

Marktwerking in de medisch specialistische zorg

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

Zoetermeer, 2003

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Vragen en probleemstelling	9
1.1	Achtergrond	9
1.2	Vragen	10
1.3	Probleemstelling	10
1.4	Opzet van het advies	12
2	De medisch specialistische zorg	13
2.1	Een aanbiedermarkt	13
2.2	Organisatie	14
2.3	Strategisch gedrag van ziekenhuizen	17
2.4	Conclusies	20
3	Marktwerking in de maak	21
3.1	Inleiding	21
3.2	Afschaffing contracteerverplichting	21
3.3	Invoering DBC's	21
3.4	Nieuwe dynamiek	23
3.5	Conclusies	27
4	Het draagvlak voor marktwerking	28
4.1	Naar nieuwe marktverhoudingen	28
4.2	Vraag aan bod	28
4.3	Opheffen contracteerverplichting	33
4.4	DBC's	34
4.5	Conclusies	37
5	Waarborgen voor publieke belangen	38
5.1	Publieke belangen	38
5.2	Waarborgen	42
6	Antwoorden en aanbevelingen	44
	Bijlagen	
1	Adviesaanvraag	55
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	61
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	63
4	Lijst van afkortingen	65
5	Literatuur	67
6	Overzicht publicaties RVZ	79

Samenvatting

Het tweede kabinet-Kok heeft in de nota *Vraag aan bod* plannen gemaakt voor veranderingen van het zorgstelsel. Voor een deel hebben die betrekking op de zorgverzekeringen, voor een deel op het bestuur en de organisatie van de zorg, waaronder de medisch specialistische zorg. Over de medisch specialistische zorg gaat het in dit advies.

Het kabinet-Kok wilde een andere aansturing van de medisch specialistische zorg

Kernwoorden in de nota *Vraag aan bod* zijn marktwerking, contracteervrijheid en DBC's, wat staat voor diagnose-behandeling combinaties. De DBC's zijn als het ware de producten en diensten die specialisten en ziekenhuizen aan hun patiënten kunnen bieden. Het is de bedoeling dat verzekeraars met ziekenhuizen over de prijs van die DBC's gaan onderhandelen. Ziekenhuizen krijgen dan betaald naar de aard, de omvang en de kwaliteit van hun diensten.

Kern: marktwerking, contracteervrijheid en DBC's

Een klein jaar geleden heeft de minister van VWS de RVZ gevraagd hoe de voorstellen uit de nota het beste konden worden ingevoerd. Verder wilde ze weten hoe de publieke belangen bij de acute zorg, de topreferente en topklinische zorg, de opleidingen en de research- en ontwikkelingsfunctie van de ziekenhuizen gewaarborgd zouden kunnen blijven.

Minister vraagt advies over de invoering en de borging van publieke belangen

Inmiddels zijn we bijna twee kabinetten verder. De economie is ingezakt, de wijziging van het verzekeringsstelsel staat ter discussie en marktwerking in de publieke sector is meer omstreken. De kosten van de gezondheidszorg stijgen fors en de burger voelt de gevolgen direct in zijn portemonnee. De vraag naar de invoeringsstrategie en naar de borging van publieke belangen is door de gewijzigde omstandigheden actueler dan ooit.

Politieke en economische omstandigheden zijn inmiddels veranderd

Moeten we nog wel de kant van competitie en marktwerking uit? Is het niet beter om het bestaande systeem van aanbodregulering te handhaven? De RVZ meent op grond van de volgende argumenten van niet.

Maar de vraag naar invoering van marktwerking is onverminderd relevant ...

1. Het gevoerde beleid van aanbodregulering is de belangrijkste oorzaak van de wachtlijstproblematiek en het gebrek aan klantgerichtheid, innovatie en doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Het is een publiek belang dat de bureaucratie wordt teruggedrongen.
2. De organisatie van de zorg moet kleinschaliger en gevarieerder worden en beter aansluiten op de wensen en

... om de bureaucratie terug te kunnen dringen

... om toekomstige uitdagingen aan te kunnen

behoefte van de bevolking. Technologie en taakverschuiving maken dat mogelijk, maar dan moet het stelsel daaraan meewerken en dergelijke veranderingen niet verhinderen.

3. Het verzekeringskarakter van de ziekenfondsverzekering is hersteld. Daardoor is een terugkeer naar de vroegere methode van kostenbeheersing door middel van taakstellende budgetten niet meer mogelijk. Het is daarom beter aan de vraagkant prikkels voor kostenbeheersing in te bouwen.
- ... om de kosten te kunnen beheersen

Meer competitie en meer marktwerking betekenen niet dat de medische zorg zonder meer wordt overgelaten aan de markt. In de eerste plaats omdat de toegang tot de medische zorg door het verzekeringsstelsel wordt gegarandeerd. In de tweede plaats omdat publieke functies door wet- en regelgeving blijven beschermd. In de derde plaats omdat voor de toepassing van contracteervrijheid en DBC's een natuurlijk ingroei- en leerproces mogelijk is.

Een verantwoorde invoering is mogelijk

De sleutel tot het in gang zetten van marktwerking is een selectieve invoering van DBC's op die onderdelen waar de markt ook nu al kan werken, namelijk de makkelijk te organiseren niet-acute zorg. Op dat deel van de medisch specialistische zorg kunnen ziekenhuizen en verzekeraars leren werken met DBC's. Hun ervaringen kunnen worden gebruikt bij de verdere vormgeving van de DBC-systematiek. In feite komt dat neer op een voortzetting en verbreding van het experiment van minister Bomhoff. Omdat vanwege technologische vernieuwingen (IT onder andere) steeds meer specialistische verrichtingen ook buiten de muren van het ziekenhuis kunnen plaatsvinden, is een organische uitbouw van de markt mogelijk.

Start met DBC's voor de makkelijk te organiseren niet-acute zorg

Voor het ontstaan van marktwerking is dat overigens niet voldoende. Verzekeraars kunnen pas selectief zorg inkopen als ze over keuzemogelijkheden beschikken. Daarom moet er snel en goedkoop meer capaciteit bij komen. Dat kan het beste worden gerealiseerd door beperkingen voor privé-klinieken (toelating en bekostiging) op te heffen, ziekenhuizen ruimte voor private initiatieven te geven (zie ons advies *Winst en gezondheidszorg*) en verzekeraars niet langer te verplichten met elk ziekenhuis contracten af te sluiten.

Schaf beperkingen voor privé-klinieken af

De toelating van nieuwe toetreders op de markt en het stimuleren van kleinschaliger organisatievormen heeft tot

Laat specialisten ook buiten het ziekenhuis werken

consequentie dat het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf niet langer alleen zaligmakend is. Het ziekenhuis kan ook als facilitair bedrijf voor specialistenmaatschappen gaan optreden en specialisten kunnen ook het ziekenhuis verlaten voor een eigen praktijk, mits dat kwalitatief verantwoord is.

Marktwerking ontstaat niet zomaar. Wij vinden dat het nieuwe kabinet politieke steun moet geven aan de modernisering van de curatieve zorg. Er is verder een marktmeester nodig, die regels vaststelt waaraan partijen zich moeten houden, die toezicht houdt en corrigerend kan optreden. Die functie kan op verschillende manieren worden ingevuld, maar het is belangrijk dat de Minister van VWS richting geeft aan en greep houdt op de uitoefening van die functie. Wij vinden het gewenst dat de verdere invoering van de DBC-systematiek in samenhang met de overige bekostiging van de medisch specialistische zorg zal verlopen, wat betekent dat de DBC-systematiek onder de paraplu van de Wet Tarieven Gezondheidszorg wordt gebracht. Het is uiteraard niet de bedoeling dat de DBC's een instrument van aanbodregulering worden, maar dat de Wet Tarieven Gezondheidszorg wordt gebruikt om marktwerking en ondernemerschap te bevorderen. Wij steunen het voornemen van de Minister om een speciale zorgkamer bij de NMa in te stellen. Voor de patiënt is het belangrijk dat hij kan vertrouwen op de kwaliteit van de zorg. Wij herhalen daarom ons pleidooi voor een krachtige Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast vinden we dat de zorgverzekeraar aansprakelijk moet zijn voor de kwaliteit van de door hem gecontracteerde zorg.

De minister van VWS moet de rol van marktmeester op zich nemen

Er zijn onderdelen van de medisch specialistische zorg die niet geschikt zijn voor marktwerking of waar marktwerking tot aantasting van publieke belangen kan leiden. De acute zorgverlening is zo'n onderdeel. Daarnaast noemen we de topreferente en de topklinische zorg, de opleiding tot medisch specialist en de onderzoek- en ontwikkelfunctie. Voor die onderdelen willen we een vorm van planning, een specifieke (aanvullende) bekostiging en een contracteerplicht van verzekeraars handhaven. Dat betekent onder andere dat het academisch budget gehandhaafd blijft en dat de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) een ruimer bereik krijgt door haar ook te gebruiken voor de spreiding en bereikbaarheid van de topreferente zorg en de acute zorg.

Geen marktwerking voor acute zorg, topklinische en topreferente verrichtingen, opleidingen en de onderzoek- en ontwikkelfunctie

1 Vragen en probleemstelling

1.1 Achtergrond

Het tweede kabinet-Kok publiceerde op 6 juni 2001 de nota *Vraag aan bod*. Daarin maakten minister Borst en staatssecretaris Vliegthart plannen bekend voor een ingrijpende vernieuwing van het zorgstelsel. Er zou een basisverzekering komen, maar ook een andere inrichting van het bestuur van de gezondheidszorg. De bewindslieden typeerden dat als een verschuiving van aanbod- naar vraagsturing.

Het kabinet wil het zorgstelsel vernieuwen...

Vraagsturing wil zeggen dat de partijen in de gezondheidszorg meer ruimte krijgen voor ondernemerschap. De sector kan daardoor beter inspelen op de wensen en behoeften van de bevolking. Vernieuwingen krijgen sneller hun beslag en de zorg wordt doelmatiger verleend. Dat wil niet zeggen dat alle regels overboord gaan. De zorg moet wel haar kwaliteit behouden en toegankelijk en betaalbaar blijven. Daarom willen de bewindslieden per deelgebied beoordelen waar partijen meer ruimte kunnen krijgen en waar ze aan regels gebonden moeten blijven. Dat gebeurt in zogenoemde 'moderniseringsprojecten', een voor de curatieve zorg en een voor de AWBZ.

... zodat aanbieders beter op de vraag kunnen inspelen

Een van die deelgebieden is de medisch specialistische zorg. Het is een gebied dat wordt gedomineerd door ziekenhuizen en medische professies. Om in markttermen te spreken is het een aanbiedersmarkt, maar het beeld van een markt dringt zich niet meteen op. Het is eerder een gesloten wereld met de grootste regeldichtheid van de hele gezondheidszorg. Deze regels bestaan uit professionele normen voor het medisch en beroepsmatig handelen en uit beleidsregels van de overheid voor de kwaliteit, bouw, exploitatie en tarieven van ziekenhuizen. Verder zijn er speciale regelingen voor specifieke functies van academische en algemene ziekenhuizen. Uitvoering van overheidsbeleid en zelfordening kenmerken dit gebied meer dan ondernemerschap en marktwerking.

Dat geldt ook voor de medisch specialistische zorg

Het moderniseringsproject curatieve zorg moet deze verhouding omdraaien. De twee speerpunten van het project zijn:

Nieuw: concurrentie op prijs en kwaliteit

1. vitalisering van het overeenkomstenstelsel, onder andere door ziekenfondsen niet langer te verplichten met elk ziekenhuis een medewerkercontract af te sluiten;
2. invoering van een productgebonden bekostigings-systeem, gebaseerd op kostprijzen en kwaliteit.

1.2 Vragen

De minister van VWS heeft de RVZ in het najaar van 2001 om advies gevraagd over de modernisering van de medisch specialistische zorg. De brief van de Minister treft u aan in bijlage 1. De vragen hebben betrekking op twee onderling samenhangende thema's:

1. Wat is voor deze sector een goede invoeringsstrategie?
2. Wat is voor deze sector een goede balans tussen vrijheid en regulering?

De vragen luiden:

1. Wat is een goede invoeringsstrategie bij het introduceren van meer vrijheid voor prijs-, volume-, capaciteit- en kwaliteitsafspraken voor verzekeraar en zorgaanbieder om vraag en aanbod van zorg op elkaar af te stemmen?
2. Welke voorwaarden zijn noodzakelijk om de beschikbaarheid en goede bereikbaarheid van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf voor de acute, de 24-uurszorg, de meer complexe of kostbare en zeer gespecialiseerde interventies alsmede de opleidingsfunctie te waarborgen?
3. Hoe kan in een competitieve omgeving de financierbaarheid van een kapitaalintensief, op opleiding gericht of zeer gespecialiseerd of innovatief specialistisch aanbod worden gewaarborgd?
4. Welke voorzieningen of condities zijn nodig om te voorkomen dat economische en zorginhoudelijke risico's in verband met een positieve en negatieve patiëntselectie in een competitieve omgeving kunnen ontstaan?
5. Hoe kan het evenwicht worden gevonden en bewaard tussen een zorginhoudelijk doelmatige taakverdeling en de vereisten voor mededinging?

De Minister vraagt advies over de invoering en de toepassing van de voorstellen

1.3 Probleemstelling

Op het eerste gezicht lijkt de Minister naar de bekende weg te vragen. Er is immers al een invoeringsstrategie, die is neergelegd in het projectplan modernisering curatieve zorg. Er zijn immers al principebeslissingen genomen over vraagsturing, meer vrijheid van partijen, een ander bekostigingssysteem en een actief inkoopbeleid van verzekeraars. Toch is er alle reden voor deze vragen, want de weg is helemaal niet bekend. Het is een expeditie op onbekend terrein.

De Minister vraagt niet naar de bekende weg

Er is een langdurig en ingrijpend veranderingsproces voor nodig om van een aanbiedermarkt als de medisch specialistische zorg een vragersmarkt te maken. Het vergt een bestuurlijke, bedrijfsmatige en psychologische omslag. Er zijn grote belangen bij in het geding, zonder dat op voorhand duidelijk is wie de winnaars en verliezers worden. Een dergelijk veranderingsproces ingaan komt neer op een open uitnodiging voor defensieve acties. Het luistert precies welke stappen in het begin van dit proces worden gezet. Een globale strategie volstaat niet.

Een strategische verkenning is echt nodig, want ...

Verder is het natuurlijk niet voor niets dat deze sector zo sterk gereguleerd is. De publieke belangen zijn groot. Ziekenhuizen zijn kapitaalintensieve ondernemingen. Er worden in het belang van de patiënt hoge eisen gesteld aan kwaliteit en deskundigheid. Het gaat om essentiële voorzieningen die overal bereikbaar en voor iedereen toegankelijk moeten zijn. De doelen die de overheid met haar plannen wil bereiken (patiëntgerichtheid, innovatie, doelmatigheid) komen hier niet voor in de plaats, maar zijn aanvullend. Dat rechtvaardigt op zichzelf al een zorgvuldige en precieze afweging in hoeverre regelgeving kan worden losgelaten of niet. Daarbij komt dat de markt voor medisch specialistische zorg uit verschillende deelmarkten bestaat met elk een eigen dynamiek.

... de belangen en de risico's zijn groot

Sinds het advies is gevraagd, is het bestuurlijk en economisch klimaat drastisch veranderd. We zijn bijna twee kabinetten verder. Het kabinet-Balkenende heeft de basisverzekering in zijn regeerprogramma uitgewerkt en de verschuiving van aanbod- naar vraagsturing overgenomen. Het regeerprogramma van het nieuwe kabinet is nog niet gereed. Er zal over worden onderhandeld tegen een sombere economische achtergrond. Er zijn flinke bezuinigingen nodig, terwijl de kosten van de gezondheidszorg fors stijgen en de burger de gevolgen direct in zijn portemonnee voelt. De vragen naar de invoeringsstrategie en naar de balans tussen vrijheid en regulering zijn daardoor actueler dan ooit.

... en de omstandigheden veranderen snel

We hebben dus te maken met een kwetsbaar en risicovol proces. Er is ten behoeve van de patiënten veel te winnen, maar ook te verliezen. De belangen zijn groot, maar ook het afbreukrisico. Er is daarom behoefte aan een veilige koers, die aantoonbaar in de goede richting leidt maar de risico's beperkt houdt.

Er is behoefte aan een veilige koers in de goede richting

1.4 Opzet van het advies

Hoofdstuk 1: Vragen en probleemstelling

De RVZ schetst het vernieuwingsbeleid, de vragen van de Minister over de modernisering van de medisch specialistische zorg en de problemen waarvoor hij zich gesteld ziet.

Hoofdstuk 2: De medisch specialistische zorg

De RVZ verkent het terrein. Er is tot op zekere hoogte sprake van een markt, maar niet van marktwerking. De aanbodsuring van de overheid heeft daaraan bijgedragen. Prijsconcurrentie ontbreekt. Er is wel competitie, maar die richt zich meer op beïnvloeding van de overheid en het behoud of verkrijgen van professionele deskundigheid dan op de klant.

Hoofdstuk 3: Marktwerking in de maak

Vervolgens gaat de RVZ na waar marktwerking mogelijk is, hoe die kan ontstaan en welke gevolgen daarvan te verwachten zijn.

Hoofdstuk 4: Het draagvlak voor marktwerking

De RVZ analyseert het draagvlak voor de introductie van marktwerking. Dat is nodig om een uitvoerbare strategie te kunnen aanbevelen.

