

# Van aanbodplanning naar vraagsturing

Prismant/Afdeling Beleidsonderzoek  
Drs. A.J.J. van der Kwartel  
Drs. L.J.R. Vandermeulen

## 1 Inleiding

Het is nogal speculatief om vanuit een bestaande, sterk planmatig gestuurde gezondheidszorg te doordenken welke processen zullen optreden wanneer in betrekkelijk korte tijd gelegenheid wordt gegeven tot marktgedrag van partijen. In deze bijdrage wordt daartoe een poging ondernomen. Het is echter duidelijk dat dit niet méér (maar ook niet minder) kan zijn dan een gedachteoefening.

Deze gedachteoefening bestaat uit de volgende stappen: Eerst worden enkele uitgangspunten geformuleerd ten aanzien van het zorgstelsel en de rol van partijen daarin. Vervolgens worden in paragraaf 3 vier typen markten voor zorginkoop beschreven. Daarbij is gebruik gemaakt van twee invalshoeken: de vraag in hoeverre het zorgaanbod gemakkelijk is te organiseren en het al dan niet bestaan van problematische wachttijden. In paragraaf 4 wordt nader uitgewerkt wat deze markten betekenen voor het aanbod aan medisch specialistische zorg in Nederland. Ten behoeve van de beeldvorming wordt daarbij gebruik gemaakt van een viertal prototypen van aanbieders van medisch specialistische zorg. In paragraaf 5 wordt vervolgens stilgestaan bij de belangrijkste incentives die het gedrag van de verschillende partijen onder marktcondities mede zullen bepalen. In paragraaf 6 worden op grond van de vier voorgaande paragrafen korte schetsen gepresenteerd van de markten die in paragraaf 3 werden beschreven. In paragraaf 7 ten slotte wordt aandacht gegeven aan de consequenties die de geschetste ontwikkelingen zullen kunnen hebben voor het 'publieke belang', in het bijzonder toegespitst op de termen 'betaalbaarheid', 'toegankelijkheid' en 'kwaliteit'.

## 2 Uitgangspunten

De navolgende analyse is gebaseerd op een aantal algemene verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg in Nederland in de nabije toekomst. Deze verwachtingen bestaan uit een mengsel van traditionele normen en waarden en trends die op dit moment in het beleid en de gezondheidszorg zelf zichtbaar zijn.

### *Sturingsfilosofie*

De gezondheidszorg zal niet langer worden aangestuurd via het aanbod (capaciteitsplanning en tariefstelsel), maar via de vraag. Dat laatste houdt in dat in principe de markt van vraag en aanbod in hoge mate bepalend zal zijn voor de vormgeving van de gezondheidszorg. Waar deze tot maatschappelijk onacceptabele consequenties leidt, zal de overheid als 'marktmeester' gaan optreden.

### *Verzekeringstelsel*

In de komende jaren zal één algemene basisverzekering tot stand komen. Dit zal een verplichte verzekering zijn voor iedere inwoner van Nederland. De zorgverzekeraars hebben acceptatie- en zorgplicht. Zorgverzekeraars zullen in hoge mate risicodragend zijn en met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerden. De zorgverzekeraars zullen als 'inkopers van zorg' de rol van 'zorgvrager' vervullen. Naast het aanbieden van de basisverzekering zijn zorgverzekeraars volledig vrij om aanvullende verzekeringen aan te bieden.

Op dit moment onderhandelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders in principe voor alle verzekerden in een regio. Ook voor de patiënten die niet bij hen verzekerd zijn. In de meeste regio's is het gebruikelijk dat de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel onderhandelt en dat de andere zorgverzekeraars zich daar bij aansluiten. Voor het denken over de gevolgen van marktwerking wordt ervan uitgegaan dat dit stelsel niet houdbaar is. In de toekomst zal iedere zorgverzekeraar voor zijn eigen verzekerden zorg inkopen.

### *Zorgaanbieders*

Omdat de capaciteitsplanning wegvalt, zullen de mogelijkheden van toetreding tot de markt van medisch specialistische zorg worden vergroot. In het bijzonder betekent dit dat het gemakkelijker zal worden voor Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) om met zorgverzekeraars afspraken te maken over DBC's. (Ministerie van VWS, 2002) Zorgaan-

bieders zullen in principe met alle zorgverzekeraars onderhandelen. Eén van de gevolgen daarvan zal kunnen zijn dat zij verschillende zorgarrangementen aan patiënten zullen aanbieden, afhankelijk van de vraag bij welke verzekeringsmaatschappij de patiënt verzekerd is.

Zorgaanbieders worden ‘zorgondernemers’. Dat wil onder meer zeggen dat zij in een concurrerende omgeving risico gaan lopen. Bedrijfseconomische overwegingen zullen steeds belangrijker worden.

#### *Patiënten/ cliënten*

Voor patiënten/verzekerden wordt uitgegaan van het beeld dat patiënten goed geïnformeerd zijn en in staat zijn afwegingen te maken, zowel in hun keuze van zorgaanbieder als van zorgverzekeraar. Zij zijn in staat (eventueel gefaciliteerd door consumentenorganisaties) afwegingen te maken tussen inhoud en prijs van de verzekeringspolissen en tussen verschillende zorgaanbieders. In hun gedrag zullen zij vooral reageren op de prijs en inhoud van de polissen en op de kwaliteit en toegankelijkheid van het zorgaanbod. Met andere woorden: zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders hebben te maken met cliënten die “met de voeten kunnen stemmen”.

Op dit moment geldt in Nederland voor patiënten een grote mate van vrijheid in hun keuze van arts en/of ziekenhuis. Uitgangspunt voor deze notitie is dat deze vrijheid gehandhaafd blijft, maar dat zorgverzekeraars wel polissen zullen gaan ontwikkelen met ‘preferred providers’ arrangementen.

