



CTG/ZAio  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

---

Datum	11 oktober 2004	Kenmerk	Dor	Uw brief van	3 september 2004
		Afdeling	Planontwikkeling	Uw kenmerk	2004/A095

Betreft Consultatiedocument ziekenhuiszorg

Met brief d.d. 3 september 2004 heeft u ons het Consultatiedocument ziekenhuiszorg (analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment) doen toekomen met het verzoek daarop onze zienswijze te geven en de vragen die ons regarderen te beantwoorden. Het Bouwcollege heeft onderstaande reactie op het consultatiedocument op 11 oktober 2004 vastgesteld.

### **Opmerkingen van algemene aard**

De beschrijving van de bijzondere kenmerken van de ziekenhuiszorg (hoofdstuk 2) nodigt uit tot het geven van een meer algemene beschouwing op de situatie van de curatieve zorg in Nederland. Korthedshalve kan hiervoor worden verwezen naar onze reactie van 18 augustus 2003 op het consultatiedocument "Concurrentie in de ziekenhuissector" van de NMa. Deze reactie is als bijlage bij deze brief gevoegd.

Ter aanvulling op bovengenoemde reactie kan worden verwezen naar enkele recente publicaties over de gezondheidszorg van de OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Uit deze rapporten blijkt dat de Nederlandse gezondheidszorg in vergelijking met het buitenland niet slecht scoort. Zelfs de wachttijden zijn in internationaal perspectief niet bijzonder lang (hetgeen uiteraard onverlet laat dat Nederland een eigen beleid kan voeren met betrekking tot aanvaardbare wachttijden). Naar verwachting zullen de kosten van gezondheidszorg de komende jaren stijgen, waardoor Nederland opschuift naar de landen met de hoogste zorguitgaven per inwoner. De vergrijzing is hiervoor een belangrijke oorzaak, maar zeker niet de enige. Andere belangrijke kostenopdrijvers zijn de ontwikkeling en verspreiding van nieuwe medische technologieën. De kosten daarvan hebben slechts zeer beperkte invloed op de prijzen van DBC's in het B-segment. Zo de marktwerking in het B-segment al enig

prijstdrukkend effect heeft, dan zal dit nauwelijks van invloed zijn op de totale kosten van de gezondheidszorg.

Met betrekking tot de beleidsvoornemens (pagina 8 e.v.) moet worden geconstateerd dat een inschatting van de administratieve lasten en kosten die het gevolg zijn van het realiseren van deze beleidsvoornemens, volledig ontbreekt. Het Bouwcollege acht het niet onmogelijk dat de kosten hiervan hoger zijn dan de besparingen in de kosten van de gezondheidszorg als gevolg van invoering van de marktwerking. Met name vragen wij aandacht voor de zeer grote en kostbare inspanning die geleverd zal moeten worden om allerlei vormen van kruissubsidiëring te voorkómen.

In dit verband dient tevens te worden opgemerkt dat de taakafbakening tussen NMa en ZAio op veel onderdelen nog onduidelijk is.

Opmerkelijk is de ondergeschikte plaats die de zorgvrager (patiënt) in het geheel van de in het document beschreven ontwikkelingen en beleidsvoornemens inneemt. De ultieme vraag is natuurlijk of de patiënt "er beter van wordt". Niet uitgesloten kan worden dat het zorgaanbod verschaalt, de zorg alleen op grotere afstand kan worden verkregen en dat de patiënt zich geplaats ziet voor ingewikkelde keuzen om de juiste zorg te kunnen verkrijgen.

In bijlage 4 (huidige initiatieven omtrent het meten van kwaliteit) ontbreekt de wettelijke taak van het Bouwcollege om de kwaliteit van het gebouwenbestand van de zorgaanbieders te onderzoeken. Om de vier jaar wordt een monitor uitgevoerd naar deze kwaliteit. Daarbij worden achtereenvolgens de verschillende sectoren in de zorg doorlopen. Het monitoronderzoek leidt tot aanbevelingen over de verbetering van de kwaliteit van de zorginfrastructuur, in het bijzonder met betrekking tot de financiële middelen die daarvoor nodig zijn.

#### **Reactie op enkele specifieke vragen**

Onderstaand wordt meer specifiek op een aantal vragen ingegaan. Daarbij is de nummering van de vragen in het consultatiedocument aangehouden.