Hoofdstuk 5: Waarborgen voor publieke belangen

In dit hoofdstuk gaat de RVZ na welke publieke belangen in het geding zijn, in hoeverre marktwerking aan de borging daarvan bijdraagt of afbreuk doet en welke consequenties daaraan verbonden moeten worden.

Hoofdstuk 6: Antwoorden en aanbevelingen

De RVZ beantwoordt de vragen van de Minister en geeft zijn advies.

2 De medisch specialistische zorg

2.1 Een aanbiedermarkt

Onder een markt verstaan we een type besluitvorming, waarin vragers en aanbieders één op één met elkaar zaken doen. Ze maken met elkaar afspraken waarin ze de rechten en plichten vastleggen, die ze ten opzichte van elkaar hebben en waaraan ze elkaar kunnen houden. Marktwerking veronderstelt dat de partijen inzicht hebben in elkaars prestaties. Bovendien moeten zij naar eigen inzicht afspraken kunnen maken. Om een markt goed te laten werken, moet iedereen zich wel aan bepaalde spelregels en normen houden en daar moet toezicht op worden gehouden. Volgens deze omschrijving is er wel een markt van medisch specialistische zorg, maar geen marktwerking. Nieuwe aanbieders kunnen niet vrij toetreden, transparantie ontbreekt, vrije prijsvorming is niet mogelijk en de partijen hebben weinig ruimte voor eigen besluitvorming. (Maarse, et al., 2002).

Een markt zonder marktwerking

De markt van medisch specialistische zorg wordt gekenmerkt door een scheve verhouding tussen vraag en aanbod. De patiënt verkeert in acute situaties en bij ernstige ziekten in een afhankelijke positie. Verder heeft de specialist van oudsher een voorsprong in kennis en informatie. Dat geldt in het bijzonder op het vlak van topreferente zorg. Hij is degene die de zorgvraag van de patiënt interpreteert en in een adequate behandeling vertaalt. De patiënt moet in belangrijke mate afgaan op wat de specialist hem adviseert. Sinds het midden van de jaren tachtig is het informatiemonopolie van de specialist wel aan erosie onderhevig. Internet brengt kennis en informatie in de huiskamer van de patiënt. Hij is daardoor in staat om zelfstandig en nagenoeg gratis informatie over zijn medisch probleem te verzamelen. Hiermee kan hij zijn behandelend arts confronteren en deze zal hem moeten overtuigen van zijn aanpak. De patiënt van nu doet dit ook makkelijker dan die van vroeger. Hij is beter opgeleid en mondiger.

Voor een deel vanwege marktimperfecties

Deze ontwikkeling is vooral van belang voor de in omvang toenemende deelmarkt van chronische aandoeningen. Patiënten met reuma, diabetes, cara of hartproblemen zijn in het algemeen goed op de hoogte van hun aandoening, weten ermee om te gaan en praten op ooghoogte met artsen en verpleegkundigen. Zij moeten leven met hun kwaal. Zij hebben behalve aan behandeling ook behoefte aan begeleiding en

Maar die worden minder groot

advies en dat brengt hen in dialoog met de medisch specialist. Verder is een gelijkwaardiger verhouding tussen vraag en aanbod mogelijk bij de electieve zorg. Een versleten heup kan vóór, maar ook ná de vakantie worden vervangen. Het kan in Amsterdam, maar ook in Leuven worden gedaan, als er tenminste voldoende capaciteit is. Bij voldoende tijd en gelegenheid om afspraken te maken, is er in principe ruimte voor marktwerking. Bij acute zorg is dat niet het geval.

Dat er in de medisch specialistische zorg geen marktwerking is, ook niet waar dat wel mogelijk is, komt vooral door het in het verleden gevoerde overheidsbeleid van aanbodregulering, budgetdiscipline en schaarste. Patiënten kunnen in het algemeen niet rechtstreeks naar een specialist, maar hebben een verwijzing door een huisarts nodig. Het aanbod is geconcentreerd in ziekenhuizen en de capaciteit is krap gehouden. Wachtlijsten en gebrek aan specialisten, personeel, operatiecapaciteit en intensive carebedden zorgen ervoor dat patiënten nauwelijks kunnen kiezen waar of hoe zij hun zorg willen krijgen. Bovendien staat de jarenlang gecreëerde schaarste een snelle verandering naar meer marktwerking in de weg omdat zij niet op stel en sprong kan worden weggewerkt.

Marktwerking ontbreekt vooral door het gevoerde overheidsbeleid

2.2 Organisatie

Een blik over de grens leert dat de medisch specialistische zorg uiteenlopend kan worden georganiseerd. Kenmerkend voor Nederland is de integratie van de specialist in het ziekenhuis, waar zowel klinische als poliklinische zorg wordt verleend. Het kan ook anders. In Duitsland bijvoorbeeld werken veel specialisten ook buiten het ziekenhuis. Klinische en poliklinische zorg zijn er veel meer van elkaar gescheiden. Ook in België, Frankrijk en Oostenrijk werken veel specialisten buiten het ziekenhuis. Daar doen zij aan diagnostiek, electieve chirurgie en in toenemende mate ook aan chirurgie met dagbehandeling.

De specialistische zorg kan uiteenlopend worden georganiseerd

De organisatie van de medisch specialistische zorg verschilt van land tot land. Traditie, cultuur en type zorgstelsel spelen daarin een belangrijke rol (McKee en Healy, 2002). De manier waarop de zorg is georganiseerd maakt verschil voor het al dan niet optreden van marktwerking. Specialist met eigen vrijgevestigde praktijken kunnen ziekenhuizen op deelgebieden stevige concurrentie aandoen. Hetzelfde geldt tussen specialisten en huisartsen, waar specialisten rechtstreeks toegankelijk zijn voor patiënten (Maarse et al., 2002). Duitsland en Oostenrijk

Het ziekenhuis is niet altijd nodig

laten overigens zien dat ziekenhuizen en zelfstandige praktijken van specialisten elkaar niet hoeven te beconcurreren. In beide landen bestaat een inefficiënte scheiding tussen klinische en ambulante medisch specialistische zorg. Ziekenhuizen en zelfstandige praktijken blijven elk aan hun kant van de lijn en werken niet samen, ook niet waar dat in het belang van de patiënt is.

Zoals gezegd is de medisch specialistische zorg in Nederland voornamelijk georganiseerd in en rond het ziekenhuis. We kunnen vier typen onderscheiden.

Maar in Nederland is de specialistische zorg ziekenhuiszorg

Academische ziekenhuizen

De taakomschrijving van de academische ziekenhuizen ligt wettelijk vast. Zij verlenen patiëntenzorg die mede ten dienste staat van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek. Daarnaast vervullen zij topklinische en toppreferente functies en verlenen zij medewerking aan de opleiding tot medisch specialist.

Academische ziekenhuizen staan aan de top

De overheid is sinds het begin van de jaren tachtig bezig om de academische ziekenhuizen van het onderwijsdomein over te hevelen naar het volksgezondheidsdomein. Dit proces is min of meer afgerond. Toch hebben de academische ziekenhuizen hun 'status aparte' weten te behouden. Die komt onder andere tot uiting in een aparte lumpsum financiering voor de extra kosten die ze in vergelijking met de algemene ziekenhuizen hebben. De academische ziekenhuizen zijn ook betrokken gebleven bij het onderwijs en onderzoek. Die band is zelfs aangehaald. De afgelopen jaren zijn bijna alle academische ziekenhuizen en medische faculteiten met elkaar gefuseerd.

Ze hebben een aparte status

Algemene ziekenhuizen

Het algemene ziekenhuis vormt de ruggengraat van de medisch specialistische zorg. Hier wordt de bulk van de productie geleverd. Fusies en een enkele ziekenhuissluiting hebben gezorgd voor een aanzienlijke schaalvergroting. Er ontstaat een steeds duidelijker verschil tussen de basisziekenhuizen enerzijds en de grote algemene en topklinische ziekenhuizen anderzijds. Dit verschil zal nog verder toenemen als de opleidingscapaciteit wordt uitgebreid, omdat daarvoor juist op deze grote ziekenhuizen een beroep wordt gedaan.

Algemene ziekenhuizen leveren de meeste productie

Het marktaandeel van de grote algemene ziekenhuizen is tussen 1984 en 2000 veel sterker gegroeid dan van de middelgrote en kleine ziekenhuizen (Den Hartog en Janssen, 2002). De

Grote algemene ziekenhuizen onderscheiden zich van basisziekenhuizen

grote algemene ziekenhuizen zijn inmiddels in een aantal opzichten ook groter geworden dan de academische ziekenhuizen. Ze zien meer patiënten (tabel 2.1) en hebben ook meer bedden (tabel 2.2). Door hun toegenomen omvang kunnen de algemene ziekenhuizen verder specialiseren.

Tabel 2.1 Marktaandeel opnames en (dagbehandelingen)

	Academische ziekenhuizen	15 grootste algemene ziekenhuizen
1985	10% (3%)	17% (18%)
1990	13% (11%)	19% (19%)
1995	13% (8%)	21% (22%)
2000	14% (10%)	28% (28%)

Bron: Prismant, eigen bewerking RVZ

Tabel 2.2 Gemiddeld aantal bedden

	Academische ziekenhuizen	15 grootste algemene ziekenhuizen
1985	992	769
1990	927	853
1995	927	830
2000	916	1001

Bron: Prismant, eigen bewerking RVZ

Categorale ziekenhuizen

Categorale ziekenhuizen richten zich op een specifiek deel van de medisch specialistische zorg, zoals de oogheelkunde, de oncologie of de revalidatie. De concentratie op één of enkele deelgebieden gaat vaak gepaard aan bijzondere deskundigheid. De afgelopen twintig jaar zijn veel categorale ziekenhuizen verdwenen of gefuseerd, maar de categorale werkwijze is daarmee niet verdwenen. Binnen de muren van het algemene ziekenhuis is zij weer met een opmars bezig, omdat zij bijdraagt aan disease-management en een goede patiëntenlogistiek.

Veel categorale ziekenhuizen zijn verdwenen, maar de categorale werkwijze is in opmars

Private zorgvormen

Psychiaters zijn op grote schaal vrijgevestigd gebleven. Andere specialisten zijn het ziekenhuis ingetrokken. Toch zijn er ook altijd enkele buiten gebleven, oorspronkelijk vooral in vrijgevestigde extramurale praktijken, sinds eind jaren tachtig ook in privé-klinieken.

Naast privé-praktijken zien we ...

Privé-klinieken richten zich op (een deel van) de electieve zorg, die goed op afspraak is te plannen. Zij concurreren vooral met een goede patiëntenlogistiek en extra services. Vanwege de wachtlijsten en de behoefte aan patiëntgerichte zorg nemen ze toe in aantal en omvang (RVZ, 2002).

... een toenemend aantal privé-klinieken

2.3 Strategisch gedrag van ziekenhuizen

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft in haar nota *Het ziekenhuis van de toekomst* een visie gepresenteerd, waarin ziekenhuizen zich profileren als maatschappelijke ondernemingen. Ondernemen wil zeggen: bedrijfsmatig handelen, initiatieven nemen, risico dragen. Maatschappelijk ondernemen houdt daarnaast de acceptatie in van publieke randvoorwaarden als toegankelijkheid en kwaliteit. De ziekenhuizen nemen volgens de NVZ verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg, inclusief een goede spreiding van basiszorg, en leggen daarover verantwoording af aan belanghebbende partijen.

Het ziekenhuis van de toekomst profileert zich als maatschappelijke onderneming

Hoe bereiden individuele ziekenhuizen zich voor op de uitdagingen die op hen afkomen? De RVZ heeft dit onderzocht (Putters, 2003). Daaruit blijkt dat de aandacht van ziekenhuizen in de eerste plaats in beslag wordt genomen door personele en financiële problemen. Pas daarna maakt men zich druk om de eigen identiteit of impulsen vanuit de omgeving. Ziekenhuizen concurreren op het binnenhalen van onderzoek, personeel en opleidingen. Dit marktgedrag leidt niet automatisch tot een centralere positie van de patiënt. Ziekenhuizen zijn in het algemeen niet merkbaar sensitiever geworden voor de wensen en behoeften van de patiënten en consumenten, zoals keuzemogelijkheden, bejegening en service.

Individuele ziekenhuizen worden vooral door financiële en personele problemen in beslag genomen

<p>We kunnen bij de ziekenhuizen een drietal strategieën onderscheiden.</p>	<p>Ziekenhuizen volgen verschillende strategieën</p>
<p>1. Fusievorming</p>	
<p>Het aantal algemene ziekenhuizen is door horizontale fusies sterk verminderd. In 1980 waren er nog 231 ziekenhuizen, maar inmiddels is dit aantal teruggelopen tot 137 (Nivel, 2000). Vooral veel categorale en kleine algemene ziekenhuizen zijn niet zelfstandig gebleven. De fusies zijn vooral een gevolg van het beleid van beddenreductie, maar ook imperiumbouw heeft een rol gespeeld.</p>	<p>Veel algemene ziekenhuizen zijn gefuseerd</p>
<p>Het aantal verticale fusies is tot dusver beperkt gebleven. Een enkel algemeen ziekenhuis heeft zijn krachten gebundeld met verpleeg- en verzorgingshuizen (RIVAS-groep) en sommige ziekenhuizen penetreren nu in de eerstelijnszorg (Medisch Centrum Haaglanden). Als marktwerking tot een nieuwe fusiegolf leidt, zal naar verwachting vooral het aantal verticale fusies toenemen.</p>	<p>Sommige ziekenhuizen hebben hun krachten gebundeld met andere instellingen</p>
<p>De academische ziekenhuizen zijn, op enkele fusies met categorale ziekenhuizen na, buiten het fusiegeweld gebleven. Wel zijn deze ziekenhuizen vanaf ongeveer midden jaren negentig met de medische faculteiten gefuseerd.</p>	<p>Academische ziekenhuizen zijn met faculteiten gefuseerd</p>
<p>2. Profilering</p>	
<p>De verschillende categorieën ziekenhuizen streven een eigen profiel na. De academische ziekenhuizen zijn als enige in staat om over de volle breedte van het medisch spectrum invulling te geven aan de combinatie van (complexe) patiëntenzorg met onderzoek en opleiding. Onderling profileren zij zich op onderzoekszwaartepunten (Kesteloot, 2003).</p>	<p>Academische ziekenhuizen bestrijken het hele medisch spectrum</p>
<p>De topklinische en grote algemene ziekenhuizen profileren zich zowel met opleidingen en complexe zorg als met reguliere patiëntenzorg. Zij moeten de bulk van de extra medisch specialisten gaan opleiden (Hoekstra, 2002). Sommige ziekenhuizen ambiëren zelfs een sleutelrol in de nieuwe 1e fase opleidingen (Brabant Medical School en Twente). Een aantal topklinische en categorale ziekenhuizen blinken bovendien uit in enkele complexe patiëntenzorgfuncties en voeren hier nadrukkelijk beleid op. Neurochirurgie en interventieradiologie in het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en hart- en vaatziekten in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein zijn hiervan enkele voorbeelden. Het profiel van deze ziekenhuizen sluit op onderdelen aan op dat van de academische ziekenhuizen. Deze</p>	<p>Grote algemene ziekenhuizen profileren zich op opleidingen en complexe zorgfuncties</p>

topziekenhuizen profileren zich meer met opleidingen en complexe zorg dan met de reguliere patiëntenzorg.

De basisziekenhuizen proberen vooral hun brede palet aan functies te behouden en hebben daarnaast een stevige oriëntatie op de regio (vooral op het platteland). Verbetering van de patiëntenlogistiek is voor hen belangrijk, zoals bijvoorbeeld het Deventer Ziekenhuis en het Maaslandziekenhuis Sittard laten zien. Hun band met de regio leidt er vaak toe dat de lokale bevolking in verzet komt als een basisziekenhuis dreigt te verdwijnen of functies op moet geven.

Basisziekenhuizen richten zich op de regio

Private zorgvormen richten zich vooral op specifieke verrichtingen waarmee ten opzichte van de reguliere zorg meerwaarde te behalen is (korte wachttijden, luxe, aanvullende services etc.).

Privé-klinieken zoeken niches in de markt

3. Concurrentie

Op heel gespecialiseerde gebieden, zoals het kankeronderzoek, bestaat internationale concurrentie (Kesteloot, 2003). Die speelt zich vooral af rond het binnenhalen van gerenommeerd onderzoek en van het binden van topspecialisten. De mogelijkheid om die concurrentiepositie te verstevigen is voornamelijk gekoppeld aan de status van individuele medisch specialisten. Het ondernemerschap is hierdoor sterk bottom-up van aard en komt decentraal tot stand.

Internationale concurrentie om topspecialisten

Verder concurreren ziekenhuizen vooral op de arbeidsmarkt met elkaar. Het wordt steeds moeilijker om voldoende medisch specialisten aan te trekken. De basisziekenhuizen hebben hierbij het probleem dat de continuïteit van de kleine maatschappen makkelijk in gevaar komt als er iemand wegvalt. Zij hebben bovendien moeite om een aantrekkelijk arbeidsklimaat te bieden vanwege de vele diensten en de relatief eenvoudige zorg die daar geleverd wordt.

Ziekenhuizen concurreren vooral op de arbeidsmarkt ...

De topklinische ziekenhuizen hebben een goede concurrentiepositie ten opzichte van zowel de basisziekenhuizen als de academische ziekenhuizen. Zij ontberen de problemen van de basisziekenhuizen en kunnen de specialisten interessant werk bieden op de terreinen van complexe patiëntenzorg, opleidingen en onderzoek. Zij hebben bovendien aanzienlijk betere arbeidsvoorwaarden te bieden dan de academische ziekenhuizen. Veel (jonge) specialisten maken dan ook de overstap van een academisch naar een topklinisch of groot algemeen ziekenhuis. Academische ziekenhuizen zijn daardoor

... waar topklinische ziekenhuizen een sterke concurrentiepositie innemen

steeds meer aangewezen op buitenlandse artsen. De Commissie-Linschoten (2002) heeft becijferd dat er behoefte is aan 200 buitenlandse artsen.