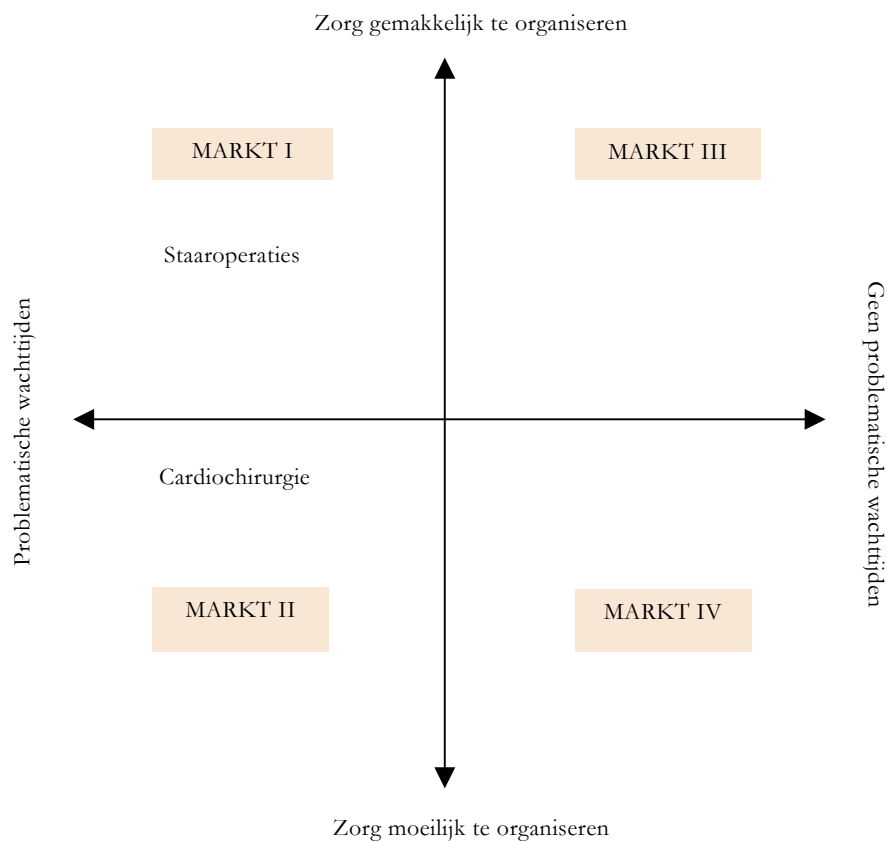
### 3 Vier markten voor zorginkoop

#### Een typologie van 'zorgmarkten'

Voor deze notitie wordt uitgegaan van vier verschillende prototypen van markten die ontstaan uit de combinatie van twee aspecten:

- Is er wel of geen sprake van een grote discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod (problematische wachttijden)?
- Is het gewenste zorgaanbod gemakkelijk te organiseren? Factoren die daarbij een rol spelen kunnen zijn: de noodzaak van grote investeringen, schaarste aan deskundigheid en de tijdsduur die nodig is om die deskundigheid aan te vullen, de noodzaak van achtervang of aanvulling op de feitelijke medische specialistische behandeling (bijvoorbeeld intensive care of een verpleegafdeling), enz. Schematisch kan een en ander als volgt worden weergegeven:

#### Schema: Vier zorgmarkten



Voor deze indeling in zorgmarkten is gekozen omdat zij voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders de verschillende omstandigheden waaronder wordt onderhandeld goed in beeld brengt: In hoeverre is er sprake van schaarste in het zorgaanbod en in hoeverre is het voor zorgaanbieders mogelijk flexibel te reageren op de zorgvraag?

Het schema is vormgegeven als een 'open schema', omdat er sprake is van twee continua. Of zorg gemakkelijk dan wel moeilijk is te organiseren verloopt geleidelijk van 'relatief gemakkelijk' (low care) tot 'extreem moeilijk' (high tech). Datzelfde geldt ook voor de invalshoek 'problematische wachttijden'. Wachten op zorg is niet ongebruikelijk, maar de vraag in hoeverre sprake is van 'problematische wachttijden' is relatief en voor de verschillende zorgvragen niet op dezelfde kwalitatieve manier te beantwoorden.

Uit deze combinatie van invalshoeken ontstaan vier 'zorgmarkten' die hieronder kort worden getypeerd.

#### **Markt I:**

*Problematische wachttijden*

*Nieuw aanbod is gemakkelijk te realiseren*

In deze situatie is de vraag groter dan het aanbod, maar het is relatief gemakkelijk om het aanbod aan de vraag aan te passen. Dat kan gebeuren door nieuwe toetreders tot de markt dan wel door een uitbreiding van de capaciteit van reeds aanwezige zorgaanbieders. De term 'uitbreiding van de capaciteit' moet in dit verband breed worden geïnterpreteerd. Het is niet gemakkelijk om op korte termijn het aantal medisch specialisten te vergroten, maar het is wellicht wel mogelijk om de capaciteit aan medisch specialistische zorg te vergroten, bijvoorbeeld door een doelmatiger inzet van hun deskundigheden of door uitbreiding van werktijden.

Een voorbeeld van deze markt wordt gevormd door de vraag naar staaroperaties, waarvoor tegenwoordig geen zware infrastructuurle voorzieningen (zoals bijvoorbeeld intensieve nazorg) meer nodig is.

#### **Markt II**

*Problematische wachttijden*

*Nieuw aanbod is moeilijk te realiseren*

Het zorgaanbod dat hier wordt bedoeld zal in veel gevallen een topklinisch of in ieder geval een klinisch karakter dragen. Hier

zullen zich niet zo gemakkelijk nieuwe aanbieders op de markt wagen, alhoewel het niet ondenkbaar is dat vanuit het buitenland nieuwe aanbieders de Nederlandse zorgmarkt zullen betreden. In feite is de laatste jaren al een trend zichtbaar, waarbij inwoners van Nederland zich laten behandelen in buitenlandse voorzieningen.

Voorbeelden van deze markt zijn cardiochirurgie en orthopedische chirurgie. Meer dan in het vorige voorbeeld is (intensieve) medische, paramedische en verpleegkundige nazorg nodig. Bovendien is een groter team van hulpverleners benodigd voor het uitvoeren van de feitelijke ingrepen.

### **Markt III**

*Geen problematische wachttijden*

*Nieuw aanbod is gemakkelijk te realiseren*

Dit lijkt bij uitstek een deelmarkt van de gezondheidszorg die zich op termijn als een 'gewone' consumentenmarkt zou kunnen gaan ontwikkelen. Daarmee wordt bedoeld dat zich het volledige scala zal ontwikkelen van het brede, gemakkelijk toegankelijke zorgaanbod tot het exclusieve, gespecialiseerde, luxe zorgaanbod.

### **Markt IV**

*Geen problematische wachttijden*

*Nieuw aanbod is moeilijk te realiseren*

Vanwege het moeilijk te ontwikkelen zorgaanbod worden op korte termijn op deze deelmarkten geen ingrijpende ontwikkelingen verwacht. Toch speelt ook hier de mogelijkheid dat, wanneer de toelating tot de zorgmarkt wordt verruimd, buitenlandse zorgaanbieders de Nederlandse zorgmarkt zullen betreden.

### **Kanttekeningen**

*Acute versus electieve zorg*

De voorgaande marktbeschrijvingen hadden allen betrekking op de zogenaamde electieve zorg. Zorg die redelijk te plannen is en waarvan de zorgvraag niet direct levensbedreigend is.

Acute zorg kent een andere dynamiek en dus ook een andere marktwerking. Om de behoefte aan acute zorg voor zijn verzekerden te dekken, moet de verzekeraar als het ware de beschikbaarheid van voorzieningen en diensten inkopen. Allerlei onzekerheden spelen daarbij een rol. Tijd, plaats, aard en omvang van de acute zorgvraag zijn immers niet bekend. De

zorgvrager zal zich in het algemeen niet in een vrije keus situatie bevinden.

Acute zorg moet aan een aantal eisen voldoen. Het moet 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 onder behandeling van een medisch specialist kan zijn. Die spreiding zal in een stelsel van marktwerking niet automatisch tot stand komen. Het is daarom de vraag of marktwerking voor dit type zorgvraag een gewenst sturingsinstrument is. Twee alternatieven lijken hier voor handen: De zorgverzekeraars en de zorgaanbieders (medisch specialisten en ziekenhuizen) maken collectieve afspraken of de overheid regelt en financiert de acute zorg. Een probleem met deze laatste optie is het gevaar van afwenteling van de markt naar de collectief gefinancierde zorg. Er is immers geen scherpe scheiding aan te brengen tussen acute zorg en electieve zorg. Dat een ongevalslachtoffer met ernstig trauma 'acuut' is, zal niemand betwisten. Maar iemand die door de huisarts 'met spoed' wordt verwezen naar de tweede lijn? Is dat ook acute zorg?

