

# Regeling zelfstandige behandelcentra

VWS

11 februari 1998/nr. VPZ/PBIZ-98506

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Gelet op artikel 1, tweede lid, van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen;

Besluit:

## Artikel 1

Naast de in artikel 1, eerste lid, van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen genoemde inrichtingen voor gezondheidszorg wordt als categorie van inrichtingen, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder c, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen aangewezen: Zelfstandige behandelcentra, waaronder wordt verstaan: organisatorische verbanden die niet deel uitmaken van of fungeren ten behoeve van een ziekenhuis en die strekken tot de verlening van medisch-specialistische zorg als waarop ingevolge het bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, ongeacht de wijze waarop de kosten daarvan worden vergoed.

## Artikel 2

Met betrekking tot zelfstandige behandelcentra die op het tijdstip van inwerkingtreding van deze regeling reeds werden geëxploiteerd, geldt deze regeling niet gedurende een periode van één jaar of, indien binnen deze termijn een vergunning als bedoeld in artikel 6 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen wordt aangevraagd, totdat de vergunning is verleend of tot drie maanden nadat de weigering van de vergunning onherroepelijk is geworden, mits:

a. binnen drie maanden na het tijdstip van inwerkingtreding van deze regeling aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een verklaring van een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek is overgelegd, inhoudende in welke omvang het desbetreffende zelfstandige behandelcentrum op het tijdstip van inwerkingtreding van deze regeling werd geëxploiteerd, en

b. gedurende eerderbedoelde periode die omvang niet wordt uitgebreid.

## Artikel 3

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers.*

## Toelichting

### A Algemeen deel

#### 1 Inleiding

Met de onderhavige regeling worden zelfstandige behandelcentra waar zorg wordt verleend zoals die is omschreven in de aanspraken op grond van de Ziekenfondswet (ZFW), aangewezen als ziekenhuisvoorziening als bedoeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Hiermee vallen deze zelfstandige behandelcentra – in het spraakgebruik vaak aangeduid als privé-klinieken – onder het vergunningensysteem van de WZV.

Bij brief van 25 november 1991 is een eerste globaal standpunt over de zelfstandig functionerende niet-klinische behandelcentra naar de Tweede Kamer gezonden. Hierin heeft de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aangegeven dat het, naar het zich destijds liet aanzien, niet nodig was sturend in te grijpen in de ontwikkeling van behandelcentra. 'De behandelcentra zullen in principe een bijdrage kunnen leveren aan de groeiende behoefte aan kleinschalige voorzieningen. Zij passen in het nieuwe verzekeringssysteem waarin voldoende waarborgen zijn voor toegankelijkheid, kostenbeheersing en kwaliteit.' (Kamerstukken II, 1991-1992, 22.311, nr. 6). Dit nieuwe verzekeringssysteem, waarvan ook het (in 1996 ingetrokken) wetsvoorstel houdende modernisering van het

planningsbeleid in de zorg, deel uitmaakte, is echter niet tot stand gekomen.

Dat zelfstandige behandelcentra ondanks het uitblijven van het destijds beoogde nieuwe verzekeringssysteem niet eerder onder de werkingssfeer van de WZV zijn gebracht, heeft te maken met de verwachting dat het aantal behandelcentra, gelet op het tariefstelsel van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), beperkt van omvang zou blijven. Op grond van de WTG kon slechts voor de honorariumkosten van de specialist een tarief in rekening gebracht worden; voor kosten voor infrastructuur en overhead kon geen rechtsgeldig tarief in rekening gebracht worden. Op 12 december 1996 heeft het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) echter geoordeeld dat ook voor privé-klinieken voor specifieke faciliteiten en nevenverrichtingen door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) ingevolge de WTG tarieven dienen te worden vastgesteld. Hierdoor is de gedachte dat het tariefstelsel via de WTG een aanbodregulerende rol kon vervullen, vervallen.

