geval zijn als de overheid eenzijdig en onvoorzienbaar tussentijds de regels van het experiment wijzigt of het experiment stopzet zonder dat de regels van het experiment daartoe aanleiding geven. In dit advies laat de NZa deze situatie verder buiten beschouwing.

#### **4.5.2 Herstel uitgangspositie deelnemende instelling**

Het uitgangspunt voor de exitregeling is dat de deelnemende instelling in staat moet zijn om zijn activiteiten voort te zetten onder het bestaande systeem. Dat zal in het algemeen betekenen dat het risicodragend kapitaal weer moet worden omgezet in vreemd vermogen.

Bij omzetting van het vermogen is het essentieel dat volgens een vooraf vastgelegde methodiek een waardebeoordeling van de onderneming plaatsvindt. Bij beëindigen van het experiment moet de waarde opnieuw worden vastgesteld. Er vindt geen compensatie plaats wanneer er sprake is van netto waardevermindering. In dat geval zullen de investeerder en het ziekenhuis naar rato van de inbreng bij de start van het experiment de waardevermindering moeten absorberen. De waarde die per saldo resteert noemt de NZa de 'marktwaarde'.

Het omzetten van risicodragend kapitaal in vreemd vermogen houdt in dat de (ex-)deelnemende instelling solvabel genoeg is om bancaire leningen aan te trekken. Voorzover deze financiering niet tegen normale voorwaarden bancair kan worden aangetrokken, kan de investeerder niet worden uitgekocht. Op dit punt is het noodzakelijk om nog het een en ander nader uit te werken. Gemakshalve noemt de NZa het bedrag dat het ziekenhuis maximaal kan lenen de leencapaciteit van de instelling.

De prijs die bij een eventuele beëindiging van het experiment mag worden betaald, is ten hoogste de marktwaarde van het aandeel van de investeerder. Wanneer deze prijs de leencapaciteit overschrijdt, zal ten hoogste de leencapaciteit worden betaald. Dit verschaft de investeerder een stimulans om gedurende de looptijd van het experiment een gezonde vermogenspositie van de instelling te waarborgen.

#### **4.5.3 Borgen van leningen deelnemende instellingen**

Zorginstellingen hebben de mogelijkheid om zich aan te sluiten bij het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). Instellingen die daarbij zijn aangesloten, hebben de mogelijkheid om geborgde leningen af te sluiten. Dat levert een rentevoordeel op en maakt een (bijzonder) lage solvabiliteit mogelijk. Voor deelname aan het WfZ gelden minimumsolvabiliteitseisen<sup>15</sup>. Daarnaast moet een instelling die geborgde leningen heeft, aan het WfZ toestemming vragen voor het aangaan van verplichtingen, nieuwe leningen en wijzigingen in de organisatiestructuur.

<sup>15</sup> De ondergrens is 8% weerstandsvermogen in de huidige bekostiging.

De voorwaarden van het WfZ sluiten deelname van een onderneming met winstoogmerk niet uit, mits aan de deelname-eisen van het WfZ is voldaan. De verplichtingen van deelnemers aan het WfZ lijken echter niet compatibel met de zeggenschap die een private investeerder zal eisen. Een mogelijkheid is dat gedurende de looptijd van het experiment de deelnemer uit het WfZ stapt. Gevolg daarvan is wel dat de lopende leningen met borgstelling moet worden afgelost of moeten worden omgezet tegen andere leningsvoorwaarden. Dit geldt eveneens voor eventuele leningen die nog onder rijksgarantie zijn verstrekt. Het ziekenhuis dat aan het experiment wil deelnemen, zal samen met de potentiële investeerder de kosten en baten van het (niet) aansluiten bij het WfZ moeten afwegen.