Ziekenhuizen dingen nog niet echt om de gunst van de klant, hoewel ze wel bezig zijn met het verbeteren van de patiëntenlogistiek. Alleen privé-klinieken zijn gedwongen om veel aan vraaggerichtheid te doen omdat dit, naast een snellere behandeling, op dit moment nagenoeg hun enige concurrentiemiddel is. Het beeld bij de ziekenhuizen is wisselend. De grotere algemene ziekenhuizen lijken het verst met vraagsturing te zijn. Zij hebben aan de ene kant voldoende schaalgrootte om extra services en diensten aan te kunnen bieden en hebben aan de andere kant minder hinder van een academische focus die weinig ruimte laat voor dit soort initiatieven. Ook categorale ziekenhuizen slagen er vaak goed in om hun patiëntenlogistiek te optimaliseren. Zij hebben immers minder producten dan algemene ziekenhuizen waardoor de logistiek veel overzichtelijker is.

Ziekenhuizen dingen nog niet om de gunst van de klant

2.4 Conclusies

1. De markt van medisch specialistische zorg is nog steeds een aanbiedermarkt. Dat kan in de nabije toekomst gaan veranderen, als meer onderzoek en behandeling als gevolg van technologische innovaties, onder andere op het gebied van IT, ook buiten het ziekenhuis kunnen worden gedaan. Dan krijgen nieuwe aanbieders een kans omdat de zorg makkelijker kan worden georganiseerd. Voorwaarde is wel dat de overheid haar toelatingsbeleid verruimt. De patiënt krijgt als gevolg daarvan meer keus, wat zijn marktpositie versterkt.
2. Ziekenhuizen richten zich vooral op het sluitend maken van budgetten, het binden van professionals en het binnenhalen van functies en specialismen.
3. De klant met zijn behoeften en wensen speelt in het strategisch denken en handelen van veel ziekenhuizen geen grote rol. De ziekenhuizen zijn er niet van afhankelijk. De noodzaak om er een visie op te hebben is (nog) niet groot.

De medisch specialistische zorg is vooral een aanbiedermarkt

Vooraf het budget en de professionals zijn belangrijk

De klant staat nog niet centraal

3 Marktwerking in de maak

3.1 Inleiding

We gaan in dit hoofdstuk eerst in op twee maatregelen waarmee het kabinet het ontstaan van marktwerking wil bevorderen. Het zijn de afschaffing van de contracteerplicht voor ziekenfondsen en de introductie van diagnose behandel combinaties (DBC's). Uiteraard zijn voor het ontstaan van marktwerking meer maatregelen noodzakelijk, zoals capaciteitsuitbreiding, maar deze twee zijn essentieel. Vervolgens gaan we na hoe de markt zal gaan reageren. We maken onderscheid tussen acute en electieve zorg en vervolgens tussen makkelijk en moeilijk te organiseren zorg.

De overheid wil marktwerking bevorderen

3.2 Afschaffing contracteerverplichting

Een ziekenfonds is nu nog verplicht met elk ziekenhuis en elke erkende instelling in zijn werkgebied een medewerkerovereenkomst aan te gaan. Deze verplichting is ingevoerd vanwege de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Bij planning op basis van behoefte is er in het ideale geval noch te veel, noch te weinig aanbod. De contracteerplicht zorgt ervoor dat de geplande capaciteit ook wordt gebruikt. De contracteerplicht heeft inmiddels ook een functie gekregen in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg. Zij stelt de zorgverzekeraars in staat gezamenlijk met instellingen te onderhandelen, een belangrijk gegeven voor de uitvoering van de functionele budgettering.

De contracteerverplichting voor ziekenfondsen wordt afgeschaft

Met het schrappen van de contracteerverplichting wordt een definitieve stap gezet op weg naar een andere bestuurlijke aanpak. Het is een absolute voorwaarde voor marktwerking omdat de verzekeraars anders gedwongen blijven om het geplande aanbod te contracteren. Dat tast hun onderhandelingspositie aan en belemmert de toetreding van nieuwe aanbieders op de markt. Die zijn dan voor verzekeraars alleen maar interessant als ze veel goedkoper werken dan ziekenhuizen of als reservecapaciteit om wachtlijsten weg te werken.

Dat opent de weg naar individuele contracten

3.3 Invoering DBC's

Ziekenhuizen worden vanaf 1988 via het systeem van functionele budgettering (FB-systematiek) bekostigd. Dat wil

De FB-systematiek ...

zeggen dat onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende soorten kosten: beschikbaarheidskosten, capaciteitsgebonden kosten en productiegebonden kosten. De hoogte van het ziekenhuisbudget is voor een deel afhankelijk van beslissingen van de overheid over de capaciteit van het ziekenhuis en voor een deel van collectieve onderhandelingen in het lokaal overleg over de productie van het ziekenhuis.

Er heerst een brede consensus dat deze wijze van bekostiging aan vervanging of op zijn minst aan een grondige herijking toe is. De kritiek (Maarse et al., 2002; Koopmans et al., 2002) komt erop neer dat de budgettering:

- het verzekeringskarakter van de zorgverzekering heeft uitgehold;
- tarieven oplevert die in geen verhouding staan tot de kosten van de zorgverlening;
- onvoldoende aanzet tot doelmatigheid en zorgvernieuwing;
- niet dwingt tot het inzichtelijk maken van de zorgprestaties;
- onvoldoende rekening houdt met verschillen in zorgzwaarte.

De DBC's zijn de beoogde opvolgers van de functionele budgetten. Volgens de ontwerpers is de kern van het DBC-systeem dat verzekeraars en zorginstellingen decentraal met elkaar contracten sluiten (Koopmans, 2002). Het gaat dus niet in de eerste plaats om de DBC's op zich of om het aantal DBC's. Waar het wel om gaat is, dat het budgetmechanisme wordt vervangen door het prijsmechanisme; dat partijen met elkaar onderhandelen over de prijs van dienstverlening.

DBC's komen ervoor in de plaats

Het kabinet-Balkenende heeft besloten om met de DBC-systematiek te experimenteren (brief 15-11-2002). Het experiment *ruimte voor resultaat* heeft betrekking op 17 DBC's. Deelname aan het experiment is vrijwillig. De verzekeraars onderhandelen gezamenlijk per ziekenhuis. De bedoeling is om na te gaan of:

Het kabinet experimenteert ermee

- de DBC's leiden tot extra productie;
- zorgverzekeraars in staat zijn goede contracten af te sluiten met instellingen;
- partijen ervan leren om te gaan met prestatiegerichte bekostiging en met vrije prijsvorming.

De invoering van DBC's kan, mits dit op zorgvuldige wijze gebeurt, aan het ontstaan van marktwerking bijdragen. De

Uiteindelijk moet dit leiden tot vrije prijsvorming

belangrijkste redenen hiervoor zijn dat de DBC's de kosten beter zichtbaar maken en daardoor zorgen voor een betere transparantie van het zorgproces. Bovendien kunnen instellingen daardoor beter met elkaar worden vergeleken (benchmarken). Een belangrijk neveneffect van de DBC's is bovendien dat de ongunstige financiële uitgangspositie van de zelfstandige behandelcentra ten opzichte van de ziekenhuizen wordt doorbroken. De DBC's kunnen de voorwaarden scheppen voor een volgende stap, namelijk het (gedeeltelijk) vrij laten van de prijsvorming van de medisch specialistische zorg. Voor verdere informatie over de DBC-systematiek verwijzen we naar www.dbc2003.nl.

3.4 Nieuwe dynamiek

We maken op voorhand onderscheid tussen acute zorg en electieve zorg. Electieve zorg is redelijk te plannen en de zorgvraag is niet direct levensbedreigend. Bij acute zorg is het meestal andersom. De beschikbaarheid van voorzieningen en diensten staat dan voorop. Acute zorg moet dus goed gespreid zijn over Nederland, zodat op iedere plek binnen een bepaalde tijd een hulpverlener aanwezig kan zijn en de patiënt binnen een bepaalde tijd door een medisch specialist kan worden geholpen. Die spreiding zal in een stelsel van marktwerking niet automatisch tot stand komen. Marktwerking is daarom voor dit type zorgvraag niet geschikt.

Geen marktwerking voor acute zorg

Makkelijk te organiseren zorg

De dynamiek op de markt voor electieve medisch specialistische zorg is vooral afhankelijk van de vraag of het aanbod makkelijk is te organiseren. Marktwerking zal vooral kunnen ontstaan waar dat het geval is en schaarste ontbreekt.

Marktwerking waar zorg makkelijk kan worden georganiseerd

Van belang voor de te verwachten dynamiek is de voortdurende verschuiving van 'high tech' naar 'low tech' en van 'high care' naar 'low care'. Een cataractoperatie was dertig jaar geleden nog een 'high tech'-ingreep. Inmiddels zijn er geen zware infrastructurele voorzieningen meer voor nodig. Een consequentie hiervan is, dat ziekenhuizen zich voor hun lange termijn strategiebeleid niet onverkort kunnen verlaten op de infrastructuur als sterk punt in hun onderhandelingspositie. Daar staat tegenover dat er steeds weer nieuwe technologieën worden ontwikkeld en steeds weer nieuwe therapieën mogelijk worden. Voor deze nieuwe therapieën kan in de eerste fase van hun levenscyclus een zware technologische infrastructuur

Steeds meer high-tech wordt low-tech

nodig zijn. Dat roept het beeld op van een markt, waarin medisch technische innovaties vanuit topklinische voorzieningen worden ontwikkeld, waarvan sommige na een aantal jaren kunnen worden verspreid naar basis- en dagziekenhuizen.

Deze verschuiving van 'high tech' naar 'low tech' en van 'high care' naar 'low care' zal onder invloed van marktwerking grote consequenties kunnen hebben voor de organisatie van de medisch specialistische zorg. Technologische en farmacologische innovaties maken het in toenemende mate mogelijk dat medisch specialistische zorg ook buiten het ziekenhuis kan worden verleend (NVZ, 2001). Dat geldt nu al voor de beschouwende specialismen en sommige ingrepen binnen snij-dende disciplines. Steeds meer kan daardoor buiten het ziekenhuis

Tabel 3.1 Voorbeelden van ingrepen die stand-alone in privé-klinieken worden uitgevoerd

Specialisme	Ingreep
KNO	Neusschotcorrectie, trommelvliesbuisje, amandelen knippen, operaties aan neusbijholten, antisnurktherapie
Tandheelkunde	Implantaten, kaakchirurgische ingrepen
Gynaecologie/fertiliteit	IVF, abortus
Urologie	Sterilisatie man, prostaatoperaties
Cardiologie	Niet-invasieve behandelingen
Pulmonologie	Niet-invasieve behandelingen
Orthopedie	Kijkoperatie hernia, tennisarmen, enkel- en kruisbanden
Chirurgie	Liesbreuk, navelbreuk, spataderen, maagballon
Cosmetische chirurgie	Diverse ingrepen
Oogheelkunde	Staar, laserbehandelingen

Bron: NVZ, 2001

De verwachting is dat in de nabije toekomst een toenemend aantal verrichtingen stand-alone of in een klein samenwerkingsverband van specialisten buiten de muren van het ziekenhuis kan worden uitgevoerd (NVZ, 2001). Het wordt daardoor voor nieuwe aanbieders veel makkelijker een plaats op de markt te veroveren. De toetredingsdrempels zullen flink lager worden. Ook taakherschikking zal eraan bijdragen dat nieuwe aanbieders sneller en in grotere aantallen op de markt komen (RVZ 2003).

In een marktsituatie zal in principe geen sprake zijn van enige vorm van capaciteitsplanning. Er zal dus niet worden gestuurd op volume, aard en spreiding van het zorgaanbod. Dat heeft tot gevolg dat alle mogelijke vormen van zorgaanbod een kans krijgen. Van (ketens van) grootschalige topklinische voorzieningen tot zelfstandig functionerende éénmansbedrijfjes en alles wat daar tussen zit.

Het zorgaanbod kan daardoor anders worden georganiseerd ...

Er zullen variaties ontstaan op het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB), organisaties die een omvattend pakket aan medisch specialistische zorg aanbieden. Daarnaast zullen medisch specialisten zelf hun zorgaanbod gaan organiseren. We onderscheiden de volgende typen:

... binnen en buiten het ziekenhuis

1. Het GMSB dat zich profileert als topklinische zorg met een R&D-functie en een opleidingsfunctie;
2. Het GMSB dat zich profileert als basis- of perifeer ziekenhuis;
3. Het 'facilitair bedrijf' dat diensten aanbiedt aan overigens zelfstandige (maatschappen van) specialisten;
4. Eén of een beperkt aantal specialisten biedt of bieden een beperkt aantal zorgproducten aan.

Voor makkelijk te organiseren zorg zal zich in een situatie zonder schaarste een 'gewone' consumentenmarkt gaan ontwikkelen, waar patiënten de keus hebben (Van Heurck, 2003). Zorgverzekeraars beschikken op dit deel van de markt over de grootste sturingsmogelijkheden. Zij hebben niet de druk van wachtlijsten achter zich en omdat nieuw zorgaanbod relatief gemakkelijk is te organiseren, kunnen zij nieuwe aanbieders uitdagen tot deze markt toe te treden. De verwachting mag dan ook zijn dat dit marktsegment zich bij uitstek leent voor het ontstaan van marktwerking. Het zorgaanbod zal alle verschijningsvormen hebben die we ook kennen uit andere, 'gewone' consumentenmarkten. Er zullen voorzieningen zijn waar alle mogelijke specialismen alle mogelijke behandelingen zullen aanbieden, er zullen kleinschalige voorzieningen zijn die slechts één of een beperkt aantal specialismen en behandelingen zullen aanbieden en er zullen allerlei tussenvormen zijn.

Er ontstaat een 'gewone' consumentenmarkt ...

Als de vraag groter is dan het aanbod (staaroperaties bijvoorbeeld) is het relatief gemakkelijk om het aanbod aan de vraag aan te passen. Dat kan gebeuren door nieuwe aanbieders op de markt of door een uitbreiding van de capaciteit van reeds aanwezige zorgaanbieders, bijvoorbeeld door een doelmatiger inzet van hun deskundigheid of door uitbreiding van werktijden. Voor grote organisaties kan het problematisch zijn om

... waar nieuw aanbod makkelijk kan worden georganiseerd

tijdelijk op één onderdeel de productie drastisch te verhogen. Veeleer lijkt dat iets te zijn voor kleine, flexibele zorgaanbieders. Bovendien gaat het hierbij om de inkoop van specifieke zorgproducten. Niet om integrale pakketten.

Het lijkt dan ook bij uitstek een onderwerp voor onderhandeling tussen zorgverzekeraars en voorzieningen waar de medisch specialisten het eerste aanspreekpunt vormen. In termen van prototypes: het 'facilitaire bedrijf' en de privé-klinieken. De zorgverzekeraar heeft dan te maken met een ruime markt, waarin hij kan 'shoppen' of kandidaten kan laten offeren voor een contract. Als vervolgens de aanbieders reageren zoals in een 'gewone' markt, zullen vele nieuwe aanbieders toetreden. De vraag is immers groter dan het aanbod en het is de zorgverzekeraars veel waard om de problematische wachttijden op te lossen.

..... en de verzekeraar kan 'shoppen'

Moeilijk te organiseren zorg

Moeilijk te organiseren zorg heeft in veel gevallen een topklinisch of in ieder geval een klinisch karakter. Zij is moeilijk te organiseren omdat er een grote investering of omvangrijke infrastructuur voor nodig is, de zorg complex of multidisciplinair van aard is of de benodigde deskundigheid schaars. Voorbeelden van dit type zorg zijn hoofd-hals oncologie, cariochirurgie en orthopedische chirurgie. Meer dan bij staaroperaties is (intensieve) medische, paramedische en verpleegkundige nazorg nodig. Bovendien is een groter team van hulpverleners nodig voor het uitvoeren van de feitelijke ingrepen. Er zullen zich niet zo gemakkelijk nieuwe aanbieders op dit segment van de markt wagen. Wel is het mogelijk dat ziekenhuizen die niet tot de groep 'topklinische voorzieningen' behoren, zich voor bepaalde specifieke 'high tech- zorg' in de markt zetten. Daardoor gaan ziekenhuizen zich meer van elkaar onderscheiden: topklinische ziekenhuizen, ziekenhuizen die op één specialisme topzorg leveren, maar voor het overige als basisziekenhuis functioneren en tenslotte de ziekenhuizen die zich in de breedte als basisziekenhuis profileren.

Nieuwe aanbieders wagen zich niet makkelijk op dit deel van de markt

Deze ontwikkeling zal niet zo snel kunnen gaan, omdat het tijd kost een topspecialisme op te bouwen. Een mogelijk neven-effect van deze ontwikkeling kan wel zijn dat concurrentie ontstaat op schaarse deskundigheid. Topdeskundigen zullen door ambitieuze ziekenhuizen kunnen worden weggekocht bij andere instellingen.

Op korte termijn is het zorgaanbod in deze markt voor zorgverzekeraars een gegeven. Als de capaciteit achterblijft bij de vraag is het niet ondenkbaar dat zich bij schaarste vanuit het buitenland nieuwe aanbieders op de Nederlandse zorgmarkt zullen melden. We zien in ieder geval wel dat in die situatie een toenemend aantal Nederlanders zich in buitenlandse voorzieningen laat behandelen.