Bij koninklijke boodschap van 5 maart 1997 is het wetsvoorstel houdende wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis aan de Tweede Kamer aangeboden (Kamerstukken II, 1996-1997, 25.258, nrs. 1 en 2). Met dat wetsvoorstel, dat op 27 januari 1998 door de Tweede Kamer is aanvaard, worden de aanspraken op niet-klinische medisch-specialistische zorg en op specialistische zorg als onderdeel van de aanspraak op opname en verblijf in een ziekenhuis als één aanspraak geregeld. De aanspraak is in dat wetsvoorstel zo geformuleerd dat het mogelijk wordt om –ook als ziekenhuis-medisch-specialistische zorg buiten de muren van het ziekenhuisgebouw te verlenen. Daarnaast blijft de aanspraak op medisch-specialistische zorg geheel los van de ziekenhuisorganisatie gehand-

haafd. Het is echter uitdrukkelijk de bedoeling om medisch-specialistische zorg buiten de muren die niet verleend wordt in het kader van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie, beperkt te houden. Het gaat daarbij om zorg die verleend wordt door een medisch-specialist die voor die zorgverlening niet aan een ziekenhuis verbonden is en die derhalve voor het verlenen van de desbetreffende zorg op geen enkele wijze gebruik maakt van ziekenhuis-faciliteiten. Uit overwegingen van kwaliteit, doelmatigheid en kosten van de gehele sector is het uitdrukkelijk de bedoeling deze zorg die geheel los van het ziekenhuis verleend wordt, beperkt te houden. De onderliggende gedachte hiervoor is dat de gebruiker er bij gebaat is dat hij op basis van een afweging van alle binnen de ziekenhuisorganisatie aanwezige mogelijkheden zorg krijgt. Een integrale afweging van de voor de gebruiker geëigende zorgmogelijkheden, intercollegiale toetsing en het steeds beschikbaar zijn van een achtervang bij onverhoopte calamiteiten tijdens of na de behandelingen, verhogen de kwaliteit van de zorg.

In juni 1997 is een wetsvoorstel Tijdelijke wet privé-klinieken ter advisering aan de Raad van State aangeboden. Dat wetsvoorstel beoogde de oprichting van privé-klinieken tijdelijk te verbieden. De Raad van State heeft in september 1997 zijn advies uitgebracht. In dit advies heeft de Raad onder meer overwogen dat een spoedige totstandkoming van een wettelijk systeem waarin de positie van (onder meer) de ziekenhuizen en privé-klinieken in onderlinge samenhang wordt geregeld verre de voorkeur verdient boven een tijdelijke maatregel. In navolging van het advies van de Raad van State is gekozen om thans zelfstandige behandelcentra onder de reikwijdte van de WZV te brengen en af te zien van de indiening van het wetsvoorstel Tijdelijke wet privé-klinieken. De hier gekozen oplossing is echter eveneens een tijdelijke; een definitieve regeling zal in het kader van de herziening van de WZV vorm krijgen.

## *2 Plaats zelfstandige behandelcentra in het bestel*

Het begrip 'privé-klinieken' wordt geassocieerd met luxe, slechts voor een beperkte groep van de bevolking

toegankelijke, zorg. Dit is mogelijk juist waar het zorg betreft die niet valt onder de aanspraken op grond van de ZFW, zoals bijvoorbeeld bepaalde onderdelen van de plastische chirurgie. In veel gevallen wordt in zelfstandige behandelcentra echter zorg verleend die wel valt onder de aanspraken op grond van de ZFW. In lijn met het eerdergenoemde wetsvoorstel houdende wijziging van de ZFW en de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen (WTZ) in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, is onderhavige regeling bedoeld om voor die laatste categorie zorg het vergunningensysteem van de WZV van toepassing te verklaren.

Om voor een vergunning als bedoeld in artikel 6 van de WZV, in aanmerking te komen dient een zelfstandig behandelcentrum aan bepaalde criteria te voldoen. Hiertoe zullen de beleidsregels ex artikel 3 van de WZV, worden aangepast.