Als een deelnemer voor de duur van het experiment met winstoogmerk uit het WfZ is gegaan, kan hij na beëindiging van het experiment weer bij het WfZ aansluiting zoeken. Mits aan de voorwaarden voor deelname is voldaan, kan de instelling dan opnieuw leningen met borgstelling krijgen. Met deze leningen kan het ziekenhuis de omzetting van eigen naar vreemd vermogen uitvoeren. Om aansluiting bij het WfZ te krijgen, moet bij stopzetting van het experiment de solvabiliteit van de instelling niet lager liggen dan de minimumeis van het WfZ. Dit komt neer op een eigen vermogen (na vertrek van het ingebrachte risicokapitaal) van circa 10 tot 15% van de omzet<sup>16</sup>.

## 4.6 Contracten met medisch specialisten

Voor de deelnemers van het experiment gelden dezelfde reguleringsregels als voor andere aanbieders. Een van de doelen van het experiment is immers om te bepalen of ziekenhuizen die de mogelijkheid hebben om winst uit te keren onder hetzelfde reguleringsregime relatief beter presteren dan andere aanbieders. Een mogelijke uitzondering daarop vormt de regulering van de vergoeding van medisch specialistische zorg. Binnen de DBC-prijzen is er sprake van een afzonderlijke regulering van de honoraria van specialisten met een landelijk uurtarief met een bandbreedte en normtijden per DBC. Deze regulering beperkt de mogelijkheden van ziekenhuizen om met de specialisten die daar werkzaam zijn resultaatsafhankelijke beloningsafspraken te maken. In het kader van het experiment is het van belang dat een deelnemend ziekenhuis en de toegelaten medische staf keuzevrijheid hebben bij hun onderlinge contracten. Voor specialisten in loondienst is de AMS<sup>17</sup> van toepassing; deze is onderdeel van de CAO-ziekenhuizen.

Op dit moment is binnen de Wmg een beleidsregel van toepassing die de honorariumcomponent in de DBC-tarieven regelt en die een bandbreedte vaststelt voor de afspraken tussen het ziekenhuis en een vrijgevestigd medisch specialist over het honorarium. Niet van toepassing verklaren van een uurtarief en normtijden voor het onderlinge verkeer van specialisten en ziekenhuis, vergt dat de Wmg-beleidsregel die daar betrekking op heeft voor de duur van het experiment voor de deelnemende instellingen buiten werking wordt gesteld. De arbeidsvoorwaarden die in de AMS zijn geregeld, zijn verder niet onderhevig aan de Wmg-beleidsregels. Daarnaast is het van belang de huidige maatschapstructuur van medisch specialisten in ziekenhuizen tegen het licht te houden. Zoals eerder in paragraaf 2.2 vermeld is, lopen de belangen van de maatschappen en

<sup>16</sup> 10 tot 15% (in plaats van 8%) wordt geschat op basis van het toenemende risico door prestatiebekostiging en andere omgevingsfactoren.

<sup>17</sup> AMS staat voor Arbeidsvoorwaarden medisch specialisten in algemene ziekenhuizen.

het ziekenhuis vaak niet echt parallel. Voor het experiment kan het van belang zijn om de maatschapstructuur te transformeren. De NZa is echter van mening dat de ondernemingsstructuur tot de verantwoordelijkheden van de deelnemende instellingen behoort en zal op dit punt aan de deelnemende instellingen geen verplichtingen opleggen <sup>18</sup>.

#### 4.7 Fiscale aspecten

In de Nederlandse wetgeving is het zo geregeld dat aanbieders van gezondheidszorg zijn vrijgesteld van vennootschapsbelasting zolang zij geen winstoogmerk hebben. Ook voor BTW-vrijstelling is het ontbreken van een winstoogmerk een voorwaarde.

Dit betekent dat zonder nadere maatregelen een ziekenhuis met winstoogmerk en de mogelijkheid van winstoogmerk, zowel onder de vennootschapsbelasting als onder de BTW zou vallen.

Betaling van vennootschapsbelasting is geen probleem, omdat dit uitsluitend de nettowinst beïnvloedt en niet de kosten. Bij BTW ligt dat anders. Onder de huidige regelingen hoeft een zorginstelling over de geleverde zorgprestaties geen BTW af te dragen; daar staat tegenover dat geen aftrek van betaalde BTW mogelijk is. Alleen voor apothekers geldt een uitzondering. Het BTW-plichtig maken van zorginstellingen zou tot gevolg hebben dat de tarieven moeten worden verhoogd of dat de opbrengst uit tarieven lager uitvalt. Hierdoor zou de deelnemer aan het experiment in een ongunstige concurrentiepositie terecht kunnen komen.