#### **4.**

Medio 2004 zijn er ongeveer 70 rechtspersonen die een vergunning ex WZV bezitten als ZBC. Het aantal specialisten dat werkzaam is bedraagt ongeveer 170 fte. Bij dit getal dient te worden opgemerkt dat dit aantal alleen geregistreerd wordt bij afgifte van de vergunning. Een onbekend aantal ZBC's heeft nog geen aanvang gemaakt met de werkzaamheden. Bij de wel functionerende ZBC's kan het aantal in dienst zijnde specialisten inmiddels iets hoger liggen. Het aantal specialisten dat werkzaam is in reguliere ziekenhuizen bedraagt naar schatting ongeveer 9.000.

Het in gebruik zijnde vloeroppervlak van de ZBC's is een fractie van de totale vloeroppervlakte van de algemene en academische ziekenhuizen (bijna 6 miljoen m<sup>2</sup>). In het kader van marktwerking kan het nuttig zijn de bestaande aanbieders (de ziekenhuizen) te vergelijken met nieuwkomers op de markt (de ZBC's). Echter, gelet op het totale zorgaanbod in het tweede compartiment nemen ZBC's op dit moment slechts een marginaal deel voor hun rekening. Bij het aanbrengen van veranderingen in het stelsel van gezondheidszorg is het niet gewenst deze zeer kleine groep zorgaanbieders als uitgangspunt te nemen. Dit geldt met name voor maatregelen die ingrijpende gevolgen hebben voor de hoofdstroom van de curatieve zorg. De maatregelen kunnen daarmee voor deze groep als disproportioneel worden gekwalificeerd.

## 5.

In het verband van schaal- en scopevoordelen verdient ook het fenomeen van specialisatie aandacht. ZBC's bijvoorbeeld leveren vaak een beperkt aantal zorgproducten: ze zijn "serieproducenten" en zijn niet gericht op het leveren van maatwerk (dat wil uiteraard niet zeggen dat ze geen aandacht hebben voor het individu!). In die zin is er wel degelijk sprake van een schaalvoordeel. Er is een sterke standaardisatie van het product mogelijk, wat de kostprijs drukt.

De keerzijde is dat producten die niet standaard zijn of die dat niet meer zijn – bijvoorbeeld door het optreden van complicaties bij de patiënt – niet door deze instellingen geleverd kunnen worden. Zo brengt een ZBC een patiënt met complicaties en die langere zorg dan 24 uur nodig heeft, over naar het ziekenhuis. Het is te verwachten dat zorgverzekeraars, naar mate meer zorg geleverd wordt door ZBC's, zeker als zij winst mogen maken, de kosten van die zorg in het ziekenhuis (dus als gevolg van de behandeling van opgetreden complicaties) aan het ZBC in rekening zullen brengen. De zorgverzekeraar zal dan uiteraard wel moeten kunnen aantonen dat het ZBC schuld heeft aan het ontstaan van de complicatie. Het is voorstelbaar dat ZBC's zich hiertegen zullen gaan verzekeren. Hoe dan ook zal dit tot uitdrukking komen in de kostprijs van het zorgproduct.

ZBC's proberen het optreden van complicaties zoveel mogelijk te voorkomen door selectie van patiënten. Patiënten met bijvoorbeeld een hoger operatierisico worden niet door een ZBC behandeld. Daardoor kunnen ZBC's bepaalde DBC's tegen een lager tarief uitvoeren dan zorginstellingen die deze selectie niet toepassen. Voor patiënten met een hoger behandel/operatierisico is de keuzevrijheid dan ook veelal beperkt. Voor sommige patiënten geldt dat slechts een zeer beperkt aantal zorginstellingen bereid is hen te behandelen. Zeker zolang geen "complicatie-DBC's" geopend kunnen worden, is de behandeling van deze patiënten onder het DBC-systeem financieel nadelig voor de desbetreffende instelling. De gedachte dat er marktwerking kan gaan optreden voor alle DBC's in het B-segment is dan ook onjuist. Dat zou alleen het geval kunnen zijn voor ingrepen bij patiënten met een laag (complicatie)risico.