De functie van het zelfstandig behandelcentrum zal vooral kunnen liggen in electieve, geprotocolleerde diagnostiek en behandeling. Hierbij ligt een relatie met het oplossen van wachtlijsten voor de hand. Wachtlijsten doen zich thans – en mogelijk ook in de toekomst – voornamelijk voor bij planbare, niet acute zorg. Zij manifesteren zich op twee fronten: bij de toegangstijd tot het eerste polibezzoek aan de specialist en bij de – eventueel noodzakelijke – vervolgbehandeling.

Voor het ontstaan van wachtlijsten zijn verschillende oorzaken. Allereerst kan er sprake zijn van een verdringingseffect: bij krappe financiële, infrastructurele en/of medisch-specialistische mogelijkheden gaat een steeds groter deel van de zorg op aan acute hulpverlening, waardoor snel een wachtlijst voor niet-levensbedreigende aandoeningen ontstaat. Hiernaast kunnen nieuwe medische vindingen een rol spelen. Een nieuwe behandelmethode kan een geheel nieuwe doelgroep creëren. Als voorbeelden kunnen worden genoemd heupvervangende en ooglenzervervangende bij ouderen. Een andere oorzaak voor het mogelijk ontstaan van wachtlijsten betreft het niet voldoende kunnen voorzien of in onvoldoende mate maatregelen kunnen treffen. Anders

gezegd; wat zijn de wachtlijsten van de toekomst? Een deel van de nieuwe ontwikkelingen is immers moeilijk te voorspellen, zeker in kwantitatief opzicht. Voorts kan ook onvoldoende transparantie een rol spelen bij het ontstaan van wachtlijsten. Hierdoor missen immers zowel zorgverleners als patiënten de informatie met betrekking tot welk ziekenhuis voor welke behandeling de kortste toegangstijd heeft.

Als laatste oorzaak voor het ontstaan van wachtlijsten noem ik de strategische aspecten. Dit betreft een heel scala. Strategische aspecten zijn te vinden op micro-niveau (tussen ziekenhuisafdelingen) op meso-niveau ('dure' patiënten langer laten wachten) en op macro-niveau (sector: de overheid houdt ons te krap, versus overheid: de sector kan nog veel doelmatiger en beter georganiseerd werken).

Omdat deze oorzaken zich steeds tegelijk – in weliswaar wisselende mate – voordoen, is de aanpak van wachtlijsten zeer complex. Naast financiële krapte is het toch vooral en mogelijk zelfs in de eerste plaats een kwestie van organisatie en het wegnemen van verkeerde prikkels, c.q. het introduceren van de juiste incentives.

Zelfstandige behandelcentra kunnen hier een rol vervullen variërend van 'luis in de pels' tot het toevoegen van extra capaciteit indien en waar dat nodig is. Deze rol van zelfstandige behandelcentra zal een beperkte rol zijn. Immers, als zich bijvoorbeeld een tekort aan specialisten of intensive care bedden voordoet, helpen extra poliklinieken niet. Bovendien beschikt Nederland over voldoende ziekenhuisinfrastructuur. Weekend- en avondopenstellingen benutten de reeds gedane investeringen meer en zijn veelal uiteindelijk goedkoper dan een uitwijk naar andere gebouwen die ook van alle noodzakelijke apparatuur moeten worden voorzien. Er zal derhalve sprake zijn van een restrictief vergunningenbeleid voor zelfstandige behandelcentra. In dit vergunningenbeleid zal met name aandacht worden besteed aan de aanwezigheid van een gestructureerde samenwerking met één of meer in de nabijheid gelegen ziekenhuizen voor wat betreft de indicatiestelling en opvang, c.q. nabehandeling van patiënten. Een dergelijke samenwerking waarbij con-

tinu een achtervang bij onverhoopte calamiteiten tijdens of na de behandelingen beschikbaar is, acht ik onontbeerlijk.