Schaarste kan hier niet makkelijk worden aangevuld

Voor zorgverzekeraars lijkt de volgende strategie mogelijk om in de Nederlandse situatie toch iets van marktwerking in deze deelsector te realiseren. Zorgverzekeraars zouden een kostenvergelijking tussen de verschillende aanbieders kunnen opstellen. Daarvoor kunnen eventueel benchmarkgegevens worden gebruikt (informatie-instrument), maar ook kunnen aan verschillende aanbieders offertes worden gevraagd (stuur-instrument). Voor de langere termijn valt moeilijk in te schatten hoe deze markt zich zal ontwikkelen. Met de toenemende vergrijzing en de toenemende medischtechnologische mogelijkheden, zal ook de vraag naar complexe medisch specialistische behandelingen toe blijven nemen. Het is de vraag in hoeverre het aanbod de vraag zal kunnen blijven volgen.

3.5 Conclusies

1. Marktwerking heeft vooral perspectief op het segment van de makkelijk te organiseren electieve zorg. Het is een deel van de markt dat de komende jaren waarschijnlijk sterk in omvang zal toenemen.
2. Marktwerking is niet geschikt voor acute zorg.
3. Het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf zal verschillende vormen aannemen en concurrentie krijgen van instellingen waarin medisch specialisten zelf hun zorgaanbod organiseren.

Marktwerking voor makkelijk te organiseren electieve zorg...

... maar niet voor acute zorg

4 Het draagvlak voor marktwerking

4.1 Naar nieuwe marktverhoudingen

De veranderingen die de overheid in de nota *Vraag aan bod* voor ogen staan, zijn er op gericht de vraagzijde van de markt te versterken en de zorgaanbieders en de verzekeraars meer ruimte voor eigen beslissingen te geven.

De overheid wil de vraagkant van de markt versterken

Uit een oogpunt van marktwerking zijn de gemakkelijk te organiseren onderdelen van de electieve en chronische zorg het interessantste. Hun aantal zal de komende jaren toenemen, omdat onder invloed van technologische vernieuwing veel behandelingen, waarvoor nu nog de infrastructuur van het ziekenhuis nodig is, straks ook buiten het ziekenhuis kunnen worden verricht.

Makkelijk te organiseren electieve en chronische zorg biedt hiervoor steeds meer mogelijkheden

Voor een groot en in omvang nog toenemend deel van de medisch specialistische zorg is dus marktwerking mogelijk. Daarvoor moet evenwel een omslag gemaakt worden van een aanbieder- naar een vragermarkt. Hoe staan de diverse partijen daar tegenover? Deze vraag geldt zowel de omslag als zodanig, uiteengezet in de nota *Vraag aan bod*, als de specifieke maatregelen waarmee ze gerealiseerd moet worden, namelijk het afschaffen van de contracteerverplichting en de invoering van DBC's.

Wat vinden de betrokken partijen hiervan?

4.2 Vraag aan bod

De politiek

De nota *Vraag aan bod* is door het tweede kabinet-Kok opgesteld. Het kabinet-Balkenende heeft de voorstellen van de nota overgenomen of uitgewerkt. Er is in die zin sprake van continuïteit. Zolang het kabinet-Balkenende demissionair is en een nieuwe formatieronde nog niet is afgerond, is de toekomstige politieke steun voor de voorstellen toch enigermate ongewis. Er zijn drie punten om rekening mee te houden.

De politieke steun is nog ongewis ...

1. De economische situatie is aanmerkelijk verslechterd. Het is daardoor de vraag hoeveel financiële ruimte de gezondheidszorg zal krijgen. Marktwerking en vraagsturing vergen een zekere overcapaciteit (ongeveer 5%). Dat kost ruim bemeten circa 85 miljoen euro per jaar. Onder Paars

...want de economische situatie is zorgelijk ...

2 werd een volumegroei van zo'n 5% toegelaten, zonder dat de wachtlijsten er door verdwenen. Het eerste kabinet-Balkenende heeft zich vastgelegd op 2,5% volumegroei, maar de feitelijke groei ligt daar met 8,8% ruim boven (VWS, 2003). Het kabinet heeft zich wel aan het wegwerken van wachtlijsten gecommitteerd, maar niet aan het creëren van overcapaciteit. Zonder overcapaciteit is er echter geen ruimte voor marktwerking en is de komst van een 'vragermarkt' een illusie.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <p>2. Het is onzeker hoe het met de basisverzekering verder gaat. De politieke steun voor de uitwerking in het Strategisch Akkoord brokkelt af. Het kabinet-Balkenende heeft de invoering van een basisverzekering als een voorwaarde voor de beoogde bestuurlijke vernieuwing neergezet. Als de basisverzekering niet doorgaat kan dat ook consequenties hebben voor de bestuurlijke vernieuwing. Als de basisverzekering wel doorgaat, zal het waarschijnlijk een zelfstandig politiek item worden, dat veel ambtelijke en bestuurlijke aandacht opeist.</p> | <p>... de toekomst van de basisverzekering is onduidelijk....</p> |
| <p>3. Het geloof in de positieve effecten van marktwerking voor de uitvoering van publieke functies neemt af. Dat komt onder andere door de ervaringen met de NS en de energiebedrijven, maar ook door de afgenomen voorbeeldfunctie van het bedrijfsleven. De ondernemer heeft een minder gunstige pers. Dat kan het draagvlak voor marktwerking in de zorg verminderen, zeker in zo'n vitale sector als de medisch specialistische zorg.</p> | <p>... en marktwerking in de publieke sector is niet vanzelfsprekend</p> |

VWS

VWS is de instantie die het moderniseringsproces in de curatieve zorg aanstuurt, maar het kan de daarvoor benodigde maatregelen niet eenzijdig aan de sector opleggen. Gegeven de machtsverhoudingen in de gezondheidszorg zal het andere partijen mee moeten krijgen. Voor alle partijen bieden de veranderingen zowel kansen als risico's, zodat zich op voorhand geen natuurlijk en stabiel bondgenootschap aftekent.

VWS heeft medestanders nodig, maar een stabiel bondgenootschap ontbreekt

Ook binnen het overheidsapparaat, verantwoordelijk voor het creëren van de markt, staan de neuzen niet automatisch dezelfde kant op. Dat geldt voor de ministeries onderling, zoals VWS, Economische Zaken en Financiën, maar ook voor VWS zelf. Door de aanbodregulering te vereenvoudigen geeft VWS macht uit handen, die onder andere berust bij ZBO's als het

Ook in de ambtenarij lopen de belangen uiteen

CTG en het College Bouw. Voor een deel verschuift macht naar toezichthoudende instanties zoals de NMa.

De ziekenhuizen

De ziekenhuizen hebben een sterke positie, zolang en voor zover medisch specialisten hen nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen. Zij hoeven zich pas echt zorgen te maken als de specialisten uit het ziekenhuis vertrekken, bijvoorbeeld omdat zij ook stand-alone kunnen werken. Zolang dat niet het geval is bevindt alleen de overheid zich in de positie om ziekenhuizen tegenspel te bieden. Dat gebeurt nu, doordat de overheid schaarste creëert qua budget, capaciteit en personeel. De voorstellen uit *Vraag aan bod* zullen de ziekenhuizen meer speelruimte geven, zonder dat zij – slecht management daargelaten – voor hun voortbestaan hoeven te vrezen. Zolang er schaarste heerst neemt hun financiële risico zelfs af als zij naar verrichting worden betaald en een kostprijsgerelateerde vergoeding krijgen. Ook als er meer aanbod komt zal er niet meteen een situatie ontstaan waarin ziekenhuizen gaan vechten om hun klanten te behouden. De vraag is immers elastisch, aanbod creëert vraag.

Ziekenhuizen houden een sterke positie ...

De positie van de ziekenhuizen zal principieel veranderen als specialisten ook buiten het ziekenhuis kunnen werken. Dan zal het ziekenhuis zijn best moeten doen om patiënten aan zich te binden. Dat gebeurt dan niet omdat de overheid de positie van de patiënt heeft versterkt, maar omdat de overheid een einde maakt aan de monopoliepositie van het ziekenhuis als medisch specialistisch bedrijf.

... zolang de specialisten in het ziekenhuis blijven werken

De specialisten

De specialisten ontlenen hun positie aan de exclusiviteit van hun kennis en kunde, hun greep op de opleidingscapaciteit, hun hechte organisatie en hun vaste contracten met ziekenhuizen. Als de voorstellen uit *Vraag aan bod* worden uitgevoerd, heeft dat voor uiteenlopende effecten voor individuele specialisten en voor de beroepsgroep in haar geheel.

Voor de specialisten heeft marktwerking uiteenlopende effecten

Het effect voor de individuele specialist is dat zijn professionele autonomie toeneemt en hij wordt beloond naar werken. Naarmate een groter deel van het specialistisch bedrijf ook buiten het ziekenhuis kan worden uitgeoefend, krijgt het ondernemerschap van de specialist een nieuwe dynamiek.

Voor de individuele specialist: professionele autonomie en loon naar werken

De NMa en anderen zullen de specialisten die buiten het ziekenhuis werkzaam zijn, meer en meer aanspreken op hun

Voor de beroepsgroep: tucht van de markt

ondernemerschap. Onderlinge afspraken, deals met de overheid, afbakening van professionele grenzen: zij zullen kritisch worden getoetst. Met andere woorden: de macht van de specialist als beroepsgroep wordt door marktwerking bedreigd. Taakherschikking met andere beroepsbeoefenaren en vrij verkeer van diensten in Europa dragen daar verder aan bij. De specialisten worden met het dilemma geconfronteerd dat zij individueel bij marktwerking te winnen hebben, maar als groep te verliezen.

De verzekeraars

Voor particuliere verzekeraars lijkt elke verandering in de status-quo een achteruitgang. Bij de komst van een basisverzekering zullen ze binnen een sociaal kader moeten gaan functioneren, waarin ze met meer regels en meer met de overheid te maken krijgen dan nu. Waarschijnlijk hebben ze daar geen trek in. Tot nu toe profileren particuliere zorgverzekeraars zich nauwelijks op de zorgmarkt, omdat zij de door hun verzekerden gemaakte kosten restitueren. Het zelfstandig afsluiten van zorgcontracten is voor hen een nieuwe activiteit, die vanwege hun landelijk werkgebied een grote investering vergt.

Particuliere verzekeraars gaan erop achteruit

Voor ziekenfondsen biedt het moderniseringsbeleid eerder een kans op meer bewegingsvrijheid dan een risico op inperking. Omdat ziekenfondsen wel meer risico gaan lopen, zullen ze zich in hun gedrag waarschijnlijk meer gaan spiegelen aan de particuliere verzekeraars. De rol van regisseur die hen vanuit het publieke domein wordt toegedacht, zal dan waarschijnlijk ondergeschikt worden gemaakt aan die van risicodragend ondernemer. Waarschijnlijk zal de rol van regisseur heel verschillend worden ingevuld. Enerzijds ziekenfondsen met een sterke positie in de regio, die heel actief zorg inkopen met aandacht voor de preferenties van hun verzekerden. Anderzijds landelijk werkende verzekeraars die eerder zullen overgaan op een restitutiesysteem.

Ziekenfondsen krijgen nieuwe kansen

De patiënten

Patiënten gaan er op vooruit als de wachtlijsten verdwijnen en als ze in een reële onderhandelingspositie tegenover zorgaanbieders komen te staan. De vervulling van deze wensen hangt uiteindelijk meer af van extra aanbod en een grotere diversiteit in het aanbod bijvoorbeeld door taakherschikking dan van veranderingen in het bestuur van de gezondheidszorg of in het verzekeringsstelsel.

Patiënten hebben baat bij marktwerking als de schaarste verdwijnt

Patiënten kunnen ook in een situatie van schaarste wel baat hebben bij een meer op de patiënt gerichte organisatie van de zorg. De voorstellen in *Vraag aan bod* zijn daar ook op gericht. In het goede geval zal versoepeling van het aanbodregime daarvoor de mogelijkheden scheppen. In het slechte geval creëert de overheid, als zij in een situatie van schaarste haar greep op de aanbieders loslaat of laat verslappen, een echte aanbiedermarkt, waarin de countervailing power van de overheid ontbreekt zonder dat er enige garantie is dat de verzekeraars die gaan uitoefenen. De kans is aanwezig dat de patiënten dan slechter af zijn.

Als de schaarste blijft zijn ze met marktwerking slechter af

De werkgevers

Werkgevers nemen gemiddeld de helft van de financiering van de gezondheidszorg voor hun rekening. Dat geeft hen belang bij de kostenontwikkeling. De vraag is hoe ze daar invloed op kunnen uitoefenen. De collectieve contracten die werkgevers met zorgverzekeraars sluiten, bieden daarvoor een handvat. Te verwachten is dat werkgevers zich in toenemende mate als vragers op de zorgmarkt zullen gaan gedragen en verzekeraars voor hun kar zullen gaan spannen. Daarbij moet worden bedacht dat een groot deel van de polissen bestaat uit collectieve contracten. Een individuele burger zal wellicht pas bij een relatief groot verschil in nominale verzekeringspremie wisselen van zorgverzekeraar, maar een werkgever met honderden of mogelijk duizenden collectief verzekerde medewerkers (en aanhang) zal voor de kleinste mogelijke prijsverschillen al gevoelig kunnen zijn.

De werkgevers krijgen een sterkere positie ...

Werkgevers beïnvloeden nog op een andere wijze het functioneren van zorgverzekeraars. Zij wensen een optimale toegankelijkheid van de zorg voor hun werknemers, zowel voor de reguliere zorg (voorrangszorg) als voor arbeidsgerelateerde zorg (deels in het 3^e compartiment, psychosociale zorg, rugadviescentra). Zorgverzekeraars spelen op de wensen van de werkgevers in met gegarandeerde toegangstijden en zij bieden collectieve contracten aan tegen aantrekkelijke voorwaarden. Mede hierdoor is een groeiende particuliere markt aan het ontstaan. Hoewel deze naar verhouding nog beperkt van omvang is, kan zij wel als katalysator voor veranderingen dienen.

... en kunnen daardoor voor veranderingen zorgen

De financiers

Commerciële investeerders en financiers willen een goed rendement op hun investering. De hoogte van dit vereiste rendement is afhankelijk van het risico dat de financier loopt.

Commerciële investeerders en financiers hebben belang bij marktwerking

Financiële instellingen verdienen hun geld door dit risico goed in te schatten. De consequentie hiervan is dat er zonder een zeker risico ook maar weinig rendement mogelijk is. Deze instellingen hebben dus belang bij meer marktwerking omdat dit het risico en dus de mogelijkheden op een beter rendement doet toenemen. Tegelijkertijd probeert men de zekerheid te krijgen dat de geleende hoofdsom ook daadwerkelijk wordt terugbetaald. Dit leidt tot een roep om allerlei waarborgen (garantiestellingen, solvabiliteit, afschrijvingstermijnen, niveau management etc.).

Niet alle (potentiële) investeerders in de zorg hebben echter primair een commerciële doelstelling. Investeerders kunnen zich immers ook bevinden onder de institutionele beleggers en instellingen zoals de Bank Nederlandse Gemeenten of de Waterbank. Dit soort instellingen kan juist enigszins kopschuw worden om in de zorg te investeren omdat een minimaal risico hier statutair veelal zwaarder weegt dan de mogelijkheid van een goed rendement.

Voor investeerders zonder winstoogmerk is marktwerking minder aantrekkelijk

Conclusie

Het draagvlak voor de plannen van *Vraag aan bod* is niet robuust. Er is steun in het kabinet en in het ambtelijk apparaat, maar het is niet duidelijk hoe sterk en bestendig die is. Verder bestaat het draagvlak uit regionale verzekeraars, een deel van de ziekenhuizen en medisch specialisten.

Het draagvlak voor marktwerking is niet robuust

4.3 Opheffen contracteerverplichting

De contracteerverplichting moet van tafel om de verzekeraars in staat te stellen selectief met zorgaanbieders te contracteren. Omdat de contracteerplicht tien jaar geleden zonder veel problemen voor de vrije beroepsbeoefenaren is afgeschaft, lijkt er geen principiële reden om te vermoeden dat dit voor de intramurale instellingen niet zou kunnen. Dat wil niet zeggen dat er geen problemen te verwachten zijn. We noemen er twee.

De contracteerverplichting kan verdwijnen, maar ...

1. Lokaal overleg

In het lokaal overleg tussen de instelling en de verzekeraars worden veel afspraken gemaakt. Op grond van de mededingingswetgeving mag dat alleen nog maar als er een wettelijke verplichting aan ten grondslag ligt. Als die vanwege het opheffen van de contracteerverplichting vervalt, is het lokaal overleg niet meer mogelijk en moeten dergelijke kwesties anders worden geregeld.

... dan vervalt het lokaal overleg ...

2. Transactiekosten

De afschaffing van de contracteerplicht zal tot een aanzienlijke stijging van de transactiekosten leiden. Ziekenfondsen moeten individueel met ziekenhuizen gaan onderhandelen. Ziekenfondsen zouden daarom wel eens kunnen besluiten om geen contracten meer te sluiten met de instellingen buiten hun kernregio's. Daardoor zou de toegankelijkheid van de zorg voor de zogenoemde verre verzekerden in gevaar komen en dat staat op gespannen voet met de materiële bedoeling van de acceptatieplicht. De landelijke werking van de verzekeringsmarkt zou hierdoor eveneens worden aangetast.