In verband met schaalvoordelen dient ook te worden gememoreerd dat ZBC's gezien hun vooralsnog beperkte schaalgrootte kwetsbaar zijn voor wat betreft de continuïteit van zorg. Het Bouwcollege heeft een aantal meldingen ontvangen waaruit blijkt dat de activiteiten van het ZBC gestaakt werden als gevolg van de pensionering van de daar werkzame specialist.

Kwetsbaarheid doet zich ook voor op het punt dat een beperkt aantal personen een hoge productie realiseert. Bij uitval van een gering aantal personen is er sprake van een relatief sterk productieverlies. In een situatie van marktwerking mag dit een gewenste situatie zijn, voor de patiënt kan dit leiden tot vervelende situaties, bijvoorbeeld alleen al vanwege het feit dat medische gegevens verloren gaan. In hoeverre in de toekomst ZBC's vallen onder de saneringsregeling van de WTZi, is nog niet duidelijk.

Met betrekking tot scopevoordelen moet worden geconstateerd dat de kosten van het beschikbaar hebben van personeel en voorzieningen voor spoedeisende activiteiten kunnen worden beperkt door deze ook in te zetten voor andere activiteiten. Uiteraard mogen die andere activiteiten niet sterk interfereren met de inzet voor spoedeisende zorg. Een voorziening voor spoedeisende hulp waarin geen andere, electieve activiteiten plaats vinden, vraagt hoge productprijzen, tenzij de zorgvraag zo groot is dat geen leegloop van mensen en middelen optreedt.

## 6.

Onder het huidige wettelijke kader (de WZV) zijn er nauwelijks door de overheid opgelegde toetredingsdrempels voor ziekenhuizen meer aanwezig anders dan van financiële aard (prioriteitenlijst). De toetsing inzake spreiding en behoefte in de verklaringsfase is feitelijk vervallen. Een advies van de ziektekostenverzekeraar/regiovertegenwoordiging is voldoende. De juridische status van dit advies is overigens onduidelijk. Opgemerkt dient te worden dat in het laatste decennium zich niet of nauwelijks nieuwe aanbieders van ziekenhuiszorg hebben gemeld. Deze periode kenmerkt zich meer door een beweging van concentratie in de ziekenhuiszorg en sluiting van (kleine) locaties.

In het nieuwe wettelijk kader (WTZi) dienen nieuwkomers op de ziekenhuismarkt te voldoen aan de regels van het beleidskader. Naar verwachting zullen de beleidsregels – deze moeten nog worden bekend gemaakt - nauwelijks of geen belemmering vormen voor nieuwe toetreders, anders dan dat er financiële middelen dienen te zijn om de kapitaallasten te kunnen nacalculeren en de exploitatie te kunnen bekostigen.

Voor ZBC's geldt dat er naar verwachting onder de WTZi in het geheel geen drempels meer zijn. Een vergunning zoals die nu nog wordt afgegeven ex WZV, wordt waarschijnlijk niet langer noodzakelijk geoordeeld. Bij de huidige vergunningafgifte wordt eigenlijk alleen getoetst of het winstoogmerk inderdaad ontbreekt en of de infrastructuur, in het bijzonder het operatiekamercomplex, voldoet aan de basiskwaliteitseisen. De zin op pagina 31 middenin is dan ook voor wat betreft de ZBC's onjuist. Een ZBC-vergunning wordt niet getoetst aan deze weigeringsgronden.

Overigens worden ook bij ziekenhuizen vrijwel geen vergunningen geweigerd. Zoals hiervoor al is aangegeven komen vergunningen aan nieuwe aanbieders van ziekenhuiszorg nauwelijks voor. Een enkele uitzonderling is bijvoorbeeld een nieuw dialysecentrum. Afgegeven vergunning betreffen dus vrijwel uitsluitend renovaties, uitbreidingen en vervangende nieuwbouw van bestaande ziekenhuisinstellingen. Wel kan de vergunning het begrote kostenniveau beperken, bepaalde onderdelen als niet-noodzakelijk kwalificeren en voorschriften geven om de doelmatigheid van de infrastructuur te vergroten.

Op pagina 32 kan worden toegevoegd dat ZBC's veelal de gehele infrastructuur, soms zelfs met inbegrip van het personeel, huren of leasen van een andere rechtspersoon. Aangezien deze rechtspersoon zelf geen zorginstelling is, geldt voor deze verhurende onderneming het verbod op het maken van winst niet.