### 3 Overgangsregime

Op dit moment worden diverse initiatieven ontwikkeld waarbij zelfstandige behandelcentra aansluiting zoeken bij één of meer ziekenhuizen. Waar deze initiatieven gericht zijn op een gestructureerde samenwerking voor wat betreft de indicatiestelling en opvang, c.q. nabehandeling van patiënten, vind ik dit een goede ontwikkeling. Zelfstandige behandelcentra die op het tijdstip van inwerkingtreding van deze regeling reeds werden geëxploiteerd, wil ik daarom in gelegenheid stellen dergelijke initiatieven af te ronden en voor zover dergelijke initiatieven nog niet ontwikkeld zijn, deze te ontwikkelen. Hiertoe is in onderhavige regeling bepaald dat zelfstandige behandelcentra die op het tijdstip van inwerkingtreding van deze regeling reeds werden geëxploiteerd, gedurende één jaar na inwerkingtreding van de regeling, een aanvraag om vergunning als bedoeld in artikel 6, van de WZV kunnen indienen. Wel dienen zelfstandige behandelcentra binnen drie maanden na het tijdstip van inwerkingtreding van deze regeling aan de Minister een verklaring van een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek te overleggen, inhoudende in welke omvang dat zelfstandige behandelcentrum op het tijdstip waarop deze regeling van kracht is geworden, werd geëxploiteerd. Hiermee is een ruime overgangsperiode voor de bestaande centra gecreëerd. Wanneer binnen deze periode geen vergunning wordt aangevraagd, dient de exploitatie uiterlijk één jaar na inwerkingtreding van de regeling te worden beëindigd.

#### B Artikelsgewijze toelichting

*Artikel 1* Niet alle poliklinieken van vrij gevestigde specialisten vallen hiermee onder de WZV; er zijn twee voorwaarden waaraan moet zijn voldaan: Ten eerste moet het gaan om een organisatorisch verband, dat strekt tot de verlening van zorg. Eenmanspraktijken vallen er derhalve niet onder. Aansluiting is gezocht bij het begrip 'instelling' in de Kwaliteitswet zorginstellingen en wat daar blijkens die wet en de toelichtende stukken onder moet worden verstaan. Er is sprake van een

organisatorisch verband wanneer er afspraken zijn gemaakt omtrent de organisatie van de werkzaamheden en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Ten tweede moet sprake zijn van medisch-specialistische zorg van het soort als waarop aanspraak bestaat bij of krachtens de Ziekenfondswet. Met nadruk wijs ik er op dat deze verwijzing naar de Ziekenfondswet aangeeft dat de werkingssfeer van deze regeling niet is beperkt tot de zorg die in het kader van die wet wordt vergoed. Verwezen wordt naar de zorg als zodanig, waarbij het niet uitmaakt of deze wordt vergoed op grond van de Ziekenfondsverzekering of krachtens een particuliere verzekering. Het gaat hier, met andere woorden, om de zorg van het tweede compartiment.

Is aan deze twee voorwaarden (medisch-specialistische zorg van het tweede compartiment, verleend in een organisatorisch verband) voldaan, dan valt de betrokken polikliniek onder het begrip zelfstandig behandelcentrum en daarmee onder de WZV. Dit geldt voor de hele polikliniek; ook voor zover daarin andere handelingen, zoals verrichtingen van het derde compartiment, plaatsvinden.

*Artikel 2* Zelfstandige behandelcentra die al bestonden op het tijdstip van inwerkingtreding van deze regeling mogen hun activiteiten gedurende één jaar voortzetten, mits die activiteiten niet in omvang worden uitgebreid. Indien gedurende deze termijn van één jaar aan de Minister een vergunning wordt gevraagd, mag het functioneren van het zelfstandige behandelcentrum worden voorgezet totdat de vergunning wordt verleend of gedurende drie maanden na het ogenblik waarop de weigering van de vergunning onherroepelijk is geworden. Hiertoe dienen deze zelfstandige behandelcentra binnen drie maanden na het tijdstip van inwerkingtreding van de regeling een accountantsverklaring te overleggen, waarbij wordt aangegeven in welke omvang het desbetreffende zelfstandige behandelcentrum werd geëxploiteerd. De omvang wordt uitgedrukt in het aantal medische specialisten gerekend naar functie-eenheden.

*De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers.*