... en nemen de transactiekosten toe

De direct betrokken partijen staan in beginsel positief tegenover het opheffen van de contracteerverplichting. Ze stellen wel een aantal eisen, die erop zijn gericht hun risico's te beperken. Zo willen de ziekenhuizen geen machtig ziekenfonds tegenover zich hebben en willen de ziekenfondsen niet alleen formeel maar ook feitelijk een betere onderhandelingspositie.

Er is draagvlak voor de maatregel, maar ...

De belangrijkste conditie die de betrokkenen stellen aan het loslaten van de contracteerverplichting is de aanwezigheid van voldoende aanbod. Zoals eerder gezegd is daar, als we uitgaan van de bouwkosten en instandhoudingsinvesteringen circa 85 miljoen euro per jaar mee gemoeid. Een tweede conditie is de vervanging van de FB-systematiek door DBC's. Daarnaast stellen alle partijen aanvullende condities, die geen van alle een blokkade vormen, maar de invoering wel kunnen vertragen.

... alleen als er snel meer aanbod komt

4.4 DBC's

Door de invoering van DBC's verandert de besluitvorming over de bekostiging van ziekenhuizen. De besluitvorming wordt gedecentraliseerd. De bekostiging krijgt een openeindkarakter en wordt gekoppeld aan de geleverde productie. Vraag en aanbod onderhandelen over de prijs van DBC's waardoor het prijsmechanisme gaat werken en dus marktwerking op gang wordt gebracht.

Decentrale besluitvorming is de kern van het DBC-systeem

Zoals uit de beschikbare informatie over DBC's blijkt is het een ingewikkeld en nog niet geheel uitgekristalliseerd systeem. Als het in één keer en in zijn geheel zou moeten worden ingevoerd, zoals in 2004 zou moeten gebeuren, zou die operatie wel eens vanwege haar complexiteit kunnen mislukken. Het ligt niet voor de hand om dat te doen.

Integrale invoering op één moment is riskant

Er zijn daarentegen een paar redenen om DBC's geleidelijk en niet voor het hele terrein van de medisch specialistische zorg in te voeren.

1. DBC's zijn ontworpen om er reële prijsonderhandelingen mee te kunnen voeren in situaties waar marktwerking mogelijk is. In theorie gaat het om een groot deel van de medisch specialistische zorg, in de praktijk alleen om verrichtingen die behalve bij het reguliere zorgaanbod ook bij bijvoorbeeld privé-praktijken en -klinieken of bij buitenlandse klinieken kunnen worden ingekocht. Naarmate de mogelijkheden om te concurreren toenemen, kunnen meer DBC's worden ingevoerd.
2. Partijen moeten leren om met DBC's te werken. Dat geldt in de eerste plaats voor de direct betrokken partijen, maar ook voor bijvoorbeeld VWS en het CTG. De ziekenhuizen moeten de relatieve zekerheid en voorspelbaarheid van het budgetsysteem inwisselen voor een systeem met meer kansen en risico's. Niet alleen de financiële administratie, maar de hele bedrijfscultuur moet veranderen. De zorgverzekeraars moeten meer werk maken van de zorginkoop. Ook van hen vergt dat een investering. Het is dan belangrijk om op beperkte schaal te beginnen en te merken dat er wat te onderhandelen valt.
3. Marktwerking is niet voor het gehele terrein van de medisch specialistische zorg mogelijk of gewenst. Dat brengt met zich mee dat ziekenhuizen in de toekomst behalve via DBC's ook nog op andere manieren worden bekostigd.

Geleidelijke en gedeeltelijke invoering ligt meer voor de hand ...

... want marktwerking is nog maar in een deel van de sector mogelijk

... partijen moeten nog ervaring opdoen met DBC's

... en marktwerking is niet voor de hele sector geschikt

Verder is het om verschillende redenen belangrijk dat het CTG tijdens de overgangsfase betrokken is bij de invoering en verdere vormgeving van de DBC-systematiek.

1. De economische situatie laat niet toe dat de prijzen van medische verrichtingen uit de hand lopen. De introductie van marktwerking zal op dit punt altijd met enige risico's gepaard gaan. Het reguliere aanbod is krap en het risico bestaat daarom dat instellingen lokaal of regionaal in staat zullen zijn de prijs naar hun hand te zetten. Het moet dan mogelijk zijn om in te grijpen. Ook moet rekening worden gehouden met de situatie dat instellingen niet over DBC's willen onderhandelen, maar zelf de prijs van hun diensten willen vaststellen. Dan moet er een instantie zijn, die toezicht houdt en de consument kan beschermen.
2. Bij een geleidelijke invoering van DBC's zal de bestaande FB-systematiek niet worden afgeschaft maar uitgehold. Het is denkbaar dat het CTG zich dan uitsluitend bezig zal

Het CTG moet bij de DBC-ontwikkeling worden betrokken om ...

... toezicht op de prijsontwikkeling te houden

... de samenloop met de FB-systematiek in goede banen te leiden

houden met het onderhoud van het steeds kleiner worden de FB-systeem, maar voor de hand ligt dat niet. Als beide systemen geruime tijd naast elkaar zullen functioneren, zullen ze immers onderling verweven raken. Het is bijna onvermijdelijk dat dit rond de vergoeding van de vaste kosten van het ziekenhuis zal gebeuren. Idealiter worden de DBC's op basis van integrale kosten vastgesteld, omdat anders (de financiering van) de capaciteit niet door de markt zal worden bepaald. Maar als de financiering van het ziekenhuis slechts gedeeltelijk via DBC's verloopt, zullen de vaste kosten versleuteld moeten worden over de DBC's en de andere bekostigingssystemen. Het CTG zal daarover moeten meebeslissen.

3. Het DBC-systeem is kwetsbaar. Het is ingewikkeld en allerlei deelbelangen spelen in de implementatie een rol. De honoreringsproblematiek van de medisch specialisten is daar een voorbeeld van. Het toch al zo ingewikkelde systeem heeft de neiging om daardoor steeds complexer te worden. Zo is de Nederlandse DBC-variant al een stuk ingewikkelder dan de internationaal gangbare DRG's. Er kan een moment komen dat implementatie hierdoor technisch eigenlijk niet meer goed mogelijk is, bijvoorbeeld omdat het systeem niet meer adequaat te onderhouden valt. Juist op het punt van techniek – het aantal DBC's, de omschrijving van de prestaties, het model van kostprijsberekening, de methodiek om de DBC's up-to-date te houden – kan ondersteuning door een deskundig bureau als dat van het CTG noodzakelijk blijken. Het is zaak de DBC-systematiek zo simpel mogelijk te houden. De veldpartijen willen het CTG liefst buiten de DBC-systematiek houden om vrijheid van handelen te houden, maar dat lijkt uit een oogpunt van algemeen belang niet goed te verantwoorden. Het CTG moet dan marktwerking en ondernemerschap wel ondersteunen.

... en het DBC-systeem minder kwetsbaar te maken

Het krachtenveld rond de DBC's is zichtbaar geworden in de reacties van partijen op de versnelde invoering van een aantal DBC's door ex-minister Bomhoff. Allereerst de verbazing over het initiatief, dat de partijen kennelijk niet van de overheid hadden verwacht. De medisch specialisten lieten ten behoeve van het experiment hun eis van een uniform uurtarief vallen, maar legden die weer op tafel toen Bomhoff uit het kabinet stapte. De ziekenhuizen stonden niet te trappelen om aan het experiment deel te nemen. Het waren individuele koplopers die zich aanmelden. Hetzelfde geldt voor de verzekeraars, waar

Het experiment van Bomhoff biedt zicht op het krachtenveld

regionale verzekeraars het voortouw namen. De gezamenlijke verzekeraars spraken af om collectief over de DBC's te gaan onderhandelen. Het CTG stelde voorwaarden aan het experiment, die waren gericht op inpasbaarheid in het bestaande WTG-beleid (CTG, november 2002). Minister De Geus besloot het experiment voorlopig tot 2003 te beperken (VWS, november 2002). Deelname gebeurt op vrijwillige basis. De verzekeraars maken collectief afspraken met individuele ziekenhuizen. De resultaten van het experiment zullen een rol spelen bij de verdere aanpak van de beoogde integrale invoering van DBC's. De besluitvorming hierover wordt overgelaten aan het volgende kabinet.

4.5 Conclusies

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Het draagvlak voor contracteervrijheid en werken met DBC's is niet stevig. In het veld bestaat het vooral uit regionale zorgverzekeraars en individuele ondernemende ziekenhuizen en specialisten. Het CTG en het College Bouw stellen zich afwachtend op. Het initiatief en persoonlijk commitment van de bewindspersoon is nodig voor de voortgang van het proces.</p> | <p>Iedereen aarzelt om de eerste stappen te zetten ...</p> |
| <p>2. Voor het ontstaan van een vragersmarkt is de aanwezigheid van een geringe overcapaciteit cruciaal. Deze is op het ogenblik hoofdzakelijk aanwezig waar een beroep op buitenlands aanbod kan worden gedaan. Toetreding van nieuwe aanbieders is alleen te verwachten in deelmarkten waar aanbod makkelijk is te realiseren. Of daarvoor de financiële middelen beschikbaar worden gesteld (althans uit de collectieve middelen) is ongewis.</p> | <p>... want is er wel voldoende capaciteit om concurrentie mogelijk te maken?</p> |
| <p>3. De overgang van de functionele budgettering naar het werken met DBC's is om verschillende redenen complex. Partijen stellen uiteenlopende voorwaarden, de techniek van het systeem zelf is ingewikkeld, maar de overgang is ook complex doordat functionele budgettering en DBC's geruime tijd naast elkaar zullen worden toegepast.</p> | <p>... is de invoering van DBC's niet te complex?</p> |
| <p>4. Weliswaar zullen de maatregelen de positie van de verzekeraars versterken, maar ook die van de aanbieders. Er is een sterke marktmeester nodig. Patiënten zullen meer keuzemogelijkheden moeten krijgen. Pas dan kunnen ze met hun voeten stemmen.</p> | <p>... is er wel voldoende countervailing power?</p> |
| <p>5. De sleutel tot het in gang zetten van marktwerking is een selectieve invoering van DBC's op die onderdelen waar de markt ook nu al kan werken, namelijk de makkelijk te organiseren electieve en chronische zorg.</p> | <p>Starten waar marktwerking nu al mogelijk is!</p> |

5 Waarborgen voor publieke belangen

5.1 Publieke belangen

Marktwerking is geen doel op zichzelf. De doelen zijn een betere afstemming van de zorg op de behoeften van de patiënt, meer innovatief vermogen en een grotere doelmatigheid. We verwachten dat deze doelen dichterbij zullen komen als gevolg van de hiervoor besproken maatregelen.

Marktwerking biedt kansen

Er zijn echter onderdelen en functies van de medisch specialistische zorg die in een situatie van marktwerking niet goed gedijen, maar vanwege hun publiek belang wel beschikbaar moeten blijven. De redenen zijn bijvoorbeeld hoge (opstart) kosten, onvoldoende vraag, of externe effecten die niet in de prijs kunnen worden doorberekend.

Een aantal functies loopt risico

De Raad gaat op vijf probleemgebieden nader in. Het zijn de topreferente zorg, de topklinische zorg, de medische vervolgopleidingen, de onderzoek- en ontwikkelfunctie (R&D) en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van basiszorg.

Deze komen hieronder aan de orde

Topreferente zorg

Topreferente zorg (Jeurissen, 2003) komt bij marktwerking onder druk te staan. Het probleem is namelijk dat het om complexe en dure zorg gaat, die meestal ook nog weinig voorkomt. De kosten van topreferente zorg zullen aanzienlijk boven het gemiddelde van de kosten van de betreffende DBC liggen. Scherp inkopende verzekeraars zullen deze zorg daarvoor onder budgettaire druk zetten.

Topreferente zorg is complex, duur en schaars

De academische ziekenhuizen betalen de extra kosten van topreferente zorg uit het academisch zorgbudget, waar de betrokken partijen geen risico door lopen. Daarnaast blijft topreferente zorg op niveau doordat de betrokken beroepsgroepen dat willen en via zelfregulering eventuele problemen oplossen. Topklinische ziekenhuizen betalen de extra kosten van topreferente verrichtingen uit eigen middelen en met behulp van een schaalgroottetoeslag.

Het wordt nu betaald uit het academisch zorgbudget en uit kruissubsidies

Bij invoering van marktwerking zal er voor de bekostiging van topreferente zorg een oplossing moeten komen.

Voor de bekostiging moet een oplossing komen

Topklinische zorg

Topklinische zorg is de zorg die onder de WBMV valt. Met deze wet worden bepaalde ontwikkelingen gestimuleerd, geconcentreerd of afgeremd. Men doet dit meestal om de doelmatigheid of de kwaliteit van de zorg te bevorderen, maar duidelijke criteria voor toepassing van de wet ontbreken (Rosendal et al., 2001). De wetgever beslist uiteindelijk wat topklinische zorg is. Voorbeelden van topklinische verrichtingen zijn de transplantatiegeneeskunde, hartchirurgie, IVF en neonatale IC.

Topklinische zorg wordt door de overheid aangestuurd ...

Tabel 5.1 Percentage topklinische zorg dat wordt geleverd in de academische ziekenhuizen

	1999	2000	2001
Hartoperaties	48,8%	48,2%	47,75%
PTCA	50,0%	51,0%	51,4%
IVF	69,5%	69,0%	70,1%
Neonatologie	83,1%	83,1%	80,2%
Neurochirurgie			62,4%
Aids opname	46,7%	34,9%	50,9%
Transplantaties	100,0%	100,0%	100,0%
Aicd	80,7%	73,2%	68,3%
Catheterablaties	57,1%	57,1%	54,2%
BMT allogeen	100,0%	100,0%	100%
AML beenmerg	71,4%	60,7%	70,6%
Klinische genetica	100,0%	100,0%	100,0%
Lineaire versnellers	65,9%	66,6%	64,5%

Bron: CTG, bewerkt door deRVZ, 2002

Voor topklinische zorg geldt hetzelfde probleem als voor topreferente zorg: het is complex en duur. De WBMV biedt een goede bescherming tegen de problemen van een ongunstige case-mix die kan optreden bij marktwerking. WBMV-verrichtingen zijn populair omdat ze zowel geld als status opleveren. Bovendien bevat de WBMV een stimuleringsregeling waarmee extra geld aan nader te bepalen ontwikkelingen kan worden gegeven.

De WBMV biedt een wettelijk kader ...

Toenemende marktwerking kan leiden tot een groter beroep op de WBMV. De WBMV komt nadrukkelijk in beeld als bescherming voor topreferente zorg en andere functies die moeilijk te vermarkten zijn. Een van de achtergrondstudies bij dit advies (Brummelman, 2003) toont dit bijvoorbeeld aan voor hoofd-halsoncologie.

... dat bij marktwerking nodig blijft

Opleidingen

De huidige schaarste aan medisch specialisten verstoort een gezonde marktwerking. Goede en voldoende opleidingsplaatsen zijn van groot maatschappelijk belang, maar komen op een vrije markt niet altijd automatisch tot stand. De academische ziekenhuizen vervullen van oudsher het grootste deel van de medische opleidingen en worden hier ook specifiek voor betaald. Er komt echter steeds meer verandering in deze dominantie. De algemene opleidingsziekenhuizen worden steeds belangrijker en de noodzakelijke uitbreiding van de opleidingscapaciteit kan onmogelijk alleen binnen de acht academische ziekenhuizen worden gerealiseerd (NVZ 2003).

Academische en topklinische ziekenhuizen bieden nu opleidingscapaciteit

Tabel 5.2 Aantallen opleidingsplaatsen

	AGIO's	
	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen
1992	1463 (61%)	932 (39%)
1995	1659 (61%)	1052 (39%)
2001	2054 (57%)	1544 (43%)

Bron: Prismant, 2002

Het budget van topklinische ziekenhuizen is echter veel minder dan dat van de academische ziekenhuizen berekend op deze rol (Hoekstra, 2002). Er is sprake van een marginale financiering via kruissubsidiëring vanuit de patiëntenzorg en een aantal budgetparameters. De verwachting is bovendien dat de productiviteit van de specialisten in opleiding door de plannen rondom het medisch opleidingscontinuüm zal dalen. Dit zet de financiering van de opleidingsfunctie verder onder druk.

Het budget van topklinische ziekenhuizen is er onvoldoende op berekend

De beschikbaarheid van voldoende medisch specialisten is een essentiële voorwaarde voor succesvolle marktwerking. Er moet dan ook voor worden gewaakt dat de met het publieke belang sporende ambities van de 'teaching hospitals' in de kiem worden gesmoord omdat marktwerking tot een andere prioriteitenstelling dwingt. Risico's kunnen worden voorkomen door de financiering van de vervolgopleidingen buiten de DBC-systeematiek te houden, de vergoedingen voor de opleidingsplaatsen centraal vast te stellen en criteria te ontwikkelen voor een goede allocatie van deze gelden en de opleidingsplaatsen.

Daardoor loopt de opleidingscapaciteit risico

Onderzoek en ontwikkeling

Onderzoek en ontwikkeling is een kerntaak van de academische ziekenhuizen en de VAZ schat dat haar leden circa 5% van het budget hieraan uitgeven. De precieze omvang is echter niet duidelijk, want deze kosten worden zowel uit eigen middelen als uit het academisch budget gefinancierd. De activiteiten van de algemene ziekenhuizen op dit gebied zijn veel beperkter en hebben doorgaans ook een ander niveau. De natuurlijke dominantie van de academische ziekenhuizen is verder versterkt doordat zij met de verschillende medische faculteiten zijn geïntegreerd.

De academische ziekenhuizen zien dit als een kerntaak ...