Een oplossing voor dit dilemma kan als volgt worden gerealiseerd: Zowel voor acute als voor electieve zorg worden op vergelijkbare wijze afspraken gemaakt over volume, prijs en kwaliteit. De pure beschikbaarheidfunctie wordt rechtstreeks gefinancierd uit de algemene middelen, dan wel de algemene kas op basis van normatieve criteria als functies en adherentie.

#### *Dynamiek van de zorgmarkt*

Voor wat betreft deze typering van zorgmarkten kan worden opgemerkt dat deze in de gezondheidszorg kunnen verschuiven en dan altijd van de 'high tech' naar de 'low tech'. Een cataractoperatie was dertig jaar geleden nog een 'high tech' ingreep. Hoewel het nog steeds een hoogwaardig medisch-technische ingreep is, zijn zware infrastructurele voorzieningen er zeker niet meer voor nodig. Een consequentie van deze gedachte is, dat ziekenhuizen zich voor hun lange termijn strategiebeleid niet onverkort kunnen verlaten op hun infrastructuur als sterkte in hun onderhandelingspositie.

Daar staat tegenover dat er steeds weer nieuwe technologieën worden ontwikkeld en steeds weer nieuwe therapieën mogelijk worden. Deze nieuwe therapieën zullen in de eerste fase van hun levenscyclus wellicht een zware technologische infrastructuur nodig hebben.

Het beeld ontstaat 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.

#### *Patiëntselectie?*

In paragraaf 2 is gesteld dat zorgaanbieders in een marktgeoriënteerde omgeving 'zorgondernemers' zullen worden. Bedrijfseconomische overwegingen zullen een steeds grotere rol gaan spelen. Net als een 'gewoon' bedrijf zullen zorgondernemers onderzoeken in welke mate zij op hun diverse activiteiten winst maken. Activiteiten die niet winstgevend zijn zullen worden afgestoten.

Voor een normaal bedrijf is dat heel gewoon, maar voor een zorgaanbieder kan dat leiden tot patiëntselectie. Immers, een zorgaanbieder krijgt voor een patiënt een bepaalde vergoeding aan de hand van de bij die patiënt horende DBC. Deze vergoeding is een gemiddelde over een grote groep patiënten. Sommigen zullen goedkoper kunnen worden geholpen, voor anderen vallen de kosten hoger uit. Een zorgondernemer zal trachten inzicht te verkrijgen in de vraag welke patiënten 'duur' en welke 'goedkoop' zijn. Als hij aan de hand daarvan op voorhand kan bepalen aan welke patiënten hij geld verdient en welke hem geld kosten, heeft hij een motief om patiëntselectie toe te passen. Stel bijvoorbeeld dat voor een bepaalde DBC de leeftijd een goede indicator is om de werkelijke kosten van een patiënt in te schatten. Dan kan een zorgaanbieder het leeftijds criterium hanteren om patiënten te selecteren.

In termen van marktwerking gaat deze redenering echter verder. Dit selectiegedrag zal door alle zorgaanbieders worden toegepast. De groep patiënten die 'winst' opleveren zal nieuwe aanbieders lokken. De negatieve gevolgen van dit collectieve gedrag zijn echter duidelijk: voor de zwaardere groep patiënten zal de toegankelijkheid voor veel zorgaanbod afnemen. Tegelijkertijd zullen de zorgaanbieders die deze patiënten wel opnemen financiële problemen kunnen verwachten.

#### *De regionale situatie*

In de schets van de vier markten is niet ingegaan op het aspect 'regio'. In feite zou dat een derde dimensie zijn voor het hier gepresenteerde schema. Het is duidelijk dat in een gebied, waarin vele zorgaanbieders opereren (de randstad en de grote steden) onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en



aanbieders een wat ander karakter zullen hebben dan in de ‘perifere gebieden’.

#### **4 Consequenties voor het zorgaanbod**

In een marktsituatie zal in principe geen sprake zijn van enige vorm van capaciteitsplanning. Met andere woorden: er zal niet worden gestuurd op volume, aard en spreiding van het zorgaanbod. Dat heeft tot gevolg dat alle mogelijke vormen van zorgaanbod kunnen ontstaan. Van (ketens van) grootschalige topklinische voorzieningen tot eigenstandige functionerende éénmansbedrijfjes en alles wat daar tussen zit. Om deze pluriformiteit enigszins hanteerbaar te houden in de beschrijvingen van de eerder genoemde vier deelmarkten, worden hieronder twee prototypen van aanbieders van medisch specialistische zorg gepresenteerd: het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf en de medisch specialisten als beroepsbeoefenaren.

##### *Het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB)*

Bij het GMSB gaat het om organisaties die een omvattend pakket aan medisch specialistische zorg aanbieden. Daarbij zijn twee ‘subtypen’ te onderscheiden:

1. Het GMSB profileert zich als topklinische zorg met een R&D-functie en een opleidingsfunctie.
2. Het GMSB profileert zich als basis- of perifeer ziekenhuis. Deze zou zich zowel kunnen manifesteren als een keten van basisziekenhuizen, maar ook als eigenstandige ziekenhuizen.

In dit prototype wordt uitgegaan van een beeld van een ziekenhuis dat als één geheel medisch specialistische zorg wil aanbieden binnen een bepaald geografisch gebied. Het onderscheid ‘top’ of ‘basis’ beschrijft dan vooral de volledigheid en het niveau van de medisch specialistische zorg en de omvang van het adherentiegebied. Dit onderscheid komt min of meer overeen met wat het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) noemt het algemeen ziekenhuis als interventiecentrum en het algemeen ziekenhuis als basisziekenhuis (CBZ, 2002).

In de nota “Het ziekenhuis van de Toekomst” (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2002) worden vier hoofdstromen in de ontwikkeling van de ziekenhuiszorg beschreven. Het hier genoemde ‘basisziekenhuis’ lijkt overeen te komen met wat de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

noemt het ‘maatschappelijk ondernemende ziekenhuis’. Het hier genoemde ‘topziekenhuis’ lijkt min of meer overeen te komen met wat de NVZ noemt ‘het professionele bedrijf met een hoog risicoprofiel’.

#### *De medisch specialisten*

In het tweede prototype wordt ervan uitgegaan dat de medisch specialisten zelf hun zorgaanbod organiseren. Ook hier zijn twee ‘subtypen’ nader te onderscheiden:

1. Er is sprake van een ‘facilitair bedrijf’ dat diensten aanbiedt aan overigens zelfstandige (maatschappen van) specialisten. Deze structuur bestaat in deze zuivere vorm (nog) niet in Nederland, maar is op zich zeer wel denkbaar. Als de (administratieve) organisatie van ziekenhuizen volledig zou worden geënt op de productie van specialistenmaatschappen (doorkantelen), is deze vorm al bijna gerealiseerd. Ook zo’n facilitair bedrijf kan een zelfstandige organisatie zijn dan wel onderdeel vormen van een landelijke keten van facilitaire bedrijven.
2. Eén of een beperkt aantal specialisten biedt of bieden een beperkt aantal zorgproducten aan.

In dit prototype staat het medisch specialisme als deskundigheid centraal. Het verschil tussen beide subtypen is ook hier weer vooral de schaalgrootte. Dit onderscheid komt min of meer overeen met wat het CBZ noemt ‘het profiel ziekenhuis’ en ‘het dagziekenhuis’ (CBZ, 2002), respectievelijk een ZBC. Het ‘facilitaire bedrijf’ komt min of meer overeen met wat in de eerder genoemde nota van de NVZ wordt genoemd ‘het modulaire ziekenhuis’.