ZBC's zijn in de huidige situatie in het nadeel ten opzichte van ziekenhuizen omdat er voor de zorgverzekeraars geen contracteverplichting jegens een ZBC bestaat. Vanuit de zorginstelling geredeneerd bestaat er voor ziekenhuizen een contracteerrecht terwijl dit voor ZBC's niet het geval is. In situatie na 1 januari 2005 zal dat verschil blijven bestaan voor niet-klinische DBC's uit het A-segment. Voor het bewerkstellingen van een gelijk speelveld zou dit onderscheid dienen te vervallen. Dat geldt in zekere zin ook voor de vergoeding van de kapitaallasten. ZBC's krijgen de kapitaallasten niet nagecalculeerd, ziekenhuizen wél. Na 1 januari 2005 wordt deze situatie, na invoering van het B-segment en de waarschijnlijke invoering van het nieuwe bouwregime ex WTZi, ingewikkelder.

ZBC's hebben ten opzichte van ziekenhuizen niet alleen absoluut maar ook relatief minder verzonken kosten in vergelijking met ziekenhuizen. De infrastructuur is veelal minder specifiek, met uitzondering van bijvoorbeeld operatiekamers. De gebouwen zijn klein en behoren tot de categorie redelijk tot goed courant vastgoed.

De tekst gaat niet of nauwelijks in op de vraag of er toetredingsdrempels zijn bij het aantrekken van meer specialisten of nieuwe specialismen. Welke gevolgen heeft dit voor het budget en voor de lumpsum? Zijn hiervoor nog beperkende regels?

## 7.

Zoals hierboven aangegeven is er feitelijk geen sprake meer van een door de overheid uit te voeren behoefte toets. Door ZBC's toestemming te geven om zorg te verlenen uit het B-segment DBC's ontstaat de volgende situatie:

- a) het 24 uren criterium wordt doorbroken, omdat voor een aantal B-segment DBC's het leveren van klinische zorg van meer dan 24 uur noodzakelijk is;
- b) de zorginfrastructuur die noodzakelijk is voor het uitvoeren van productie uit het B-segment komt buiten het bouwregime te staan. Bij het aanbrengen van een gelijk speelveld zal dit ook voor ziekenhuizen het geval moeten zijn.

Als gevolg van het genoemde onder a) zullen ZBC's zich verder ontwikkelen tot electieve zorgcentra (EZC's), zeker naar mate de omvang van het B-segment toeneemt. Omdat naar verwachting de B-segment zorg in een dergelijk EZC goedkoper is dan in het ziekenhuis, zal de B-segment DBC –zorg steeds meer verschuiven van die traditionele ziekenhuizen naar de EZC's. Dit effect treedt sterker op indien het contracteerrecht van ziekenhuizen op niet-klinische DBC's uit het A-segment komt te vervallen.

Er ontstaat zo een sterke tweedeling in de ziekenhuiszorg: EZC's die de electieve zorg aan patiënten met een laag risicoprofiel leveren en de traditionele ziekenhuizen die meer en meer uitsluitend de risicovolle electieve zorg, spoedeisende en topklinische zorg moeten leveren. Dit fenomeen treedt nog in sterkere mate op als er een gebod komt op het aanbieden van ongebundelde producten in verband met het tegengaan van koppelverkoop (pagina 69).

Zowel om financiële als logistieke redenen zal het aantal ziekenhuizen sterk afnemen. Dit heeft grote consequenties voor de bereikbaarheid van de spoedeisende zorg, voor de infrastructuur (leegstand, beroep op sanering) en bijvoorbeeld de opleidingsfuncties van ziekenhuizen. Naar verwachting zullen deze ZBC's "nieuwe stijl" niet of nauwelijks geïnteresseerd zijn in opleiding en wetenschappelijk onderzoek, omdat deze activiteiten productiebelemmerend zijn. (Academische) ziekenhuizen zullen steeds terughoudender zijn om innovaties openbaar bekend te maken, omdat het gebruik ervan door de "concurrent" ogenblikkelijk negatieve gevolgen zal hebben voor henzelf. In dit licht van de hier geschetste scenario's lijkt het ons wenselijk zo niet noodzakelijk zijn om het B-segment te beperken tot ingrepen waarvoor de komende jaren een aanzienlijke productiestijging wordt verwacht, bijvoorbeeld omdat het de behandeling van ouderdomsziekten betreft. Deze zorg kan dan gegeven worden in efficiënt werkende, nieuw te bouwen "categorale" ziekenhuizen die ook werkelijk nodig zijn om de extra productiecapaciteit op te vangen. Door dit beleid wordt tevens voorkomen dat onnodig (dure) leegstand ontstaat in de huidige ziekenhuisgebouwen.