Er is een goede onderzoeksomgeving ontstaan door de combinatie van academische concurrentie en een zekere centrale coördinatie van de kennis- en onderzoeksfuncties. Marktwerking draagt bij aan innovatie, maar kan fundamenteel onderzoek belemmeren. Dit is vooral het geval als er voor de eindresultaten geen interessante markt bestaat.

...die bij marktwerking in het gedrang komt

Onderzoek en ontwikkeling heeft op dit moment een beperkte eigen financiering. Er is sprake van sponsoring door derden, kruissubsidiëring en enkele lumpsum budgetten (werkplaatsfunctie/academisch budget). Op de markt voor derde geldstroomonderzoek kunnen instellingen volop concurreren en geld aantrekken. Het verdient overweging om daarnaast een R&D budget te creëren, dat de lumpsum budgetten kan vervangen.

Een apart R&D-budget verdient aanbeveling

Beschik- en bereikbaarheid

Er zijn in Nederland geen duidelijke richtlijnen voor de bereikbaarheid van medisch specialistische zorg. De NVZ en het IPO zijn wel met de ontwikkeling hiervan bezig, zoals blijkt uit hun *Referentiekader spreiding curatieve zorg*. Men is het er over eens dat elke burger binnen afzienbare tijd in een basisziekenhuis

Richtlijnen voor bereikbaarheid ontbreken

moet kunnen zijn. Dit kan echter een probleem vormen in dunbevolkte regio's.

Ziekenhuizen hebben veel vaste kosten en ze zullen dus proberen om een hoog bezettingspercentage te realiseren om de integrale kosten zo laag mogelijk te houden. Deze hoge bezettingspercentages zijn in dunbevolkte regio's niet altijd mogelijk. Weliswaar hebben ziekenhuizen in zo'n regio meestal een monopoliepositie waardoor ze extra kosten tot op zekere hoogte op de patiënten kunnen afwentelen, maar het is nog onduidelijk in hoeverre dit maatschappelijk aanvaardbaar is. Het alternatief is dat bepaalde gebieden zonder basiszorg kunnen komen te zitten. In dat laatste geval ontstaat er een taak voor de overheid.

Gebieden kunnen zonder basiszorg komen te zitten

5.2 Waarborgen

Publieke belangen in de medisch specialistische zorg worden vooral gewaarborgd door zelfregulering gecombineerd met aanvullende wet- en regelgeving. Als medisch specialisten problemen signaleren proberen ze deze in eerste instantie zelf op te lossen door bijvoorbeeld afspraken te maken over verwijzing en concentratie van behandelingen. Een goed voorbeeld hiervan biedt de zorg voor patiënten met een hoofd-hals-tumor (Brummelman, 2003). De specialisten kunnen werkafspraken over de behandeling van deze patiënten maken doordat de (academische) ziekenhuizen over lumpsum budgetten beschikken, waaruit de extra kosten voor deze groep patiënten kunnen worden betaald. Bovendien genereren deze activiteiten status en aanzien. De professionele waarden en normen waarborgen dus tot op zekere hoogte dat deze zorg wordt verleend, ook al staat er onvoldoende vergoeding tegenover.

Publieke belangen worden nu vooral via zelfregulering gewaarborgd

Dergelijke zelfregulering maakt het mogelijk dat de wet- en regelgeving slechts beperkt als borgingsinstrument hoeft te worden ingezet. Meer marktwerking zet dit mechanisme van zelfregulering echter onder druk. Dit betekent dat het bestaande borgingsinstrumentarium anders moet worden toegepast, namelijk met een sterkere en systematischer inzet van wet- en regelgeving. Dat wil zeggen:

- wetgeving die het kader biedt voor bestuurlijke beslissingen;
- specifieke budgetten, die los staan van de DBC-systematiek;

Bij marktwerking zal de overheid meer waarborgen moeten stellen

- handhaving van de contracteerplicht voor de te waarborgen zorgfuncties.

De bestaande borgingsmechanismen zijn voor de academische ziekenhuizen veel beter geregeld dan voor de topklinische ziekenhuizen. De topklinische ziekenhuizen zijn echter onontbeerlijk voor een goede uitvoering van de (toekomstige) opleidingsfuncties en voor de uitvoering van complexe zorg. Bij deze ziekenhuizen bestaat bij meer marktwerking dan ook het grootste risico voor aantasting van het publieke belang. Wij stellen drie maatregelen voor:

1. ombouw van de schaalgroottetoeslag tot een case-mix-toeslag;
2. een aparte financiering van de opleidingsfunctie;
3. verbreding van het domein van de WBMV.

Vooraf de positie van de grote algemene ziekenhuizen vergt aandacht

Bij de uitoefening van bijzondere functies ontstaat in de regel een moment dat besloten moet worden wie deze functies mag uitvoeren en waar eventueel extra capaciteit kan komen. Dergelijke beslissingen werken in de regel lang door. Via aanbesteding en benchmarking is in deze situaties ook op de markt van topzorg en opleidingen een zekere dynamiek mogelijk. Het is overigens niet ondenkbaar dat aanbestedingsprocessen mislukken. De ervaring leert dat inschrijvers hun gedrag onderling kunnen afstemmen en dat de aanbesteder niet altijd over voldoende kennis bezit om de offertes goed te kunnen beoordelen. Toch is hier ook sprake van een kans. De overheid en haar vertegenwoordigers zullen moeten investeren in het proces van gunning van deze functies.

Investeer meer in aanbesteding en benchmarking

6 Antwoorden en aanbevelingen

Het draagvlak voor het moderniseringsbeleid in de curatieve sector is minder stevig dan het lijkt. Dat komt onder andere vanwege de extra kosten die het beleid meebrengt bij een stagnerende economische groei, de onzekerheid over het doorgaan van de stelselwijziging en de toegenomen twijfel of marktwerking wel geschikt is voor de uitvoering van publieke functies. Toch is de RVZ om de volgende redenen van mening dat het moderniseringsbeleid de voorkeur verdient boven handhaving van het huidige beleid van aanbodregulering.

1. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg blijven achter. De oorzaak ligt bij de bureaucratie die door de aanbodregulering wordt gecreëerd. Het is een publiek belang dat daar verandering in komt. ... om de bureaucratie terug te kunnen dringen
2. De organisatie van de zorg moet worden aangepast aan de behoeften van een ouder wordende bevolking met chronische aandoeningen. Technologie en taakverschuiving maken dat mogelijk, maar dan moet het stelsel deze veranderingen ondersteunen in plaats van tegenwerken. ... om toekomstige uitdagingen aan te kunnen
3. Door het herstel van het verzekeringskarakter van de ziekenfondsverzekering en de AWBZ is kostenbeheersing door middel van taakstellende budgetten niet meer mogelijk. Het groeitempo van de zorguitgaven is gestegen van 2,4% naar 8,8% per jaar. Het is geen optie om het verzekeringskarakter opnieuw aan te tasten. Daar is geen draagvlak voor en de rechter zal het niet accepteren. Het is beter aan de vraagkant prikkels voor kostenbeheersing in te bouwen. ... om de kosten te kunnen beheersen

Meer competitie en meer marktwerking betekenen niet dat de medische zorg zonder meer wordt overgelaten aan de markt. In de eerste plaats omdat de toegang tot de medische zorg door het verzekeringsstelsel wordt gegarandeerd. In de tweede plaats omdat publieke specifieke functies zoals acute zorg, opleidingen, research en onderzoek en superspecialistische zorg door wet- en regelgeving blijven beschermd. In de derde plaats omdat voor de toepassing van contracteervrijheid en DBC's een natuurlijk ingroei- en leerproces mogelijk is. Dat biedt de mogelijkheid om bij te sturen.

Een verantwoorde invoering is mogelijk

Wij bevelen u aan in het begin van de komende regeerperiode - zo mogelijk reeds tijdens de kabinetsformatie – politieke overeenstemming te bereiken over voortzetting van het moderniseringsproces. Stabiele politieke steun is van cruciaal belang omdat het moderniseringsproces meerdere jaren zal vergen.

Aanbeveling 1

Vraag 1

Wat is een goede invoeringsstrategie bij het introduceren van meer vrijheid voor prijs-, volume-, capaciteits- en kwaliteitsafspraken voor verzekeraar en zorgaanbieder om vraag en aanbod van zorg op elkaar af te stemmen?

Het is gewenst om in de praktijk met DBC's ervaring op te doen en ermee te leren werken. Daarom bepleiten we een gefaseerde invoering. De invoering van DBC's moet geen papieren exercitie zijn, maar echt tot marktwerking leiden. Over de prijs van de DBC's moet onderhandeld kunnen worden en er moet ruimte voor concurrentie zijn. In aanmerking komen makkelijk te organiseren 'producten', zoals verrichtingen die behalve in ziekenhuizen ook stand-alone of in klein-schalige gespecialiseerde klinieken kunnen worden uitgevoerd. De keuze om hiermee te beginnen heeft bovendien het voordeel dat deze categorie verrichtingen de komende jaren sterk zal toenemen, zodat de invoering van DBC's kan meegroeien. Dit komt neer op een voortzetting van de onder minister Bomhoff begonnen invoeringsstrategie.

Start met DBC's voor de makkelijk te organiseren niet-acute zorg

Tijdens het invoeringsproces zullen nog veel vragen over het werken met DBC's moeten worden beantwoord. Er is in die periode behoefte aan een sterke marktmeester, die het proces in goede banen leidt. De rijksoverheid zal in die hoedanigheid moeten beschikken over bevoegdheden om beslissingen te nemen over vragen als:

De minister van VWS moet de rol van marktmeester op zich nemen

- Wat te doen met de kapitaallasten bij een geleidelijke invoering van DBC's?
- Welke spelregels gelden in het samenspel tussen DBC's en het systeem van functionele budgettering?
- Hoe wordt de DBC-systematiek verankerd en onderhouden?

- Hoe wordt de situatie geregeld dat verzekeraars geen zorg contracteren, geen overeenstemming bereiken over de prijs van een DBC of zorg van onvoldoende kwaliteit contracteren?

De sleutel tot het in gang zetten van marktwerking is een selectieve invoering van DBC's op die onderdelen waar de markt ook nu al kan werken, namelijk de makkelijk te organiseren electieve en chronische zorg. Door te beginnen met een beperkt aantal DBC's kunnen verzekeraars en aanbieders met onderhandelingen daarover ervaring opdoen in een situatie die marktwerking zoveel mogelijk benadert. De condities waaronder de onderhandelingen plaatsvinden moeten gericht zijn op het stimuleren van marktwerking. Dit betekent dat alle ziekenhuizen moeten meedoen, dat de zorgverzekeraars individueel moeten onderhandelen en dat de DBC's voor onbepaalde tijd worden ingevoerd.

Aanbeveling 2

Wij raden u aan de concurrentienadelen van privé-klinieken op het terrein van toelating en financiering met spoed op te heffen. Dat is een snelle en goedkope manier om meer capaciteit buiten de ziekenhuismuren te creëren en marktwerking en dynamiek te stimuleren. Het is bovendien een beleidslijn die in het Strategisch Akkoord van het demissionaire kabinet is afgesproken.

Aanbeveling 3

Wij bevelen u aan zowel de DBC-systematiek zelf, als de invoering en het onderhoud ervan onder de werking van de Wet Tarieven Gezondheidszorg te brengen.

Aanbeveling 4

Vraag 2

Welke voorwaarden zijn noodzakelijk om de beschikbaarheid en goede bereikbaarheid van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf voor de acute, de 24-uurszorg, de meer complexe of kostbare en zeer gespecialiseerde interventies alsmede de opleidingsfunctie te waarborgen?

In hoofdstuk 3 hebben we onze verwachtingen beschreven over het voorzieningenpatroon dat door marktwerking zal ontstaan. Voor de basale medisch specialistische zorg zijn er dan minder ziekenhuizen van het type geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Zij zullen waarschijnlijk ongelijk over Nederland verdeeld zijn.

Marktwerking leidt tot een op de vraag afgestemde spreiding

Daarnaast zullen afzonderlijke privé-klinieken, ketens van privé-klinieken en ziekenhuizen zelf kleinschalige voorzieningen en satellietvoorzieningen creëren. Het valt niet te voorspellen of de spreiding maatschappelijk acceptabel zal zijn. De topklinische zorg zal geconcentreerd blijven in een beperkt aantal centra. Het is denkbaar dat daarnaast algemene ziekenhuizen op één of enkele specialismen een hoger niveau van zorg kunnen aanbieden. Maar de spreiding zal betrekkelijk toevallig zijn.

Dit betekent dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de in de vraag genoemde functies niet alleen door marktwerking kunnen worden geborgd. In de huidige situatie gebeurt dat voor een aanzienlijk deel door zelfregulering binnen de sector en de beroepsgroep. Het feit dat veel publieke functies gepaard gaan met extra status en prestige draagt daaraan bij. Het wettelijk instrumentarium functioneert in de praktijk als een aanvulling op de zelfregulering. Het is een positief signaal dat de ziekenhuizen als maatschappelijke ondernemingen de verantwoording voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg op zich nemen. Marktwerking zal het mechanisme van zelfregulering echter onder druk zetten. Bedrijfsmatige afwegingen worden belangrijker en deze sporen niet altijd met het publieke belang. Er zal dus een groter beroep moeten kunnen worden gedaan op het wettelijk instrumentarium. Wij denken aan de volgende combinatie van instrumenten:

- een wettelijk kader voor bestuurlijke beslissingen;
- een aparte financiering, los van de DBC's;
- handhaving van de contracteerplicht voor de te borgen functies.

Geen marktwerking voor acute zorg, topklinische en topreferente verrichtingen, opleidingen en de onderzoek- en ontwikkelfunctie

Wij adviseren de WBMV nadrukkelijk te gebruiken voor besluitvorming over de spreiding en bereikbaarheid van alle bijzondere medische functies: niet alleen de topklinische, maar ook de acute en de topreferente zorg.

Aanbeveling 5

Wij adviseren de status aparte van de academische ziekenhuizen (academisch budget) te handhaven. Hetzelfde raden wij aan voor de aparte financiering van topklinische zorg in het kader van de WBMV.

Om complexe zorg in grote algemene ziekenhuizen te kunnen blijven verlenen stellen wij voor om de schaalgroottetoeslag in de toekomst te relateren aan de zorgzwaarte van patiënten in plaats van aan het aantal bedden.

Wij adviseren dat de DBC's gerelateerd blijven aan de patiëntenzorg en niet worden belast met de extra kosten die het ziekenhuis maakt voor medische vervolgoopleidingen. Deze dienen via een apart budget te worden vergoed.

Wij adviseren dat de extra beschikbaarheidskosten van acute zorg apart worden gefinancierd via de WBMV.

Wij adviseren de contracteerplicht van de ziekenfondsen voor deze functies te handhaven.

Vraag 3

Hoe kan in een competitieve omgeving de financierbaarheid van een kapitaalintensief, op opleiding gericht of zeer gespecialiseerd of innovatief specialistisch aanbod worden gewaarborgd?

Wij zijn er voorstander van dat zorginstellingen zoveel mogelijk alle kosten doorberekenen aan zorgverzekeraars en eventuele andere zorginkopers. De consequentie hiervan is dat de kapitaalgebonden kosten in de DBC's worden opgenomen. Wij verwachten dat de voor marktwerking noodzakelijke overcapaciteit niet tot stand zal komen als de capaciteit rechtstreeks door de overheid zal worden gefinancierd. In die situatie gaan politieke overwegingen te veel een rol spelen en kunnen allerlei comptabiliteitsregelingen marktwerking gaan belemmeren.

Kapitaallasten moeten in de DBC's worden opgenomen

Wij verwachten niet dat hiermee investeringen in het bijzondere aanbod dat in de vraag wordt genoemd, voldoende zeker zijn gesteld. We denken bijvoorbeeld aan nieuwbouw of grootschalige renovatie van academische ziekenhuizen en allerlei topklinische voorzieningen. Wij vinden een gedeeltelijk door de overheid gewaarborgde financiering noodzakelijk. We trekken daarmee de lijn door die we bij de exploitatie van deze voorzieningen hebben aanbevolen. Dat wil zeggen dat de overheid niet alle kapitaalskosten van de voorziening waarborgt, maar alleen de delen die voor de uitoefening van het publieke belang essentieel zijn. Deze kunnen normatief worden vastgesteld. De rest van de financiering zullen deze instellingen in competitie met andere instellingen moeten zien te realiseren.

De overheid waarborgt kapitaallasten die essentieel zijn voor realisering publieke belangen

Wij bevelen u aan DBC's vanaf het begin op integrale bekostiging te baseren. Dat wil zeggen dat instellingen kunnen afschrijven op basis van de vervangingswaarde en kortere afschrijvingstermijnen kunnen hanteren. Dat zal extra middelen vergen, onder andere voor reservevorming. Voor de omvang van de benodigde middelen verwijzen we naar de publicatie *Nadere uitwerking Vraag aan bod (VWS, 2002)* en de nota *Financiële bouwstenen zorg (VWS en Financiën, 2003)*.

Aanbeveling 6

Vraag 4

Welke voorzieningen of condities zijn nodig om te voorkomen dat economische en zorginhoudelijke risico's in verband met een positieve en negatieve patiëntselectie in een competitieve omgeving kunnen ontstaan?

In de DBC-systematiek krijgt een zorgaanbieder voor een patiënt een vergoeding die hoort bij een bepaalde DBC. Deze vergoeding is gebaseerd op de gemiddelde kosten van een grote groep patiënten. Sommige van hen zullen goedkoper kunnen worden geholpen, voor anderen vallen de kosten hoger uit. Een op winstmaximalisatie gerichte zorgondernemer zal trachten inzicht te verkrijgen in de vraag welke patiënten 'duur' en welke 'goedkoop' zijn. Naarmate de transparantie van zorgprocessen toeneemt zal hem dat beter lukken. Dan neemt de kans op patiëntselectie toe.