Er ligt al een wetsvoorstel om de BTW-regeling voor alle zorgaanbieders aan te passen. Inwerkingtreding van BTW-vrijstelling zal moeten plaatsvinden bij Koninklijk Besluit. Het is aan de minister van VWS om hier een verzoek voor in te dienen. Een regeling voor de BTW-vrijstelling is voor het welslagen van het experiment essentieel.

---

<sup>18</sup> Hier wijkt de NZa af van het adviesrapport van prof. dr. K. Cools, waarin geadviseerd wordt de transformatie van de maatschapstructuur in ziekenhuizen verplicht te stellen. De NZa onderschrijft zoals gezegd het belang hiervan, maar acht de ondernemingsstructuur een verantwoordelijkheid van de deelnemende instellingen.

## 5. Juridische inbedding experiment

Dit hoofdstuk geeft in hoofdlijnen weer welke juridische vraagstukken het ministerie van VWS, de IGZ en de NZa moeten oplossen om een experiment met winstoogmerk in de ziekenhuiszorg juridisch mogelijk te maken. Het bijgevoegde advies *Winstexperiment en wetgeving* gaat in detail in op de vraag welke wettelijke maatregelen (waarom) nodig zijn en wat de verantwoordelijkheden van de diverse partijen zijn.

### 5.1 Wettelijk kader experiment met winstoogmerk

De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) bepaalt dat aangewezen categorieën instellingen moeten beschikken over een toelating die verleend is door de minister van VWS<sup>19</sup>. De WTZi heeft als hoofdregel dat toelating niet wordt verleend aan instellingen met een winstoogmerk. De WTZi biedt twee mogelijkheden om het verbod van winstoogmerk buiten werking te stellen. De eerste mogelijkheid is vervat in het artikel 5 lid 2: bij algemene maatregel van bestuur kan een categorie van instellingen worden aangewezen die ondanks een winstoogmerk kunnen worden toegelaten. Deze bepaling leent zich echter niet voor toepassing bij een experiment waaraan een *beperkt aantal* ziekenhuizen dat tot die categorie behoort deelneemt.

De tweede mogelijkheid om het verbod van winstoogmerk buiten werking te stellen is vervat in artikel 2 lid 1 WTZi<sup>20</sup>. Uit artikel 2 lid 1 blijkt allereerst dat deze bepaling kan worden toegepast ten aanzien van één of meer individuele instellingen. Vervolgens is van belang dat artikel 2 lid 1 de mogelijkheid biedt elk deel van de WTZi buiten toepassing te verklaren. In het geval van een experiment met winstoogmerk zal artikel 5 lid 2 buiten toepassing verklaard moeten worden. De vrijstelling van, in dit geval, het wettelijk verbod van winstoogmerk, is slechts van kracht gedurende de tijd dat volgens de beleidsregel sprake is van een experiment.

De bepaling in artikel 2 lid 1 biedt niet de mogelijkheid om het verbod van winstoogmerk sec terzijde te stellen. Zij kan uitsluitend worden toegepast in samenhang met een beleidsregel van de NZa die betrekking heeft op de zorginstellingen die aan het experiment deelnemen. Er moet dus steeds sprake zijn van een directe relatie met een dergelijke beleidsregel. De NZa stelt beleidsregels vast of wijzigt deze op basis van de Wmg. Voor de duur van het experiment zal de NZa de deelnemende ziekenhuizen voor de toepassing van de beleidsregels voor de honoreringsmethodiek van de medische specialisten moeten vrijstellen. Dit geldt ook voor de *Beleidsregel instellingen in financiële problemen*. Daarnaast moet ook artikel 13 WTZi hier genoemd worden. Dit artikel stelt voorwaarden om vermogen in de zorg voor de zorg te behouden. Deze regels gelden in principe ook voor ziekenhuizen die in het kader van het beoogde experiment met winstoogmerk werkzaam zijn. De minister heeft echter de vrijheid de beleidsregel aan te passen en voor de ziekenhuizen die aan het experiment deelnemen afwijkende voorschriften vast te stellen.