In hoeverre ziekenhuizen strategisch reageren op deze ontwikkelingen door zich om te vormen tot een dubbelorganisatie, zal de toekomst leren. Denkbaar is dat ziekenhuizen zelf ook een toelating aanvragen als ZBC/"EBC". Als een holdingorganisatie zowel een toelating heeft als ziekenhuis én als ZBC, lijkt deze constructie legaal. Deze constructie heeft wellicht behoorlijke financiële voordelen voor de instelling; het budget aanvaardbare kosten voor de ziekenhuizen wordt dan maar zeer beperkt opgeschoond voor DBC's uit het B-segment, omdat die ondergebracht zijn in het ZBC-deel. Terzijde zij opgemerkt dat de geciteerde wettekst aan het ZBC geen beperkingen oplegt voor wat betreft de te leveren zorg. Met name ontbreekt het 24-uren criterium. Het is de vraag of een AMvB deze beperking alsnog kan aanbrengen en zo de wettekst kan corrigeren.

Een andere vorm van strategisch gedrag is dat specialistengroepen die vrijwel uitsluitend zorg leveren uit het niet-klinische A-segment DBC's en het B-segment DBC's, een eigen ziekenhuis kunnen beginnen en zich zo onttrekken aan de lumpsum bekostiging. Op welke schaal dit kan gaan plaats vinden en wat de voor- en nadelen zijn van deze situatie, verdient eveneens nader onderzoek. Het is zeer wel denkbaar dat ook hierdoor de meer lucratieve ziekenhuiszorg uit de bestaande (basis)ziekenhuizen verdwijnt. Het ziekenhuis produceert vervolgens alleen nog maar verliesgevende producten, waardoor of de tarieven dienen te worden verhoogd of de ziekenhuizen failliet gaan.

Met betrekking tot het genoemde onder b) kan worden opgemerkt dat hieraan behoorlijk ingrijpende consequenties verbonden zijn van technisch-financiële aard. Het bouwregime voor ziekenhuizen wordt uiterst ingewikkeld omdat de ziekenhuis-infrastructuur in gebruik voor de B-segment productie moet onderscheiden worden van de infrastructuur voor de overige productie. Dat onderscheid kan alleen zeer globaal worden gemaakt. ZBC's krijgen de kapitaallasten immers niet nagecalculeerd, maar deze zijn opgenomen in de DBC's.

#### 8.

Opgemerkt kan worden dat het noodzakelijk is de discussie over het al dan niet maken van winst meer in detail te voeren. Gaat het bij winst alleen om uitkeerbare winst aan aandeelhouders? Of is ook bij winst voor de eigenaar-directeur of eigenaar specialist inderdaad sprake van winst in de zin van de discussie? In dit verband is het wellicht belangrijk vast te stellen dat onder de WTZi het niet meer noodzakelijk is dat de toe te laten instelling rechtspersoonlijkheid heeft. Uit de parlementaire discussie over de WTZi blijkt voorts dat ook het aanwezig zijn van een notariële akte waarin de juridische structuur van de zorginstelling wordt vastgelegd, niet mag worden gevraagd. Elk samenwerkingsverband tussen tenminste twee personen komt voor toelating in aanmerking, dat wil zeggen kan in de zin van de WTZi worden gekwalificeerd als zorginstelling.

Zoals verderop ook aan de orde komt zijn er in Nederland een aantal zorginstellingen (veelal stichtingen) die verschillende zorgvoorzieningen exploiteren, zoals én een ziekenhuis, én een verpleeghuis, én een verzorgingshuis én thuiszorgvoorzieningen. Ook hebben veel ziekenhuisstichtingen ook een toelating voor AWBZ-zorg zoals ondersteunende begeleiding en dieetadvisering. De vraag is nu in welke situatie een zorginstelling winst mag gaan maken en zich daarvoor gaat omvormen in een BV of NV. Mag dit:

- als de instelling tenminste één toelating heeft voor een vorm van zorg waarvoor het verbod op het maken van winst is opgeheven? of
- mag dit alleen als de instelling alleen maar toelatingen heeft waarvoor dit verbod is ingetrokken?