Er is een belangrijk verschil tussen beide prototypen. In het eerste geval onderhandelt de zorgverzekeraar met het management van de instelling. Dat management neemt de verantwoordelijkheid op zich voor de verzorging van een integraal aanbod aan medisch specialistische zorg voor haar adherentiegebied. Onderhandelingen zullen dan ook veelal gaan over integrale pakketten. De mate van ambitie van het management bepaalt of het ziekenhuis een status nastreeft van ‘topklinische voorziening’ of van ‘basisziekenhuis’. Dat zal nog sterker het geval zijn in een stelsel waarin geen overheidsplanning op kostbare investeringen meer bestaat.

In het tweede geval zijn de medisch specialisten zelf de eerste onderhandelingspartners van de zorgverzekeraar. De onderhandelingen zullen zich vooral bewegen op het niveau van de

concrete productie. In het geval van het ‘facilitair bedrijf’ zullen de medisch specialisten na hun productieafspraken met de zorgverzekeraar hun faciliteiten inkopen bij de instelling, die – zoals de NVZ het in haar eerder genoemde nota formuleert- een organisatorische schil is naar de buitenwereld.

## **5 Incentives van partijen**

### *Zorgverzekeraars*

Omdat een zorgverzekeraar in het toekomstige verzekeringsstelsel zorgplicht en acceptatieplicht heeft en daarnaast ook nog volledig (of in grote mate) risicodragend zal zijn, is zijn belangrijkste doelstelling de beheersing van de schadelast van zijn verzekerden. Aangezien de gezondheidssituatie van zijn verzekerden een gegeven is, zal de zorgverzekeraar de uitgavenkant zo veel mogelijk moeten trachten te beheersen. Dat betekent zo doelmatig mogelijk voldoende zorg inkopen voor zijn verzekerden.

De hoogte van de schadelast is mede bepalend voor de premie die de zorgverzekeraar moet berekenen voor zijn polissen. Dit is van belang voor zijn concurrentiepositie. Lagere premies betekenen meer verzekerden. 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 verzekeringspremie wisselen van zorgverzekeraar, maar een werkgever met honderden of mogelijk duizenden collectief verzekerde medewerkers (en aanhang) zal voor de kleinst mogelijke prijsverschillen al gevoelig kunnen zijn.

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 arbeidsgerateerde zorg (deels in het 3-e compartiment, psychosociale zorg, rugadviescentra). Zorgverzekeraars spelen op de wensen van de werkgevers in met gegarandeerde toegangstijden en 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.

Consumenten wensen meer zeggenschap over de zorg die zij wensen te ontvangen. Daarbij gaat het zowel over de reguliere zorg, alsmede de derde compartimentzorg. Zorgverzekeraars spelen daarop in met gedifferentieerde polissen met aanvullende modules.

#### *Zorgaanbieders*

In een marktsituatie zullen zorgaanbieders worden geconfronteerd met zorgverzekeraars die hun producten op vele punten zullen afwegen tegen die van concurrerende zorgaanbieders. Niet alleen de prijs zal een rol spelen, maar ook zaken als kwaliteit, flexibiliteit en snelheid van levering. Op al deze punten zullen zorgaanbieders hun functioneren moeten optimaliseren. Nieuwe zorgaanbieders zullen toetreden en de zekerheid van een contracteerverplichting zal zijn verdwenen.

Zorgverzekeraars zullen alle mogelijke middelen gebruiken om de laagst mogelijke prijzen te bedingen. In principe staan hen hierbij twee typen instrumenten ter beschikking: Zij kunnen gebruik maken van vergelijkingsinformatie (bijvoorbeeld prijsvergelijkingen, benchmarkgegevens) en zij kunnen rechtstreeks stuurinstrumenten inzetten (bijvoorbeeld: open inschrijvingen voor het verkrijgen van zorgcontracten, wachtlijstbemiddeling, zelf participeren in of het opzetten van medisch specialistische voorzieningen, keuze voor preferred providers). De eerste groep instrumenten zal vooral een rol kunnen spelen in de onderhandelingen met zorgaanbieders. De tweede groep instrumenten zet vooral concurrentieprocessen tussen zorgaanbieders in gang. In beide gevallen zal een steeds grotere druk worden uitgeoefend op de zorgaanbieders voor wat betreft de prijs en kwaliteit van hun zorgproducten.

#### *Patiënten / verzekerden*

Patiënten willen adequaat, snel, dicht bij huis en vriendelijk geholpen worden. Verzekerden willen vooral een zo laag mogelijke premie betalen voor een zo volledig mogelijk pakket. Ervan uitgaande dat mensen in staat zijn hierin individuele keuzes te maken, mag verwacht worden dat zorgverzekeraars hen voor het tweede compartiment een tweetal keuzen zal aanbieden: een duurdere polis met vrije keuze van artsen en voorzieningen tegenover een goedkopere polis waarin de toegang tot de zorg is beperkt tot 'preferred providers'. Daarnaast zal voor het derde compartiment een grote variëteit aan aanvullende polissen worden aangeboden.

Men kan zich overigens afvragen of een stelsel van ‘preferred providers’ polissen in Nederland veel kans zal maken. De vrijheid van artsenkeuze zit diep in ons systeem. Een apart aandachtspunt hierin is de vraag naar de toegang tot de medisch specialistische zorg. Momenteel geldt in Nederland dat voor het verkrijgen van deze toegang een verwijzing van de huisarts nodig is. Het is de vraag of deze beperking gehandhaafd zal blijven. Er ligt hier een afwegingsvraagstuk tussen doelmatigheid (de huisarts werkt als een zeef en voorkomt een onnodig beroep op medisch specialistische deskundigheid) en vrije toegang tot de zorg. Als zou blijken dat een substantieel aantal verzekerden recht wil hebben op rechtstreekse toegang tot medisch specialistische zorg, zouden ook in dit opzicht gedifferentieerde polissen kunnen ontstaan.

#### *Overheid*

De overheid is grondwettelijk verplicht voor zijn burgers een goede gezondheidszorg in stand te houden. Daarbij heeft de overheid de plicht om de gezondheidszorg maatschappelijk betaalbaar te houden, haar toegankelijk te laten zijn voor alle inwoners van Nederland en een kwaliteit van zorg te garanderen die overeen komt met de voor een ontwikkeld land gebruikelijke normen. De overheid zal zich steeds minder bemoeien met de feitelijke organisatie van de gezondheidszorg. Haar zorg zal zich vooral richten op een beheerste ontwikkeling van de collectieve uitgaven aan de gezondheidszorg en op het bewaken van een redelijke spreiding van voorzieningen over Nederland.

## **5 De werking van de markt van medisch specialistische zorg**

In het voorgaande zijn de fundamenten gelegd voor een beschrijving van de werking van de markt voor medisch specialistische zorg. Uitgangspunten zijn geformuleerd, de zorgmarkt is opgesplitst in deelmarkten met ieder een eigen problematiek van vraag en aanbod, het pluriforme zorgaanbod is teruggebracht tot een beperkt aantal prototypen en de incentives van de belangrijkste partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten/verzekerden en de overheid) zijn beschreven.

## Vier deelmarkten

### MARKT I

*Problematische wachttijden*

*Nieuw aanbod is gemakkelijk te realiseren*

In deze situatie kunnen in principe alle vier typen zorgaanbieders in de markt zijn om op de vraag van de verzekeraars in te spelen. (Denk bijvoorbeeld aan het wegwerken van de wachtlijsten voor cataractoperaties.) Maar het is de vraag of dat ook zal gebeuren. Voor grote organisaties kan het problematisch zijn om tijdelijk op één onderdeel de productie drastisch te verhogen. Veeleer lijkt dat iets te zijn voor kleine, flexibele zorgaanbieders. Bovendien gaat het hier 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 offrenen 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.

Recente krantenberichten lijken deze trend inderdaad te bevestigen. De indruk bestaat dat het aantal ZBC's aan het toenemen is, vooral in die zorgsectoren, waarin sprake is van problematische wachttijden (oogheekundige zorg en orthopedie). Opmerkelijk is dat daarbij ook reguliere instellingen zich niet onbetuigd laten. Daarbij bestaat de indruk dat zij een verruiming van het aanbod vaker buiten de muren van het eigen ziekenhuis zoeken in aparte voorzieningen. Dit komt enerzijds voort uit de slagvaardigheid die extern gemakkelijker is te organiseren. Tevens wenst men hiermee een cultuuromslag voor de eigen instelling te bewerkstelligen.

### MARKT II

*Problematische wachttijden*

*Nieuw aanbod is moeilijk te realiseren*

Het zorgaanbod dat hier wordt bedoeld zal in veel gevallen een topklinisch of in ieder geval een klinisch karakter dragen. Op korte termijn is het zorgaanbod in deze markt voor zorgver-

zekeraars een gegeven. Daarom lijken twee strategieën voor zorgverzekeraars mogelijk om in de Nederlandse situatie alsnog 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 (stuurinstrument).
- Een tweede strategie voor de korte termijn is dat zorgverzekeraars voor dit type zorgaanbod collectieve onderhandelingen voeren met alle voorzieningen die dit aanbod leveren. Vanwege de spanning tussen vraag en aanbod, zitten de zorgaanbieders immers min of meer in een monopoliepositie. Zorgverzekeraars zouden daar een ‘inkoopmonopolie’ tegenover kunnen zetten. Het daarbij betrekken van de mogelijkheid om contracten met buitenlandse zorgaanbieders aan te gaan, kan enerzijds voor de korte termijn de aanbodcapaciteit in deze deelmarkt vergroten en anderzijds de onderhandelingen op de Nederlandse zorgmarkt onder druk zetten.

Voor de langere termijn valt moeilijk in te schatten hoe deze markt zich zal ontwikkelen. Met de toenemende vergrijzing en de toenemende medisch-technologische 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.

### **MARKT III**

*Geen problematische wachttijden*

*Nieuw aanbod is gemakkelijk te realiseren*

Op deze markt beschikken zorgverzekeraars 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. Een interview met leidinggevendenden van Medinova, een keten van privé-klinieken, illustreert dit:

*“Onze specialiteit is 24-uurs (dag-)behandelingen, maar wij willen het aantal medisch specialismen wel uitbreiden als dat mogelijk is.”*

(Projectorganisatie DBC 2003, Infobulletin nr. 6)

Het zorgaanbod in deze deelmarkt zal alle verschijningsvormen kennen 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. In al dat zorgaanbod zal kwaliteitsverschil te vinden zijn. Gegeven het feit dat de kwaliteit van de gezondheidszorg vooral wordt bepaald door de 'state of the art' en bewaakt wordt door de inspectie voor de gezondheidszorg, zal het kwaliteitsverschil tussen zorgaanbieders vooral tot uitdrukking komen in verschillende niveaus van 'luxe zorg'. ZBC's die aan de lopende band standaardbehandelingen in dagopnamen verrichten tegenover privé-klinieken die een behandeling vergezeld laten gaan van een verblijf in een luxe hotel.

#### **MARKT IV**

*Geen problematische wachttijden*

*Nieuw aanbod is moeilijk te realiseren*

In dit geval zullen zich niet gemakkelijk nieuwe aanbieders op een de zorgmarkt 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. Daarmee kan een nadere differentiatie van de ziekenhuissector in gang worden gezet: ziekenhuizen die in brede zin kunnen worden beschouwd als 'topklinische ziekenhuizen', ziekenhuizen die op één specialisme topzorg leveren, maar voor de overige zorg als basisziekenhuis functioneren en ten slotte de ziekenhuizen die zich in de breedte als basisziekenhuis profileren.

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.

#### **Kanttekeningen**

*Marktontwikkelingen*

Hierboven is een beeld geschetst van een viertal deelmarkten in de medisch specialistische zorg. Een belangrijk onderscheid is de zorg die relatief gemakkelijk valt te organiseren tegenover de zorg die, om wat voor reden dan ook, relatief moeilijk is te organiseren. Dat laatste kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van



schaarse deskundigheid of de noodzaak van kostbare infrastructuur.

De verwachting is dat de deelsector van 'gemakkelijk te organiseren zorg' op afzienbare termijn meer differentiatie zal gaan kennen. Vanuit Medinova wordt in hetzelfde eerdergenoemde interview gesteld:

*"Wij denken dat er ruimte is voor een dergelijk zorgaanbod. [dagklinieken] Dankzij de transparantie die het gevolg is van DBC-registratie verwachten we ook een efficiëncyslag in de gehele zorgverlening, waardoor verdergaande specialisatie zal optreden. Of zich dat gaat afspelen in de vorm van ZBC's of van gespecialiseerde, reguliere ziekenhuizen weten we niet, maar de markt vraagt erom."*  
(Projectorganisatie DBC 2003, Infobulletin nr. 6)

#### *Schaarste aan personeel*

Met name voor het zorgaanbod dat relatief gemakkelijk te organiseren is, wordt een uitbreiding van de markt voorspeld. Onder meer wordt verwacht een toename van het aantal privé-klinieken en een nadere differentiatie naar luxevoorzieningen. Als die ontwikkelingen zich inderdaad voordoen, zal er spanning kunnen ontstaan op de arbeidsmarkt, zowel op die van de medisch specialisten als op die van het verplegend en verzorgend personeel.

Recente berichten over medisch specialisten die vanuit inkomensoverwegingen overstappen vanuit academische ziekenhuizen naar perifere ziekenhuizen wekken de indruk dat het prijsmechanisme zeer wel werkt. Wanneer sprake is van concurrerende voorzieningen, zal nog sterker een patroon kunnen ontstaan waarin medisch specialisten worden weggekocht om daarmee voor zorgverzekeraars een aantrekkelijke onderhandelingspartner te worden. Denk onder meer aan de eerdere suggestie dat sommige basisziekenhuizen wellicht zullen proberen om zich op één specialisme te willen profileren.

Er zijn bij deze ontwikkeling twee kanttekeningen te plaatsen:

- in een tijd van schaarse deskundigheid zal dit kunnen leiden tot prijsopdrijving;
- de beste specialisten en wellicht ook de beste verpleegkundigen en paramedici worden weggekocht.

Deze gedachte roept de suggestie op dat op afzienbare termijn een toenemende differentiatie zal ontstaan in het kwaliteits-

niveau van aanbieders van medisch specialistische zorg.  
Kwaliteit in een brede betekenis van het woord.

#### *Commerciële zorg*

De introductie van marktwerking in de medisch specialistische zorg zal de mogelijkheden voor commerciële zorg verder vergroten. Het is immers denkbaar dat concurrerende zorgverzekeraars voor bepaalde commerciële verrichtingen in hun aanvullende polissen tegemoetkomingen zullen opnemen om daarmee aantrekkelijk te zijn voor potentiële klanten.

Het bekendste voorbeeld van een commercieel medisch specialistisch zorgaanbod is de plastische chirurgie. Sinds enkele jaren is daarbij gekomen de refractiechirurgie: oogartsen kunnen bepaalde groepen mensen via een chirurgische ingreep afhelfen van de noodzaak een bril of contactlenzen te dragen. Ook deze ingreep wordt als een cosmetische ingreep gezien en niet vergoed door zorgverzekeraars.

#### *Polissen*

Voor het contracteren van zorg ten behoeve van de ‘vrije keus polis’ ligt het voor de hand dat zorgverzekeraars algemene afspraken zullen maken met zorgaanbieders. Zelfs is denkbaar dat de afspraken worden gemaakt tussen de koepels van zorgaanbieders (NVZ, VAZ en OMS) en de koepels van zorgverzekeraars (ZN). Daarbij zou kunnen worden afgesproken dat de gemiddelde landelijke prijs van een DBC als richtsnoer zal gelden voor de vergoeding die een zorgverzekeraar betaalt voor een verzekerde die een ‘vrije keus’ polis heeft. De zorgverzekeraar kan op grond van het aantal verzekerden dat hij heeft met een dergelijke polis uitrekenen hoe hoog de premie voor zo’n polis moet zijn.

Voor het contracteren van zorgaanbieders voor de ‘preferred providers’ polissen zal een individuele zorgverzekeraar onderhandelingen voeren met individuele dan wel samenwerkende zorgaanbieders.

## **7 Het publieke belang**

### **Betaalbaarheid**

#### *Solidariteit*

De vraag naar de betaalbaarheid van de zorg spitst zich toe op de vraag of de zorg waarvan de samenleving vindt dat iedereen daar toegang toe moet kunnen hebben, collectief financieerbaar

blijft. Dat is echter geen vraag naar de invloed van de marktwerking op de betaalbaarheid van de zorg, maar naar de vraag in hoeverre de overheid die betaalbaarheid wil garanderen in de vorm van collectieve middelen. Overigens kan gesteld worden dat het juist bij uitstek het primaat van de politiek is te bepalen welk deel van de zorg tot het basispakket gerekend kan worden. Die politieke beslissing zal uitmaken in hoeverre de basale zorg maatschappelijk betaalbaar zal blijven.

Afhankelijk van deze beslissing kan voor de individuele burger een steeds groter deel van de 'luxere' gezondheidszorg minder betaalbaar worden. Anders geformuleerd: het ligt in de lijn der verwachting dat het aandeel van de luxere zorg in het zorgaanbod zal toenemen en verder differentiëren. Boven het niveau van de basale zorg ontstaat een markt als ieder andere.

Op langere termijn kan worden verwacht dat er, zeker voor de electieve, gemakkelijk te organiseren zorg, uiteindelijk een type marktsituatie ontstaat, die niet of nauwelijks zal afwijken van een 'gewone' consumentenmarkt. Dat wil zeggen: alle aanbod van 'supermarkten' voor de eenvoudige zorg tot hooggespecialiseerde voorzieningen voor topklinische zorg. Van 'kale' basiszorg tot luxe zorg.

Vanuit het publieke belang, zoals we dat nu kennen, is dat even wennen. De gelijkvormigheid zal verdwijnen. Er komt nadrukkelijk een segment van "derde" compartimentzorg", waarvoor een prijs betaald wordt. De "toegankelijkheids" solidariteit zal afnemen. Er zal voor moeten worden gewaakt dat de als noodzakelijk omschreven basiszorg wel voor iedere inwoner van Nederland in gelijke mate toegankelijk blijft. Ook hier ligt het primaat bij de politiek: inkomensafhankelijke versus nominale premies voor het basispakket, bepalen de inkomenssolidariteit met betrekking tot de collectieve basiszorg. De mate van risicoverevening, samen met acceptatieplicht en regulering over premiestelling worden eveneens door de overheid bepaald, en bepalen uiteindelijk de mate van "risicosolidariteit."

De vraag is natuurlijk hoe dat zich vervolgens weer vertaalt in nadere differentiaties van polissen en eigen betalingen. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat een ontwikkeling tot stand zal komen naar verschillende polissen vanaf een smal pakket met basale zorg tot brede pakketten met luxe zorg. Het principe van (inkomens) solidariteit wordt daarmee vergaand losgelaten. Uwe Reinhardt schreef al in 1989:

“Perhaps the future evolution of the European health systems will teach Americans that the lack of social solidarity typically ascribed to American health care (...) is actually the more natural long-run state of nature.” (Reinhardt, 1989)

#### *Patiëntenselectie*

In paragraaf 3.2 is gesuggereerd dat zorgaanbieders vanuit bedrijfseconomische overwegingen tot patiëntenselectie zullen kunnen overgaan. Dat leidt 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.

#### *Schaarste*

De vele wachtlijsten tonen aan dat medisch specialistische zorg schaars is. In een marktsituatie stuwt schaarste de prijzen op. Wachtlijsten lokken extra zorgaanbod uit, zeker waar dat zorgaanbod relatief gemakkelijk is te organiseren. Maar wanneer de wachttijden daardoor afnemen, ontstaat een zekere overcapaciteit die zal worden opgevuld door additionele zorgvragen. De maatschappelijke kosten nemen daardoor nog verder toe. Waar dit betrekking heeft op collectief gefinancierde zorg zal de overheid moeten overgaan tot pakketbeperking of tot invoering of verhoging van eigen bijdragen.

## **8 Toegankelijkheid**

#### *Algemeen*

Hierboven is al iets gezegd over de financiële toegankelijkheid van de zorg. Er is ook nog de vraag naar de fysieke toegankelijkheid. Een zuivere marktsituatie zal niet zonder meer leiden tot een, vanuit de patiënt gezien, optimale spreiding van voorzieningen over Nederland. Toch moet dit aspect met enige nuancering worden beschouwd.

Vanuit kosten- en concurrentieoverwegingen is het waarschijnlijk dat de fusiebeweging van ziekenhuizen zich in een marktsituatie nog wel verder zal doorzetten. Zeker voor ‘ambitieuze’ ziekenhuizen zijn schaalvoordelen belangrijk. Daar staat tegenover dat zo’n concentratietendens naar grote instellingen juist ruimte geeft aan kleine voorzieningen om de ontstane leemtes in te vullen. In een marktsituatie zijn de mogelijkheden daartoe aanwezig. Eerder in deze notitie werd al vanuit Medinova geciteerd dat men duidelijk ruimte ziet

voor een uitbreiding van het aantal dagklinieken en het aantal in te zetten medisch specialismen.

Met andere woorden: voor de 'gewone' medisch specialistische zorg zal onder marktcondities een situatie ontstaan, waarin een kleiner aantal ziekenhuizen van het prototype Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf dan nu zullen bestaan en waarschijnlijk ongelijk verdeeld over Nederland. Tegelijkertijd zullen vele kleinschalige voorzieningen ontstaan, waar mensen voor basale medisch specialistische zorg terecht kunnen. Dit zal kunnen worden gerealiseerd door afzonderlijke privé-klinieken, door ketens van privé-klinieken (zoals bijvoorbeeld Medinova), maar evengoed door de ziekenhuizen zelf die kleinschalige satelietvoorzieningen creëren. Het valt niet te voorspellen of de spreiding die daarmee zal ontstaan uiteindelijk maatschappelijk acceptabel is.

De topklinische zorg zal geconcentreerd blijven in een beperkt aantal centra. Zoals hiervoor al eens is aangegeven, is het wel denkbaar dat basisziekenhuizen op één of enkele specialismen een hoger niveau van zorg kunnen aanbieden. Maar de spreiding daarvan zal betrekkelijk toevallig zijn.

#### *Acute zorg*

Eerder in deze notitie is er op gewezen dat acute zorg een eigen, aparte dynamiek kent. Dat geldt ook voor de toegankelijkheid van de zorg. De overheid zal normen moeten formuleren voor de toegang tot acute zorg. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht. De overheid zal de zorgverzekeraar afrekenen op zijn vermogen om ook voldoende 'acute zorg' te contracteren.

#### *De 'verre verzekerden'*

Zorgverzekeraars hebben in principe geheel Nederland als werkgebied, ook al zijn de meeste van hen duidelijk regionaal georiënteerd. Regionaal werkende zorgverzekeraars krijgen steeds meer te maken met 'verre verzekerden'. Het is de vraag hoe in een marktsituatie met dat fenomeen zal worden omgegaan. In het verleden zijn er pogingen geweest om tot afspraken te komen tussen zorgverzekeraars om voor elkaars verzekerden te zorgen. Dat initiatief is in het huidige stelsel al op niets uitgelopen. In een marktgeoriënteerd stelsel lijkt dat nog minder kans te maken. Tegelijkertijd is het voor een zorgverzekeraar bedrijfseconomisch niet aantrekkelijk om voor een beperkt aantal verzekerden buiten zijn directe werkgebied bilaterale onderhandelingen te voeren met alle mogelijke aan-

bieders van medisch specialistische zorg. Twee oplossingen dringen zich op:

- De zorgverzekeraar dwingt zijn verre verzekerden tot een 'preferred provider' polis door in iedere verre regio maar met één of enkele zorgaanbieders contracten af te sluiten.
- Zorgverzekeraars gaan collectief contracten aan met het collectief aan zorgaanbieders voor deze groep verzekerden. Dit kan op administratieve bezwaren stuiten van de zorgaanbieders. (Zie bij voorbeeld de bezwaren van de huisartsen tegen de 'verre verzekerden'.)

#### *Concurreren op kennis*

Het is in de gezondheidszorg niet gebruikelijk te concurreren op innovaties in de medisch specialistische zorg. Sterker nog: vanuit de wetenschappelijke traditie is het eerder gebruikelijk om nieuwe inzichten in een vroeg stadium uit te wisselen en nieuwe, succesvolle medische technologieën (in een brede betekenis van het woord) snel te verspreiden.

In een concurrerende markt zou dat kunnen veranderen. Met name instellingen die innovaties weten door te voeren waardoor de kostprijs van diagnosestelling en therapie omlaag kunnen, hebben in een marktgeoriënteerd systeem eerder een prikkel om die kennis niet te verspreiden dan wel. In termen van publiek belang kan zo'n ontwikkeling negatief worden geïnterpreteerd. Overigens kan een diffusie/proliferatie doelstelling als "collectief" goed tot de taak van academische en topklinische ziekenhuizen gerekend worden, bijvoorbeeld bij de financiering van de kosten van de na- en bijscholing van medisch specialisten, respectievelijk bij de R&D-functie.

#### *Opleidingen*

Tot het vraagstuk van de toegankelijkheid van de zorg behoort ook de noodzaak voldoende beroepsbeoefenaren op te leiden. De overheid is ervoor verantwoordelijk dat er voldoende beroepsbeoefenaren zijn. Omdat opleiden ten koste gaat van de productiecapaciteit, zal er in een marktsituatie niet veel animo zijn om zelf opleidingen te organiseren. De overheid zal dat daarom moeten financieren en via bijvoorbeeld aanbestedingen zorgaanbieders moeten interesseren in de ontwikkeling van een opleidingsfunctie. Ook is denkbaar dat de overheid instellingen aanwijst als opleidingsinstituut.

#### *Kwaliteit*

Verwacht mag worden dat in een marktgeoriënteerde medisch specialistische zorg de kwaliteit van de zorgverlening steeds

meer aandacht krijgt. Zeker waar een zorgverzekeraar kan kiezen uit meerdere aanbieders, zal het argument van de tevredenheid van zijn verzekerden over de geleverde zorg zwaar wegen in de contractbesprekingen. Daarbij zal het gehele traject van zorgverlening onderwerp van aandacht zijn. Vanaf de intake tot de nazorg. Men mag verwachten dat steeds meer aandacht zal worden gegeven aan protocollering van de medisch specialistische zorg, zowel naar doelmatigheid, naar kwaliteit van zorg als naar bejegening. Vanuit bedrijfseconomisch standpunt komt daar nog de prikkel bij dat de kosten van aansprakelijkheidsverzekeringen zo laag mogelijk moeten worden gehouden. Een goed kwaliteitsbeleid is daartoe een voorwaarde.

Te verwachten is dat voor zorgaanbieders stelsels van accreditatie en certificering zullen gaan ontstaan, zodat voor de zorgvrager duidelijk zal zijn welke zorgaanbieder voldoet aan kwaliteitsnormen die zijn opgesteld door de betreffende brancheorganisaties. Ten slotte zal de overheid vanuit haar verantwoordelijkheid toezicht houden op de kwaliteit van zorg.

## Toekomstige inrichting aanbod medisch specialistische zorg

### Bijlage bij Van aanbodplanning naar vraagsturing

#### Inleiding

In het voorgaande is vooral aangegeven dat het aanbod aan medisch specialistische zorg in een marktsituatie een pluriform beeld te zien zal geven. Veel meer pluriform dan in de huidige situatie. Hoewel aan het begin van deze notitie is opgemerkt dat een en ander tamelijk speculatief is, ligt toch de vraag voor de hand of deze verwachting meer concreet is te maken. Hoe zal het aanbod aan medisch specialistische hulp er op termijn uit kunnen gaan zien, uitgaande van de eerder gedane aannames?

#### De huidige situatie

Laten we beginnen met de huidige situatie (2001) in beeld te brengen, voor zover die althans bekend is. (PM. met enig spoorwerk kunnen de meeste ontbrekende cijfers nog worden toegevoegd).

#### Instellingen:

Academische ziekenhuizen:	8	bedden: 7.900
Algemene ziekenhuizen:	94	bedden: 41.600
Categoriale ziekenhuizen:	10	bedden: 1.700
Opleidingsziekenhuizen (STZ)	16	
Ziekenhuizen met SEH:	-	
ZBC's:	-	bedden: 0

#### Beroepsbeoefenaren (FTE):

Medisch specialisten in Academische ziekenhuizen:	2.900
Medisch specialisten in Algemene ziekenhuizen:	7.200
Medisch specialisten in Categoriale ziekenhuizen:	220
Medisch specialisten in ZBC's:	-
AGIO's:	3.650
AGNIO's:	2.200
Opleiders:	-

Bron: Prismant, 2002

Nederland kent naast de 8 academische ziekenhuizen een samenwerkingsverband van 16 opleidingsziekenhuizen. Deze verzorgen naast de academische ziekenhuizen het grootste deel van de medische vervolgopleidingen. Naast deze ziekenhuizen



worden in ca de helft van de ziekenhuizen op beperkte schaal vervolgopleidingen verzorgd. Vanuit de kwaliteit (opleidingsklimaat) is het gewenst om opleidingen te concentreren. Dit zal de komende jaren plaatsvinden. Tegelijkertijd zal het aantal AGIO's gelet op de toenemende vraag naar medisch specialistische zorg toenemen. Het aantal opleidingsziekenhuizen zal dus nog iets toenemen.

### **Verwachte mechanismen**

Een samenvatting van de verwachte mechanismen die van invloed zullen zijn op de organisatie van het medisch specialistisch zorgaanbod.

- De vraag zal bepalend zijn voor het aanbod aan medisch specialistische capaciteit. Het marktmechanisme zal ertoe leiden dat voor gemakkelijk te organiseren zorgaanbod een overcapaciteit zal kunnen ontstaan. Die overcapaciteit zal weer zijn eigen vraag creëren.
- Een sterke groei van het aantal kleinschalige voorzieningen voor zorg die relatief gemakkelijk valt te organiseren. In het bijzonder voor die zorg, waarvoor op dit moment een problematische spanning tussen zorgvraag en zorgaanbod bestaat. Op dit moment is er sprake van een sterke toename van het aantal ZBC's respectievelijk aanvragen om erkenning als ZBC. Een deel van deze vraag komt vanuit de ziekenhuizen, die een ZBC willen starten buiten of binnen het eigen ziekenhuis.
- Producttypering met integrale bekostiging per product maakt het mogelijk om een "goede" prijs te krijgen voor de verschillende producten, anders dan een situatie waarin slechts de variabele kosten worden vergoed. Dit lokt extra aanbod uit.
- Medisch technologische ontwikkelingen zorgen ervoor dat een substantieel deel van de ziekenhuisproductie in een gedecentraliseerde omgeving tot stand kan komen.
- Mede als reactie op deze 'marktverdunding' zal voor dit type zorg sprake zijn van fusies en ketenvorming. In het buitenland (Duitsland, V.S.) bestaan deze constructies al langer.
- De laatst genoemde ontwikkeling is vooral gericht op overleving in een concurrerende omgeving, verbetering van de doelmatigheid/ of winstmaximalisatie. Daarnaast zal ook steeds meer sprake zijn van functionele, zakelijke samenwerking tussen overigens zelfstandige organisaties. Daarbij valt te denken aan samenwerking op het gebied van de opleidingsfunctie, op het gebied van de spoedeisende medische hulp, enz.

### **Inhoudelijke aannames**

- Gegeven de Nederlandse schaal, lijkt het onwaarschijnlijk dat het aantal academische ziekenhuizen nog verder zal stijgen. Eerder zal dit aantal kunnen afnemen. Deze gedachte kan worden gerelateerd aan de vraag hoeveel topklinische en topreferente zorg nodig is voor een land als Nederland. En hoeveel faculteiten nodig zijn om voldoende basisartsen op te leiden. In ieder geval valt het betwijfelen of er in een marktsituatie financiers te vinden zijn voor de oprichting van een nieuw academisch ziekenhuis.
- Het aanbod ten behoeve van de acute zorgvraag zal apart worden gecontracteerd en zal een van bovenaf opgelegde spreiding over Nederland kennen.
- Omdat de vraag naar medisch specialistische zorg zal toenemen, zal ook de behoefte aan opleidingsplaatsen toenemen. Het aantal opleidingsziekenhuizen zal toenemen.
- Het aantal medisch specialisten zal –met een vertraging vanwege de opleidingsduur- stijgen. Hoe groot die stijging zal zijn is speculatief. De vraag naar zorg is groter dan het huidige aanbod, maar vanuit marktoverwegingen is een ongebreidelde groei van het aantal medisch specialisten ook niet aantrekkelijk. Taakherschikking en functiedifferentiatie onder regie van de medisch specialist kan tot een efficiëntere wijze van werken leiden, waarbij met hetzelfde aantal medisch specialisten een groter aantal mensen kan worden geholpen.

### **Een toekomstig beeld van het medisch specialistisch zorgaanbod**

Mede op basis van het vorenstaande kunnen de contouren worden geschetst van een toekomstig aanbod aan medisch specialistische zorg. Het is bedoeld als een ruwe schets, die kan helpen een minder abstracte voorstelling te geven van de verwachte organisatie van het zorgaanbod.

### **In functionele termen**

60 – 90	ziekenhuislocaties met spoedeisende medische hulp. Hiervan zijn:
20 – 30	ziekenhuislocaties die een compleet spectrum aan functies, inclusief één of meer topklinische functies, aanbieden, alsmede als opleidingsziekenhuis functioneren.
Hiervan zijn:	6 – 8 academische ziekenhuizen.
30 – 50	locaties van basisziekenhuizen zonder faciliteiten voor spoedeisende medische hulp
10 – 30	locaties van categorale ziekenhuizen
250 – 500	locaties van extramurale praktijken. Hierin werken 1 tot 10 medisch specialisten. Er kan op beperkte schaal sprake zijn van klinische faciliteiten.

Bron: Prismant, 2002

### **Toelichting**

Het aantal benodigde academische functies in Nederland zou in principe kunnen afnemen. Belangrijkste minimumeis wordt gevormd door de opleidingsbehoefte voor basisartsen. Een maximumeis kan worden geformuleerd door de benodigde omvang van de vraag naar topklinische en topreferente zorg.

Het aantal opleidingsziekenhuizen zal iets moeten toenemen vanwege de grotere instroom in de vervolgopleiding in de komende jaren. Voorwaarde is dat de omvang van de opleidingsziekenhuizen op peil blijft, en niet wordt uitgehold door een massale uittocht van specialisten naar de explosief in aantal toenemende ZBC's en extramurale praktijken.

### **In organisatorische termen**

De verwachting is dat op de een of andere wijze clustering van het medisch specialistisch aanbod zal gaan plaats vinden. Als het gaat om clustering op landelijk niveau zal dat de vorm aan kunnen nemen van ketens of holdings.

Binnen Nederland zal wellicht ruimte zijn voor 3 – 5 ketens voor medisch specialistische zorg. Zo'n keten zou kunnen bestaan uit maximaal 20 regionaal gespreide ziekenhuizen en/of 10- 80 extramurale praktijken,

Daarnaast – en mogelijk in combinatie daarmee -zullen op regionale schaal ook 'verticale' ketens kunnen gaan ontstaan: ziekenhuizen met extramurale praktijken, verpleeghuizen, thuiszorg, huisartsen- en dienstencentra.

### **In 'zakelijke' termen**

Naast deze beide fundamentele veranderingen in het zorgaanbod, zullen ook vele zakelijke samenwerkingsverbanden ontstaan, zoals ze nu overigens ook al bestaan.

Bijvoorbeeld op het gebied van:

- de opleidingsfunctie (AZ-en en OZ-en);
- allerlei andere functies zoals laboratorium, apotheek en inkoop.

Dit soort samenwerking kan plaatsvinden zonder dat sprake is van fusies of ketenvorming.