<sup>19</sup> Tot de aangewezen categorieën behoren 'instellingen voor medisch specialistische zorg', waaronder ziekenhuizen.

<sup>20</sup> Artikel 2 lid 1: Met het oog op de totstandkoming van een beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit op grond van artikel 57 van de Wet marktordening gezondheidszorg, kan bij ministeriële regeling met betrekking tot de instelling of instellingen waarvoor die beleidsregel geldt, worden bepaald dat delen van deze wet op die instellingen of een deel daarvan niet van toepassing zijn voor de duur van het in die beleidsregel bedoelde experiment.

## 5.2 Proces invoering experiment met winstoogmerk

Voor de vormgeving van een experiment moeten de drie bestuursorganen (het ministerie van VWS, de IGZ en de NZa) vanuit juridisch perspectief een zestal instrumenten inzetten:

### *Integraal beleidsdocument VWS, IGZ en NZa*

De drie bestuursorganen stellen gezamenlijk een overkoepelend beleidsdocument op. Daarin omschrijven zij de selectie van de deelnemers aan het experiment, de start van het experiment, de regels die tijdens het experiment van kracht zijn, de evaluatie van het experiment en de beëindiging van het experiment. Het document moet de instellingen reguleringszekerheid bieden voordat zij voor het experiment met winstoogmerk tekenen.

### *Overeenkomst tussen VWS en de experimentziekenhuizen*

In een overeenkomst leggen de overheid en de ziekenhuizen die aan het experiment deelnemen afdwingbare rechten en plichten met betrekking tot het experiment met winstoogmerk contractueel vast.

### *Vrijstelling verbod van winstoogmerk*

De minister van VWS neemt een besluit om het verbod van winstoogmerk voor de ziekenhuizen met experimenteerstatus buiten toepassing te verklaren.

### *Toelatingsbesluit ziekenhuizen met winstoogmerk*

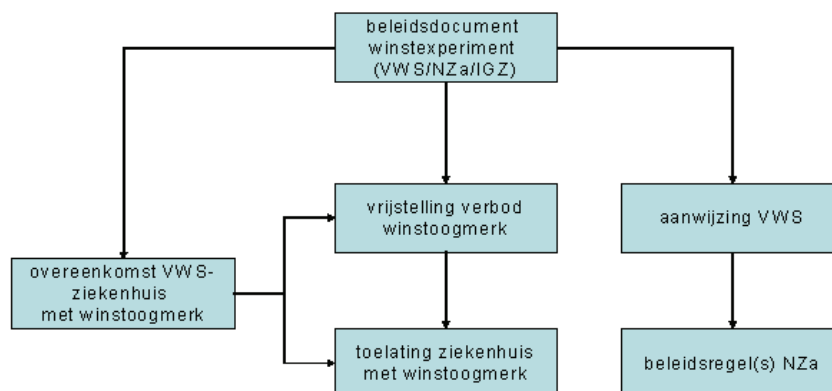
De minister van VWS verleent aan de instellingen die aan het experiment meedoen een toelating als instellingen voor medisch specialistische zorg.

### *Aanwijzing VWS*

De minister van VWS stelt een aanwijzing op voor de NZa waarin hij de strekking van de beleidsregels aangeeft.

### *Beleidsregels NZa*

De NZa stelt op basis van de aanwijzing van de minister van VWS beleidsregels op die specifiek gelden voor de ziekenhuizen met experimenteerstatus. Daarnaast verklaart de NZa de *Beleidsregels honorariumbedragen DBC's in segment A/B* buiten werking en past zij de *Beleidsregel steunverlening aan instellingen met financiële problemen* aan.



Het bovenstaande schema geeft het beschreven proces in relatie weer.