Bij marktwerking is risico van patiëntselectie niet denkbeeldig

In een competitieve omgeving zal dit selectiegedrag door andere zorgaanbieders worden overgenomen. De groep patiënten die 'winst' oplevert zal nieuwe aanbieders aantrekken. De toegankelijkheid van veel zorgaanbod zal voor de zwaardere groep patiënten afnemen, want de zorgaanbieders die deze patiënten wel opnemen kunnen financiële problemen verwachten. Dit collectieve gedrag leidt niet alleen tot selectie, maar ook tot hogere maatschappelijke kosten. Immers, de goedkopere patiënten worden tegen de gemiddelde DBC-prijs behandeld, maar de duurdere patiënten zullen alsnog tegen hogere kosten moeten worden geholpen.

Patiëntselectie maakt zorg minder toegankelijk en duurder

Dat dit selectiegedrag niet optreedt onder het huidige budgetstelsel, komt waarschijnlijk omdat er minder inzicht is in de kosten van behandelingen, omdat de ziekenhuizen er weinig belang bij hebben en omdat het indruist tegen de beroeps-ethiek van ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten. Bij invoering van marktwerking verandert de situatie. De kosten van behandelingen worden transparanter en de financiële prikkel tot selectie neemt toe.

De kans op patiëntselectie neemt toe

Er zijn ook tegenkrachten. De normen en waarden van de betrokken partijen bijvoorbeeld. De beroepsethiek zal zich blijven verzetten tegen patiëntselectie. De ziekenhuizen, die zichzelf presenteren als maatschappelijke ondernemingen, zullen selectie eveneens willen voorkomen. Hier ligt een taak voor de beroepsverenigingen en de NVZ.

.....maar er zijn ook tegenkrachten: de beroepsethiek bijvoorbeeld

Daarnaast kunnen wij wijzen op een paar condities die patiëntselectie minder waarschijnlijk maken. Een hiervan is de omvang van het academisch budget. Omdat de academische ziekenhuizen over een academisch budget beschikken dat beperkingen stelt aan het aantal te behandelen patiënten, zullen zij doorverwijzingen van zware patiënten niet zonder meer kunnen en willen accepteren. Verder wijzen we op onze aanbeveling om de schaalgroottetoeslag voor grote algemene ziekenhuizen te gaan relateren aan de zorgzwaarte van patiënten. Daardoor zullen deze ziekenhuizen beter in staat zijn 'bewerkelijke' patiënten te behandelen.

..... en financiële incentives

Tenslotte wijzen we op tegenkrachten in de sfeer van de rechten en plichten van betrokkenen. Het ligt bijvoorbeeld op de weg van de Inspectie van de Gezondheidszorg om op te treden tegen patiëntselectie. We wijzen ook op de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Verzekerden kunnen de verzekeraar aanspreken op patiëntselectie door de zorgaanbieder.

Ook de zorgplicht van verzekeraars verzet zich er tegen

Wij bevelen aan dat verzekeraars en zorgaanbieders in hun contracten een verbod op patiëntselectie opnemen, waarop de verzekeraar zonodig de zorgaanbieder kan aanspreken.

Aanbeveling 7

Vraag 5

Hoe kan het evenwicht worden gevonden en bewaard tussen een zorginhoudelijk doelmatige taakverdeling en de vereisten voor mededinging

In het kader van de modernisering van de curatieve zorg wordt de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg in principe neergelegd bij de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Van hen mag worden gevraagd dat zij de kwaliteitsnormen die ze daarbij hanteren, zoveel mogelijk expliciteren en kenbaar maken. Het kan uit een oogpunt van publiek belang nodig zijn dat instellingen onderling specifieke taken verdelen. In dergelijke gevallen is een wettelijke basis voor de taakverdeling wenselijk, omdat de NMa wettelijke normen als een gevegen accepteert. In aanbeveling 5 hebben we hiervoor de WBMV aanbevolen

De markt moet haar werk doen en anders is wetgeving nodig

De NMa toetst samenwerking en afspraken daarover aan de Mededingingswet. Hij heeft daarvoor normen geformuleerd, die aan de praktijk zijn ontleend en na een inspraakronde zijn vastgesteld. De beste waarborg voor een goede afweging van het belang van de kwaliteit van de zorg en het belang van mededinging is naar ons oordeel gelegen in de instelling van een speciale zorgkamer bij de NMa, die over deskundigheid op het terrein van de gezondheidszorg beschikt.

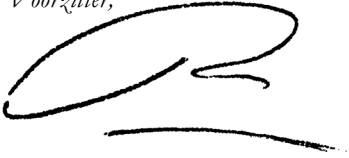
Het maken van een goede afweging vereist kennis van de sector

Om een goede afweging van het belang van de kwaliteit van de zorg en het belang van mededinging te bevorderen bevelen wij de instelling aan van een speciale zorgkamer bij de NMa.

Aanbeveling 8

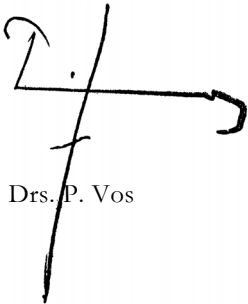
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,



Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,



Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag Marktwerking in de specialistische zorg

In de beleidsbrief “modernisering curatieve zorg” (MCZ 2005) beschrijft het kabinet het proces dat nodig is om in de curatieve zorg van een centraal aanbodgestuurde besturingsmodel te komen tot een decentraal vraaggestuurde besturingsmodel. Het doel van dit proces is dat in of omstreeks 2005 ziektekostenverzekeraars en zorgverleners verantwoordelijk zijn voor een goede en doelmatige afstemming van vraag en aanbod in de gezondheidssector. Onder deze nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling wordt verwacht dat de consument goed geïnformeerd kan kiezen uit een grotere variatie in het zorgaanbod dat beter georganiseerd is en afgestemd is op de voor hem geïndiceerde zorg.

Om dit doel te bereiken zal de komende jaren veel in de gezondheidszorg veranderen. Het kabinet zal dit veranderingsproces ondersteunen en stimuleren met een samenhangend programma van projecten. In deze projecten zullen de noodzakelijke voorwaarden voor het ontwikkelen van vraaggestuurde zorg, het ontwikkelen van zorgmarkten en het expliciteren van de publieke belangen, worden ontwikkeld. Deze voorwaarden lopen uiteen van producttyperingen als bijvoorbeeld de diagnose behandelcombinaties (DBC's) en de mogelijkheid voor verzekeraars om wisselende samenwerkingsverbanden te financieren tot het meetbaar maken van wat de overheid onder aanvaardbare kwaliteit in de curatieve sector verstaat.

De ontwikkeling van zorgmarkten zal ondermeer worden voorbereid door de verschillende productmarkten³ te

³ Deze deelmarkten in de curatieve sector vormen een theoretisch construct om vooral de bestuurlijk-economische voorwaarden op het spoor te komen voor de inrichting van het overgangstraject naar een meer vraaggestuurde zorg. Vanuit het perspectief van de consument en overheid zullen de product-marktcombinaties eerst goed geordend zijn wanneer er sprake is van een min of meer geïntegreerd zorgaanbod rond een bepaald ziektebeeld of indicatie. De deelmarktanalyses zullen daarom ook aandacht besteden aan de voorwaarden en condities waaronder deze geïntegreerde zorgverlening kan worden aangeboden.

analyseren. De analyse vindt plaats voor de uitgangssituatie, de dynamiek op een meer geliberaliseerde markt en de uiteindelijke gevolgen voor de consument wanneer de partijen, in mededinging, afspraken zullen maken over de prijs, de hoeveelheid, de investeringen en de kwaliteit van de zorgverlening. Het beschrijven van de publieke belangen in een deelmarkt en kennis over hun borging vormt een onderdeel van de analyse. Tevens is kennis nodig van het marktgedrag van de partijen en het mogelijke markt falen in iedere deelmarkt mede in relatie tot de borging van de publieke belangen. Uiteindelijk zullen deze analyses en aanbevelingen leiden tot meer of minder gereguleerde deelmarkten waarbij vrijheid van partijen en publieke belangen in goede balans zijn.

In dit verband zal, naar ik verwacht, in de loop van 2002 ook de markt voor de medisch-specialistische zorg worden geanalyseerd. In het overgangstraject naar een meer competitieve verlening van de medisch specialistische zorg is een strategische verkenning nodig van de borging van de publieke belangen⁴ die in deze deelmarkt in het geding zijn; het te verwachten marktgedrag van de betrokken partijen: (Academisch) ziekenhuis, specialist, zelfstandig behandelcentrum en verzekeraar en de mogelijke gevolgen van dit gedrag voor de borging van deze publieke belangen. In het kader van het programma MCZ 2005 loopt naast het project “deelmarktonderzoeken” ondermeer het project “producttyperingen medisch specialistische zorg” (DBC's). In dit project zal in de loop van 2002 de strategische vraag worden beantwoord onder welke voorwaarden en in welke mate er vrije prijsvorming voor deze vorm van zorg verantwoord is.

Mijn adviesaanvraag heeft betrekking op deze strategische vraagstukken in verband met de borging van publieke belangen in relatie tot het te verwachten marktgedrag van partijen. Meer in het bijzonder sta ik in deze adviesaanvraag stil bij een enkele casus die ik als risicovol bij de overgang naar- en uiteindelijke werking van deze specifieke zorgmarkt(en) beschouw. Op basis hiervan spits ik mijn vraagstelling toe.

Uw Raad heeft mij dit jaar geadviseerd over de toekomst van de medisch specialistische zorg. In uw advies⁵ beschrijft u een toekomstbeeld waarin door een proces van concentratie en

⁴ Het betreft hier de toegankelijkheid (toegangstijd, beschikbaarheid en bereikbaarheid), de (aanvaardbare) kwaliteit, de betaalbaarheid en de solidariteit in de zorg

⁵ Medisch specialistische zorg in de toekomst; Zoetermeer februari 2001

deconcentratie de medisch specialistische zorg de komende jaren een andere ordening zal krijgen. Deze adviesaanvraag sluit bij uw advies aan en stelt een aantal bestuurlijk-economische vraagstukken aan de orde die verband houden met uw scenario voor de toekomstige ordening van deze vorm van zorgverlening.

De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van de specialistische zorg tot een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Deze zorg is multidisciplinair, veelal kapitaal- en kennisintensief en aan een locatie gebonden. Een deel van het specialistische zorgaanbod kan echter mono disciplinair, in lichte en weinig kapitaalintensieve samenwerkingsverbanden geleverd worden. Een deel van het specialistisch zorgaanbod kan ook in wisselende samenwerking met de eerste lijnszorg worden geleverd. Dit deel van het specialistische zorgaanbod hoeft, calamiteiten daargelaten, niet of nauwelijks aan een bestaande ziekenhuislocatie gebonden te zijn.

De kans die met een vrije vestiging en deconcentratie verbonden is bestaat eruit dat zich een grotere variatie in het aanbod aandient in een markt waar de vaak ongewenste concentratietendens onmiskenbaar is. Daarnaast kan een meer efficiënte en klantvriendelijke omgeving worden ingericht wanneer dit deel van het aanbod zich richt op veel voorkomende productie of verbonden wordt met de eerste lijnszorg. Een probleem kan ontstaan wanneer, a fortiori in een situatie met aanbodschaarste, de huidige schaarste louter wordt verplaatst. Met als mogelijk nadeel dat de organisatie van de specialistische zorg in het ziekenhuis hiaten vertoond en anderszins problematisch wordt.

Mijn vraag aan de Raad is welke voorwaarden noodzakelijk zijn om de beschikbaarheid en goede bereikbaarheid van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf voor de acute, de 24-uurszorg, de meer complexe of kostbare en zeer gespecialiseerde interventies alsmede de opleidingsfunctie te waarborgen. Hierbij dient rekening te worden gehouden met bestaande schaarste verhoudingen en het tijdverloop dat nodig is om het bestaande aanbod te verruimen.

Daarnaast vraag ik de Raad te onderzoeken wat een goede invoeringsstrategie is bij het introduceren van meer vrijheid voor prijs-, volume-, capaciteit- en kwaliteit afspraken voor verzekeraar en zorgaanbieder om vraag en aanbod van zorg op elkaar af te stemmen. Voor de goede orde merk ik op dat het

hier niet om een uitvoeringstoets gaat maar om het strategische keuzevraagstuk omtrent stappen, voorwaarden, volgorde, timing etc.

Een vraagstuk dat hier nauw mee verband houdt is het bestaan van een relatief kostbare infrastructuur in de grote algemene en academische ziekenhuizen in Nederland. Wanneer in een markt georiënteerde omgeving een deel van de productie verschuift naar minder kapitaalintensieve nieuwe toetreders zal de basis voor kostentoerekening in de bestaande ziekenhuizen smaller worden waardoor deze ziekenhuizen relatief duur worden. Hoewel prijsconcurrentie een gewenst effect is kunnen er ongewenste effecten mee samenhangen. Een negatieve productie-prijs spiraal voor algemene ziekenhuizen kan ontstaan. Uiteindelijk kan financierbaarheid en continuïteit van deze ziekenhuizen in het geding komen en/of een rem ontstaan op kennis en kapitaalintensieve innovatie of de ontwikkeling en instandhouding van het opleidingspotentieel. Een marktsegmentatie naar kosten en/of complexiteit van de specialistische vraag kan hier het gevolg van zijn. Anderzijds zal het algemene ziekenhuis als onderaannemer, achtervang of toeleverancier een economische en zorgrelatie krijgen met de nieuwe toetreders in deze deelmarkt.

Mijn vraag aan de Raad is hoe in een competitieve omgeving de financierbaarheid van een kapitaalintensief, op opleiding gericht of zeer gespecialiseerd of innovatief specialistisch aanbod kan worden gewaarborgd.

In de ontwikkeling naar een meer marktgeoriënteerde omgeving kan de koopkracht van de verzekerde een bepalende factor worden bij de allocatie van schaarse medisch-specialistische zorg. De voorlopige schaarste aan specialistische zorg, de verschuiving van medisch-specialistisch aanbod naar een meer commercieel segment van de markt, kan een risico opleveren voor het borgen van het publieke belang van solidariteit en toegankelijkheid in de curatieve zorg. Hiernaast staat een andere vorm van patiëntselectie. In de overgang naar een meer marktgeoriënteerde specialistische zorg is denkbaar dat een mechanisme van risicoselectie van patiënten op kostengronden op gang wordt gebracht waarbij een druk ontstaat op de topklinische of toppreferente zorg. Dit mechanisme, dat in een milde vorm nu ook voorkomt, kan een risico vormen voor het publieke belang van betaalbaarheid en toegankelijkheid van de specialistische zorg.

Mijn vraag aan de Raad is welke economische en zorginhoudelijke risico's in verband met een positieve en negatieve patiëntselectie in een competitieve omgeving kunnen ontstaan. Vervolgens vraag ik de Raad mij te adviseren welke voorzieningen of condities nodig zijn om het voorkomen van deze risico's tegen te gaan.

In de medisch specialistische zorg in Nederland zijn vele formele en informele afspraken gemaakt over relatieve specialisatie, zwaartepunten of aandachtsgebieden. Het doel is om de schaarse kennis en kunde zo doelmatig mogelijk in te zetten. In een meer competitieve omgeving kunnen deze afspraken, hoewel doelmatig en vanuit kwaliteitsoogpunt gewenst, worden uitgelegd als marktverdelingsafspraken.

Mijn vraag aan de Raad is hoe voor dit thema het evenwicht kan worden gevonden en bewaard tussen een zorginhoudelijk doelmatige taakverdeling en de vereisten voor mededinging.

In deze adviesaanvraag heb ik deze vijf vragen analytisch onderscheiden. Het zijn echter casussen bij meer algemeen strategische vraagstukken: de publieke belangen die verbonden zijn aan de medisch specialistische zorg, de invoering van keuzevrijheid en mededinging voor de partijen, het te verwachten marktgedrag en de implicaties hiervan voor de borging van deze belangen. Ik verzoek de Raad in het gevraagde advies van deze samenhang uit te gaan. Ik verzoek de Raad zich in haar advies te oriënteren op een organisatie en bekostiging van de medisch specialistische zorg zoals deze beschreven is in de uitvoeringstoets aan het CTG over de bekostiging van de ziekenhuiszorg, de recente brief over het Stelsel "Vraag aan bod" en de beleidsbrief "Modernisering curatieve sector". Waar mogelijk en relevant vraag ik de Raad gebruik te maken van buitenlandse ervaringen met de door mij genoemde vraagstukken.