Voor de inschatting van de effecten van het loslaten van het winstoogmerk dient deze vraag duidelijk beantwoord te zijn.

#### 18.

Kwaliteit wordt in het document beschreven als "Het steeds beter voldoen aan de noden en wensen van de patiënt/cliënt" (pagina 53). Vervolgens worden zes dimensies van kwaliteit beschreven, waaronder tijdigheid en toegankelijkheid. Patiënten hechten aan een tijdig te bereiken spoedeisende hulp (daarvoor is een directe medische noodzaak), maar ook aan basis ziekenhuiszorg die toegankelijk is. Vooral voor patiënten die frequent het ziekenhuis dienen te bezoeken of voor minder draagkrachtigen (voor wie de reiskosten een financieel probleem vormen) hechten daaraan. De aandacht voor het "lokale" ziekenhuis (niet in het minst in de plaatselijke en landelijke politiek) bewijst dat dit een belangrijk kwaliteitsaspect wordt geacht. Juist op dit punten dienen kwaliteitsindicatoren ontwikkeld te worden.



In een systeem van marktwerking staat die lokale aanwezigheid van ziekenhuiszorg onder grote druk. Bij zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar gaan de economische aspecten overheersen. Zeker de landelijk werkende ziektekostenverzekeraar zal meer gericht zijn op het aanbieden van een prijsgunstige polis dan op het aanbieden van zorg dicht bij huis. Wellicht dat tegen meerkosten zorg dicht(er) bij huis te verzekeren is, maar juist voor minder financieel draagkrachtige patiënten blijft dit dan weer onbereikbaar. In het algemeen zou er meer aandacht moeten zijn voor de economische schade als gevolg van het wegvallen van ziekenhuiszorglocaties

**23.**

Zoals bij de reactie op vraag 8 aangegeven zijn er zorginstellingen die meerdere zorgvoorzieningen in stand houden. In een dergelijke onderneming werken veelal faciliterende diensten voor alle zorgvoorzieningen gezamenlijk, dus zowel voor de ZFW als voor de AWBZ bekostigde zorg. Kruissubsidiëring is dus ook goed mogelijk tussen B-segment DBC's en de inkomsten uit AWBZ-voorzieningen. Formeel is er waarschijnlijk ook sprake van één RAK per instelling. Onduidelijk is of de trekkingsrechten gekoppeld zijn aan een bepaalde zorgvoorziening of aan de instelling als geheel. In het laatste geval zijn trekkingsrechten "vrij" inzetbaar in het geheel van de organisatie. Een kostprijsmodel zal zich dan ook moeten uitstrekken tot alle vormen van collectief gefinancierde zorg om het al of niet optreden van kruissubsidiëring te kunnen vaststellen. daarbij zal ook gekeken moeten worden naar het aanwenden van trekkingsrechten. Het ligt in de lijn van de verwachting dat een uiterst arbeidsintensief en dus kostbaar systeem nodig is om kruissubsidies bij zorginstellingen aan te tonen. Zelfs dan zullen subtiel aanwezige maar niettemin omvangrijke vormen van kruissubsidiëring niet aan het licht komen. Het verdient naar de mening van het Bouwcollege aanbeveling een onderzoek te laten verrichten door fraude-experts naar de (on)mogelijkheden tot het voorkómen van kruissubsidiëring.

**31.**

Waarschijnlijk zijn er geen wettelijke belemmeringen voor het realiseren van een situatie dat instellingen die ziekenhuiszorg leveren ook huisartszorg verstrekken. Een relevante vraag is dan of een dergelijk huisarts kan worden verplicht de patiënt te verwijzen naar een concurrerend ziekenhuis, indien de zorg in het "eigen" ziekenhuis aanwezig is en van voldoende kwaliteit is.

Wij vertrouwen erop u met bovenstaande zienswijze van dienst te zijn geweest.

Hoogachtend,

de algemeen secretaris,

de voorzitter,

mr. T. Vroon

drs. R.L.J.M. Scheerder

- bijlage