Naast deze adviesaanvraag heb ik in MDW-verband de vraag gesteld naar de belemmeringen voor ondermeer artsen om tot deze deelmarkt toe te treden. Ik verwacht dit advies dit najaar en verzoek de Raad dit onderzoek te betrekken bij haar advies. Daarnaast verwijs ik naar de in dit verband relevante adviezen van het college bouw ziekenhuisvoorzieningen⁶ en de lopende adviesaanvraag aan dit college en mijn visie omtrent de

⁶ "Uitvoeringstoets gewenste ziekenhuisspreiding"

toekomst van de ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg⁷

Het gevraagde advies zal betrokken worden bij de beleidsbepaling omtrent het in de loop van 2002 in te stellen deelmarktonderzoek naar de medisch specialistische zorg en de voorwaarden waaronder de prijsvorming voor Diagnose Behandel Combinaties zal kunnen plaatsvinden. Daarom vraag ik u het advies medio 2002 uit te brengen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

dr. E. Borst-Eilers

⁷ De nota "Positionering algemene ziekenhuizen" en de nota "Positionering academische ziekenhuizen"

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

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

Drs. J.C. Blankert

J. Franssen

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

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

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Vanuit de Raad

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

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Drs. J.C. Blankert

Projectgroep

Mr. J.P. Kasdorp, 1^e projectleider

Drs. P.P.T. Jeurissen, 2^e projectleider

Drs. E.G. Brummelman, projectmedewerker

J.B.J. Drewes, arts, projectmedewerker

Mw. mr. M.C.E. van Heurck, projectmedewerker

Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker

Drs. K. Putters, projectmedewerker

Mw. I. de Pricëlle, projectsecretaresse

Externe deskundigen

Drs. L. Vandermeulen

Dr. J.H.B. de Bruijn

Bijlage 4

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CTG	College tarieven gezondheidszorg
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DRG	Diagnose Related Groups
FB	Functionele budgettering
GMSB	Geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf
IC	Intensive Care
IPO	Integraal Provinciaal Overleg
IVF	In vitro fertilisatie
Nma	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NS	Nederlandse Spoorwegen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
R&D	Research & Development
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VAZ	Vereniging van Academische Ziekenhuizen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
ZBO	Ziekenhuis Beleids Overleg

Bijlage 5

Literatuur

Aalbers, R., et al. Regulering van specifieke submarkten binnen de curatieve zorg vanuit het publieke belang. Rotterdam: OCFEB, 2002.

Albeda, H. en E. Heydelberg. Optimale zorg vraagt keuzevrijheid, begrenzing en het organiseren van solidariteit. Utrecht: Willem Arntsz Stichting, 2001.

Andrea, G., et al. Onderzoek DBC's en innovatie van medische technologie. Doesburg: Zorgplan, 2002.

Anheier, H. en W. Seibel. The third sector: comparative studies of nonprofit organizations. Berlijn: New York: De Gruyter studies in organization, 1990.

Ankoné, A. Meer markt alleen succesvol bij volwassene gezondheidssector. www.zorgaanzet.nl, 2002.

Beaujean D., J. Hutten en P. Groenewegen. De zorg van medisch specialisten: de meningen van medisch specialisten over probleemsituaties in de zorg en hun ervaringen. Utrecht: Nivel, 2002.

Behrhorst, B. Q-C hospitals: competition, cooperation. Quest, 2001, www.qconline.com/quest2002/.

Bellanger, M., et al. Scientific evaluation of the effects of the introduction of market forces into health systems. Dublin: EHMA, 2000.

Black, A. Reconfiguring health systems. British Medical Journal, 325, 2000, no. 7375, p. 1290-1293.

Bon, R. en M. van der Maten. Geld alleen is niet genoeg: bestrijding wachtlijsten ook een zaak van de ziekenhuizen zelf. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 110, 2002, no. 7, p. 30-31.

Boon, J., et al. Extrabudgettaire mogelijkheden in de zorg-sector ziekenhuizen. SMOG-9, 2001, p. 1-14.

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

Bronkhorst, C. en H. Hermans. Aanbesteden van medisch specialistische zorg dichterbij? ZM-magine, 18, 2002, no. 9, p. 19-22.

Buell, B. Health Care: hospital competition can be good for your health. Stanford Business, 68, 2000, no. 4, p. 1-3.

Cath, I. Toelating Schotse verslagingskliniek lege huls? Amstelveen: CVZ, 2000.

Catholic Health Association of Canada. For-profit health care: dispelling the myths. Myth # 3: for-profit health care would lower costs, www.chac.ca.

Center for Health Care Policy and Evaluation. Competition and member mix: effects of market competition on cost and quality. In: Guide to research on the effectiveness of managed care health plans, 1999.

Claessens, B. Commerciële aanpak ontlast de ggz-markt: HSK belooft opdrachtgevers effectiviteit. Health management forum, 6, 2000, no. 1, p. 40-43.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Wetsvoorstel Wet Exploitatie Zorginstellingen. Utrecht: CBZ, 2002.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Uitvoeringstoets spreiding ziekenhuizen. Utrecht: CBZ, 2002.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Bouwkostennota 2000. Utrecht: CBZ, 2000.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Uitvoeringstoets op hoofdlijnen inzake gewenste ziekenhuisspreiding. Utrecht: CBZ, 2000.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Uitvoeringstoets herziening overeenkomstenstelsel ZfW/AWBZ. Utrecht: CBZ, 2000.

College Tarieven Gezondheidszorg. Gemoderniseerde tarievenwet geeft zorgsector ruimte voor gewenste vernieuwingen. Nieuwsbericht 18 06 2002.

College Tarieven Gezondheidszorg. Meer loon naar werken voor ziekenhuizen en specialisten. Nieuwsbericht 04 11 2002.

College Toezicht Zorgverzekeringen. Consequenties ontbreken overeenkomsten. 2002, no. 1, p. 1-5.

College voor Zorgverzekeringen. Herziening overeenkomstenstelsel. Amstelveen: CVZ, 2000.

Commentuyn, R. Het commerciële poldermodel: ING neemt meerderheidsbelang in Movir. Medisch Contact, 54, 1999, no. 31-32, p. 1076.

Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen. Advies: Capaciteit en bekostiging. Zoetermeer: Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen, 2002.

Delden, P. van. Hybride organisaties: huwelijk tussen taak en markt. M en O, tijdschrift voor Management en Organisatie, 54, 2000, no. 3, p. 53.

Department of Health. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. Londen: The Stationery Office, 2000.

Diagnose Behandeling Combinatie. Het 3^e nationale DBC-congres: de nieuwe onderhandelingstaal in de zorg. Utrecht, 2002.

Douven, R. Regulated competition in health insurance markets. Den Haag: CPB, 2000.

Doyle, Y. en A. Bull. Role of private sector in United Kingdom healthcare system. British Medical Journal, 321, 2000, no. 7260, p. 563-565.

Dozy, M. en K. Pijnenburg. Wachlijsten tegen het licht: van tellingen en analyses tot mogelijke oplossingen. Tijdschrift voor verpleegkundigen, 112, 2002, no. 7, p. 24-29.

Elsinga, E. De rol van de banken in de gezondheidszorg. Handboek structuur en financiering gezondheidszorg, 1999, p. 20.

European Commission. The internal market and health services: report of the high level committee on health. Brussel: Europese Commissie, 2001.

Fairfield, G., et al. Managed care: implications of managed care for health systems, clinicians and patients. British Medical Journal, 314, 1997, p. 1-9.

Free Management Library. Index, 2000, p. 1-13.

Furleigh, B. Competition is at center of U.S. health care debate. Mason City Globe-Gazette, 6 mei 1994.

Gee, I. Specialists, no special case for watchdog. Monster Healthcare, 2002.
www.healthcare.monster.com.au/articles/specialist.

Gilbert, P. Executive Vice President's Report: Crystall Jacksonville Medicine, 2000, p. 1-2.

Gill, J. Why medical specialists are something special. Businessweek online, 2000,
www.businessweek.com/careers/content/jul.2000/ca20000077-813.htm.

Groenewegen, P., et al. Voorkeursaanbieders: selectief contracteren in het nieuwe verzekeringsstelsel. Utrecht: Nivel, 2002.

Groot, L. de. De dynamiek van mainstreaming. Verlies en winst in de ontwikkeling van ideële pionierende organisaties tot eigentijdse marktgerichte organisaties. M&O, tijdschrift voor management en organisatie, 54, 2000, no. 1, p 63-74.

Ham, C. Private finance, public risk. British Medical Journal, 311, 1995, no. 7018, p. 1450.

Health system change. How physician organizations are responding to managed care, 1999, www.hschange.org.

Hoof, M. 't en N. Scholten. Uitspraak Centrale Raad van Beroep Utrecht: zaaknummer: 01/253 AWBZ, 02/2337, 2002.

Industry Profile Health Care. www.military.com, 2002.

Institute for Health Economics and Policy. Towards dependable and sustainable health care system for the new millennium. www.ihep.jp/english.

Joint committee of the retailing sector. Fair market or market failure? Commonwealth of Australia, 1999.

Kiemel, J. Zorgcircuits raken met elkaar verbonden. Lisv magazine, 1999.

Kool, W. Britse wachtlijst lost op in Franse ziekenhuizen. Telegraaf, 24 januari 2002.

Koopmans, L. Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit. Het ziekenhuis ontketend. Den Haag: MDW-werkgroep, 1995.

Kwartel, A.J.J. en L.J.R. Vandermeulen. Van aanbodplanning naar vraagsturing. Zoetermeer: RVZ, www.rvz.net.

Lamberts, S. Kwetsbaarheid van wetenschappelijk onderzoek in universitair-medische centra. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 146, 2002, no. 2, p. 52-55

Lewin Group, The. Trends in Overall Health Care Market. Trendwatch Chartbook, 2001.

Lint, M.W. Mededingingsregels in de medisch specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, www.RVZ.net.

Lokin, M. Opereren op de markt? ZM magazine, 1997, no. 5, p. 2-11.

Loy, N. van, M. IJzerman en C. Scholten. Commercie in ggz: een eerste verkenning. Leiden: Research voor Beleid, 1999, p. 51.

Maarse, H., et al. Marktwerking in de ziekenhuiszorg: een analyse van de mogelijkheden en effecten. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2002.

Maarse, J. Opmars in Europa in de zorg vereist politieke leiding. Staatscourant, 2000.

Maassen van den Brink, H. en W. Groot. Meer markt is in de zorg en onderwijs riskant. Volkskrant, 22 januari 2002.

MDW-werkgroep. Toetredingsbelemmering Medische Beroepen. Nooit meer wachten: minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen. Den Haag: MDW, 2001.

Merode, G. van. Planning en reactie in zorglogistiek. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ministerie van Financiën. Financiële bouwstenen zorg: rapportage voor de kabinetsformatie. Den Haag: Ministerie van VWS: Ministerie van Financiën, 4 februari 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Prestatiegerichte bekostiging. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan het CTG 'Prestatiegerichte bekostiging', kenmerk CZ/IZ/2315089. Den Haag: Ministerie van VWS, 9 september 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief minister van VWS aan College Tarieven Gezondheidszorg d.d. 27 september 2002 betreffende nadere precisering bekostiging ziekenhuiszorg 2003. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Minder regels in de zorg. Sprektekst minister 1e werkbezoek aan Sittard. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Prestatiegerichte bekostiging 'Ruimte voor resultaat', brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag: VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Uitvoeringstoets gewenste ziekenhuisspreiding. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Liberaliseren van de zorgmarkt. Brief van minister Borst aan College voor Zorgverzekeringen. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota positionering algemene ziekenhuizen. Den Haag: VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Uitvoeringstoets herziening overeenkomstenstelsel. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Uitvoeringstoets bekostiging geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Brief aan Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Den Haag: VWS, 1998.

Minkman, M. en E. van Asselt. Een kwalitatieve beschrijving van de arbeidsmarkt in de commerciële zorgsector. Den Haag: OSA, 2000.

Montfort, A. van. Tweedelingsscenario's : 'Robin Hood' of 'Verpaupering'. Medisch Contract, 53, 1998, no. 11, p. 353-356.

Most, J. van der. De zorgplicht en zijn grenzen. Zorg&Verzekering, 94, 1995, p. 96-108.

Mouton, R. en J. de Beer. Gevraagd aanbod: commentaar op en consequenties van vraag aan bod. Soesterberg: De Open Ankh, 2001, p. 1-22.

Musch, C. Marktwerking en commercie: ondernemen in de gezondheidszorg. Instellingen, 17, 1992, no. 6, p. 35-37.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. De toekomst van het algemene ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod. Utrecht: Nivel, 2000.

Nederlandse mededingingsautoriteit. Openbaar Besluit inkoopsamenwerkingsovereenkomst ziekenfondsen VGZ, OZ en CZ. S.l.: NMA, s.a.

Nederlandse mededingingsautoriteit. Openbaar Besluit regionale instelling voor Jeugdandvezorging Rotterdam vs Zilveren Kruis Achmea. S.l.: NMA, s.a.

Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken. Commentaar van de Raad op het advies van de RVZ inzake medisch specialistische zorg in de toekomst, 2000.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Teaching Hospitals. Utrecht: NVZ, 2003.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. De rechten van de ziekenhuispatiënt. Utrecht: NVZ, 2002.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: Het ziekenhuis als werk- en leerplaats: de kunst van het binden en boeien. Utrecht: NVZ, 2002.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Het ziekenhuis van de toekomst: een inspirerende visie op curatieve zorg in 2010 en later. Utrecht: NVZ, 2002.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Het zorghandvest voor ziekenhuizen. Utrecht: NVZ, 2002.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Spreiding van medisch-curatieve voorzieningen. Utrecht: NVZ, 2001.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Het effect van trends op curatieve zorg en het ziekenhuis in de toekomst. Utrecht: NVZ, 2001.

NHS. Options for funding health care. NHS: S.l., s.a.

Nyfer. Zorg voor het ziekenhuis. Breukelen: Nyfer, 2002.

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Doelgericht vernieuwend: herinrichting primair proces. Amsterdam: OLVG, 2002.

Paton, C. Analysis of market reforms in Europe. Eurohealth, 6, 2000, no. 4, p. 29-34.

Paton, C. Scientific evaluation of the effects of the introduction of market forces into health systems. The impact of market forces on health systems: final report. European Health Management Association, 2000.

Perkins, J., et al. The perceptions of medical specialists in Australia (New South Wales) the United Kingdom and New Zealand. Health service reform, 1997.

Privé-zorg. NRC handelsblad, 12 januari 1999.

Projectorganisatie DBC 2003. DBC's pakken voor ons gunstiger uit dan CTG's. Infobulletin, 2002, no. 6, p. 4-5. www.dbc2003.nl.

Raad voor Gezondheidsonderzoek. Werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. Den Haag: RGO, 2000.

Reed, M., et al. Managed care, professional autonomy and income: effects on physician career satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 2002, no. 10, p. 1-2.

Reed, M., P.J. Cunningham, J. Staddart. Physicians pulling back from charity care. Center for studying health system change. Washington: HSC, 2001.

Reinhardt, U.E.: Economic relationships in health care, *Health Care Financing Review, Annual Supplement*, 1989, p. 97-104.

Ringens, P. en J. Keunen. Ziekenhuizen verdienen niet aan oogartsen. Den Haag: VWS, 2002.

Salamon, L. en H. Anheier. The emerging nonprofit sector : an overview New York: St. Martin's Press, 1996.

Saltman R., R. Busse en E. Mossialos. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press, 2002.

Schoemaker, B. GGz werkt al lang commercieel. *Tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg*, 3, 1999, nr. 4, p. 11-15.

Scholtbach, R. en W. de Kok. Sterke overheid terug van weggeweest. *Management en bestuur*, 2002, no. 1, p. 4-6.

Schut, F., et al. Hervorming zorgstelsel: wat is de slimste weg naar Rome? *ESB*, 87, 2002, no. 4366, p. 464-467.

Sherwin, D en J. Yablon. Business outlook for medical specialists. *Physician's News Digest*, 1999, www.physiciansnews.com.

State of Connecticut Office of Health Care Access. *The Health of Connecticut's Hospitals*, 2001.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Antwoorden op kamervragen van het lid Kant (SP) over arbo-dienstverlening door zorginstellingen. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Herziening van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen, Wet exploitatie zorginstellingen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 27659-9.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Nota vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: Sdu Uitgevers, handelingen 2001-2002. No. 55, p. 3754-3783.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Positionering algemene ziekenhuizen: brief van de minister van VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 27295-12.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Verslag van de 55^{ste} vergadering. Onderwerp: vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: Sdu Uitgevers, handelingen 2001-2002. No. 55, p. 3733-3754.

Vandermeulen, L.J.R. Sturing bij vraagsturing. Utrecht: Prismant, 2002.

Vandermeulen, L.J.R. Vervolgopleiding Verzekerd. Utrecht: Prismant, 2001.

Veld, R. in 't. Samenballen of scheiden: bestuurlijk dilemma. Openbare uitgaven, 30, 1998, no. 4, p. 212-218.

Verheijde, J. Bezorgdheid in de VS over commerciële managed care. OuderenZorg-magazine-vakopinieblad, 2, 1999, no. 10, p. 10-15.

Waal, de S. Hospital care in 2010: a substantiated vision. Public Space, 2002.

Wessner, D., et al. Specialty hospitals: threat or preferred offering? MedCath corporation, 2001.

Wright, K. The National Health Service Reform and Health Care Professions Bill. Research Paper, 2001, 1-47.

Wuthnow, R. en H. Anheier. *Between states and markets: the voluntary sector in comparative perspective*. Engeland: Princeton University Press, 1991.

Zwan, A. van der. De markt moet beter worden bewaakt. NRC Handelsblad, 20 augustus 2002.

Bijlage 6

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	EUR	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	EUR	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	EUR	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	EUR	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	EUR	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	EUR	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	EUR	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	EUR	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	EUR	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	EUR	15,00

02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	EUR	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	EUR	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/05	E-health in zicht	EUR	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08

99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicines (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08

98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatistische jeugdzorg	EUR	9,08

Bijzondere publicaties

01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvies	EUR	11,34
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61
98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	EUR	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	EUR	17,92

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij:
SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
Postbus 200014, 2500 EA Den Haag
Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83

Werkprogramma's

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

Jaarverslagen

02/08	Jaarverslag 2001 RVZ		gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ		gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ		gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ		gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ		gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ		gratis

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2003
ISBN: 90-5732-114-9

U kunt deze publicatie onder vermelding van publicatienummer 03/01 bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11). De prijs van de publicatie is EUR 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg