

Marktconcentraties in de ziekenhuissector

 **Bureau voor Economische Argumentatie**

Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies
Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg

Zoetermeer, 2003

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	10
1.1	Aanleiding	10
1.2	Vraagstelling aan KPMG BEA	11
2	Uitwerking vraagstelling	14
2.1	Achtergrond	14
2.2	Analysekader	14
2.3	Onderzoeksvragen	18
2.4	Criteria voor toetsing	19
3	Het belang van keuzemogelijkheden	21
3.1	Huidige situatie	22
3.2	Toekomstige situatie	23
4	Optimale schaalgrootte	25
4.1	Relatie tussen schaalgrootte en kwaliteit	26
4.2	Relatie tussen schaalgrootte en toegankelijkheid	29
4.3	Relatie tussen schaalgrootte en betaalbaarheid	33
5	Optimale marktstructuur	36
5.1	Zes factoren voor de ideale marktstructuur	37
5.2	Fusies van ziekenhuizen	48
5.3	ZBC's	49
5.4	Buitenlandse aanbieders	52
6	Rol van de overheid	56
6.1	Wegnemen belemmeringen voor verzekeraar en zorgaanbieder	57
6.2	Creëren marktmeester	58
7	Aanbevelingen	60
	Bijlagen	
1	Begeleidingscommissie en onderzoeksteam	63
2	Gesprekspartners	65
3	ZBC's	67
4	Buitenlandse aanbieders	71
5	Lijst van afkortingen	77
6	Literatuur	79
7	Overzicht publicaties RVZ	83

Samenvatting

Het verlies van keuzemogelijkheden door voortdurende marktconcentratie in de ziekenhuissector heeft bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geleid tot zorgen over het fusieproces van ziekenhuizen. Behoud van keuzemogelijkheden is belangrijk voor een succesvolle omslag naar een meer vraaggestuurd zorgstelsel. Aan de andere kant zijn er ook voordelen aan te wijzen van concentratie en samenwerking in de ziekenhuissector, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid.

In opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft KPMG Bureau voor Economische Argumentatie (KPMG BEA) onderzocht wat de optimale schaalgrootte is van zorgaanbieders waarbij zorg van hoge kwaliteit op doelmatige wijze wordt geproduceerd, en waarbij keuzemogelijkheden voor burger en verzekeraar zijn gewaarborgd.

1. Conclusies

Belang van keuze

Keuzemogelijkheden zijn vooral belangrijk in die markten waar de overheid bureaucratische prikkels wil vervangen door marktprikkels. Keuze is een randvoorwaarde voor marktwerking, maar keuze blijft een *middel* om marktresultaat te beïnvloeden, *niet een doel op zich*. Uit interviews blijkt dat verzekeraars de huidige concentratietendens van ziekenhuizen niet toejuichen, maar dat behoud (of verbetering) van keuzemogelijkheden momenteel niet de eerste prioriteit is. Belangrijker is het terugdringen van wachtlijsten en het efficiënter leveren van zorg. Bij introductie van marktwerking kan het belang van keuzemogelijkheden echter sterk toenemen omdat bij marktwerking verzekeraars willen kiezen uit verschillende aanbieders. Het belang van keuze voor patiënten heeft KPMG BEA niet specifiek onderzocht (maar is onderwerp van onderzoek door de RVZ). Toch blijkt uit de interviews dat patiënten steeds mondiger worden. Het belang van keuze verschilt sterk per type zorg en per patiënt.

Optimale schaalgrootte

KPMG BEA heeft onderzocht wat de optimale schaalgrootte zou zijn in relatie tot het marktresultaat. Wij komen tot de conclusie dat op die vraag geen eenduidig antwoord is te geven. Op alle drie de aspecten van het marktresultaat (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) bestaat een genuanceerd beeld: op sommige deelaspecten is een groot ziekenhuis beter (bijvoorbeeld breder en meer gespecialiseerd

zorgaanbod), op andere deelaspecten een klein ziekenhuis (bijvoorbeeld toegankelijkheid, klantvriendelijkheid). Daar komt bij dat het denken in *spreiding van functies van een groep ziekenhuizen* steeds belangrijker wordt dan het denken in de *optimale schaalgrootte van individuele ziekenhuizen*. Voor een regio is het belangrijk dat bepaalde functies beschikbaar zijn, die kunnen worden geleverd door traditionele ziekenhuizen maar ook door zelfstandige behandelcentra (ZBC's). De schaalgrootte van de individuele ziekenhuizen is daarbij veel minder van belang.

Optimale marktstructuur

Beslissingen over de spreiding van ziekenhuiszorg moeten worden getoetst op hun effect op het marktresultaat. De optimale marktstructuur heeft een zodanige spreiding van ziekenhuisfuncties dat het marktresultaat optimaal is. KPMG BEA heeft met de RVZ een spreidingsmodel ontwikkeld waarmee kan worden getoetst of veranderingen in de marktstructuur (bijvoorbeeld fusies, toetreding ZBC's en toetreding buitenlandse aanbieders) bijdragen aan een optimale regionale marktstructuur. Het spreidingsmodel dat we in dit onderzoek presenteren kent zes factoren die van invloed zijn op het optimale marktresultaat: urgentie van de behandeling, kapitaalintensiteit van benodigde faciliteiten, mate van specialisatie, omvang van de doelgroep, frequentie van de zorgvraag en geografie (kwaliteit van de reisinfrastructuur).

Toepassing van het spreidingsmodel op drie actuele thema's leidt tot de volgende conclusies:

- *Regionale ziekenhuisfusies*
Er zijn op voorhand geen rationele argumenten voor het behoud van alle kleine ziekenhuizen of tegen alle regionale fusies. Dat komt doordat het effect van fusies op het marktresultaat niet eenduidig is, zowel in de huidige situatie als bij marktwerking. De wenselijkheid van het behoud van kleine ziekenhuizen of juist van verdere regionale fusies is sterk afhankelijk van de regionale context. In een situatie van marktwerking is behoud van keuzemogelijkheden belangrijk. Bij het beoordelen van de hoeveelheid keuzemogelijkheden is het aantal ziekenhuizen in een regio echter niet relevant. Het gaat om de keuzemogelijkheden *per type zorg*. Daarbij kan voor elk type zorg een verschillende geografische markt gelden. Delen van ziekenhuizen (bijvoorbeeld de afdeling orthopedie) concurreren hierbij met delen van andere ziekenhuizen, met ZBC's en met buitenlandse aanbieders.

- *ZBC's*
In het algemeen kan toetreding van ZBC's het marktresultaat positief beïnvloeden. ZBC's zijn vooral geschikt voor behandelingen voor grote doelgroepen. De kwaliteit (innovatie) en toegankelijkheid (positief effect op beschikbaarheid) nemen toe. Het effect op betaalbaarheid is niet duidelijk. Dit geldt ook in een situatie van marktwerking. Bij marktwerking vergroot de aanwezigheid van ZBC's de keuzemogelijkheden van verzekeraars en patiënten, waardoor zij een alternatief hebben om een beter marktresultaat af te dwingen.
- *Buitenlandse aanbieders*
Toetreding van buitenlandse aanbieders op de Nederlandse zorgmarkt kan een positief effect hebben op de toegankelijkheid van zorg, zowel in de huidige situatie van aanbodregulering als bij marktwerking. Het effect op kwaliteit en betaalbaarheid is echter niet duidelijk. Op dit moment zijn geen buitenlandse aanbieders actief in Nederland maar leveren vooral Belgische en Duitse aanbieders wel zorg in het buitenland aan Nederlandse verzekerden. In een situatie van marktwerking kan toetreding van buitenlandse aanbieders een positief effect hebben op de keuzemogelijkheden, waardoor verzekerden het marktresultaat kunnen sturen door 'met de voeten te stemmen'.

Rol van de overheid

Belangrijk voor de rol van de overheid in de huidige situatie is het wegnemen van belemmeringen voor verzekeraars (in hun rol als regisseur/inkoper) en voor zorgaanbieders (om te kunnen voldoen aan de vraag van verzekeraars en patiënten). Het gaat hierbij vooral om de contracteerplicht, de machtigingsconstructie (via Zorgverzekeraars Nederland), de barrières voor nieuwe toetreders en regelgeving die aanbieders beperkt om flexibel te reageren op veranderingen in de zorgvraag.

In de toekomstige situatie zal de overheid een marktmeester moeten creëren die bewaakt of het marktresultaat aan de gestelde normen voldoet. Twee uitgangspunten die KPMG BEA zou willen aanreiken zijn:

- de overheid moet ervoor zorgen dat er normen komen voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid;
- de bevoegdheden van de marktmeester zouden beperkt moeten zijn tot ingrijpen, alleen in die situaties waarin de gestelde normen voor het marktresultaat worden geschonden.

Aanbevelingen

De belangrijkste aanbevelingen zijn:

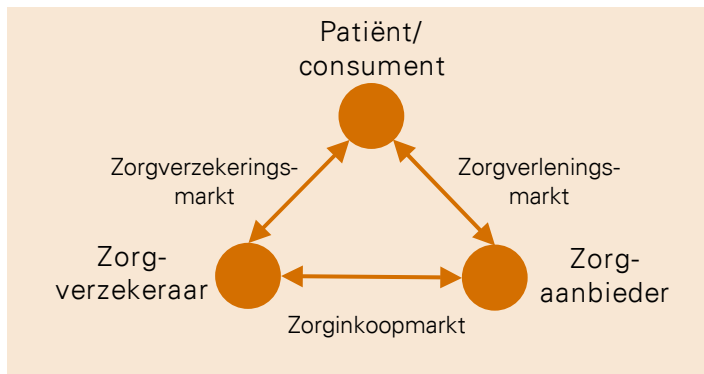
- Ontwikkel indicatoren en normen om het marktresultaat te toetsen. Op dit moment bestaan alleen normen voor de bereikbaarheid van acute zorg, de beschikbaarheid van zorg en de macrobetaalbaarheid van zorg. Andere normen ontbreken.
- Geef verzekeraars de verantwoordelijkheid voor een optimaal marktresultaat in hun regio, waarbij ze het beschreven spreidingsmodel kunnen hanteren om fusies, toelating van ZBC's en buitenlandse aanbieders te stimuleren of te ontmoedigen (door hun inkoopbeleid).
- Vervang de landelijk afgekondigde *stand still* door regionale toetsing van de implicaties van fusies of het behoud van kleine ziekenhuizen. Aan de hand van het beschreven spreidingsmodel kan worden bepaald of fusies bijdragen aan de ideale marktstructuur; verminder de (wettelijke) belemmeringen voor toetreding van ZBC's en buitenlandse aanbieders; regionaal moet worden bepaald of toetreding van ZBC's en buitenlandse aanbieders bijdraagt aan de ideale, regionale marktstructuur.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In de nota *Vraag aan bod* heeft het ministerie van VWS in 2001 de contouren beschreven voor vernieuwing van het zorgstelsel. De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing staat hierin centraal. De burger moet keuzemogelijkheden krijgen en die zorg kunnen kiezen die het best aansluit bij zijn vraag. Verzekeraars worden inkopers en regisseurs van de zorg. Zorgaanbieders worden als ondernemers door verzekeraars en zorgconsumenten geprikkeld om meer efficiënte en kwalitatief betere zorg te leveren. Voor vraagsturing is het essentieel dat patiënten/consumenten en verzekeraars een keuze hebben. In de zorgsector maakt men veelal onderscheid tussen de drie verschillende markten: zorgverzekeringsmarkt, de zorgverleningmarkt en de zorginkoopmarkt (zie figuur 1.1). Voor vraagsturing moeten verzekeraars kunnen kiezen tussen instellingen op de zorginkoopmarkt. Patiënten/consumenten moeten kunnen kiezen tussen verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt. Hierbij wordt aangenomen dat verzekeraars de belangen van patiënten/consumenten behartigen en zorgen voor voldoende keuzemogelijkheden voor hun cliënten op de zorgverleningmarkt om zorg op maat te krijgen.

Figuur 1.1 Drie markten



Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Met het nieuwe zorgstelsel in het vizier heeft het verlies van keuzemogelijkheden door voortdurende marktconcentratie in de zorgsector geleid tot zorgen over fusies van zorgaanbieders. Dit roept de vraag op wat de optimale schaalgrootte is van

zorgaanbieders waarbij zorg van hoge kwaliteit op doelmatige wijze wordt geproduceerd, en waarbij keuzemogelijkheden voor burger en verzekeraar zijn gewaarborgd. In een adviesaanvraag d.d. 25 april 2002 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) om advies gevraagd over marktconcentraties in de zorg. Deze adviesaanvraag bestaat uit een probleemstelling en zes beleidsvragen (zie onderstaand kader).

Kader 1.1 Adviesaanvraag VWS

Probleemstelling

Optimale schaalgrootte in relatie tot doelmatigheid en keuzemogelijkheden

Beleidsvragen

- Wat dient men onder optimale keuzemogelijkheden te verstaan?
- Gaat het bij keuzemogelijkheden om diagnostiek en indicatiestelling, om zorgverlening, om instelling of om locatie?
- Is het mogelijk deze vraag te beantwoorden per zorgsector?
- Wanneer is er sprake van optimale keuzemogelijkheden voor (a) cliënt en (b) verzekeraar?
- Hoe ontstaan keuzemogelijkheden voor (a) cliënt en (b) verzekeraar?
- Over welke middelen dient de overheid in zijn rol als marktmeester te beschikken?

Bron: ministerie van VWS.

1.2 Vraagstelling aan KPMG BEA

Naar aanleiding van de adviesaanvraag heeft de RVZ besloten een zestal achtergrondstudies uit te voeren. De RVZ heeft KPMG Bureau voor Economische Argumentatie (KPMG BEA) gevraagd om ondersteuning voor een deel van deze achtergrondstudies. In overleg met de RVZ staat in dit onderzoek de relatie centraal tussen schaalgrootte/concentratie van de aanbieders en het marktresultaat, gedefinieerd in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van verzekeraars en verzekerden zijn daarbij een middel (en dus geen doel op zich) om een beter marktresultaat af te dwingen. We hebben de opdracht als volgt geformuleerd:

Kader 1.2 Opdrachtformulering

Onderzoek welke mogelijkheden voor (de)concentratie er zijn om te komen tot betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ziekenhuiszorg. Ondersteun de RVZ bij het specificeren van acties die de overheid kan nemen om te komen tot (de)concentratie in de ziekenhuissector waar dat mogelijk/noodzakelijk is.

In paragraaf 2.3 werken we deze opdracht uit in onderzoeksvragen.

Accenten en reikwijdte opdracht

Het karakter van het onderzoek is deels beschrijvend, deels analyserend, deels evaluerend en deels adviserend. Eerst beschrijven we in dit rapport het belang van keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekeraars. Vervolgens analyseren we met het Structuur-Gedrag-Resultaat paradigma wat de relatie is tussen marktconcentratie en kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit paradigma gaat ervan uit dat het marktresultaat (in termen van doeltreffendheid en doelmatigheid) uiteindelijk wordt beïnvloed door de marktstructuur en door het marktgedrag van individuele aanbieders. Vervolgens evalueren we met de in paragraaf 2.4 opgestelde criteria voor toetsing wat de optimale marktstructuur moet zijn. We behandelen daar drie actuele thema's met betrekking tot marktstructuur, namelijk kleine ziekenhuizen (en regionale fusies), ZBC's en buitenlandse aanbieders. Tenslotte adviseren we over de rol van de overheid om de optimale marktstructuur te bereiken.

Gehanteerde aanpak KPMG BEA

Om te komen tot dit eindresultaat hebben we 32 interviews gehouden met partijen uit het veld, zoals verzekeraars, vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties en directeuren en leden van de Raad van Bestuur van ziekenhuizen. Voor een overzicht van gesprekspartners verwijzen we naar bijlage 2. Hiernaast hebben we relevante literatuur bestudeerd. Voor een overzicht van gebruikte literatuur verwijzen we naar bijlage 6.

Leesmijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd:

- in hoofdstuk 2 werken wij de opdracht uit in onderzoeksvragen. We gaan in op de achtergrond van het onderzoek en het gehanteerde analysekader. We geven criteria voor toetsing;
- in hoofdstuk 3 komt het belang van keuzemogelijkheden in de zorg aan de orde;

- hoofdstuk 4 gaat in op de relatie tussen schaalgrootte van zorginstellingen en het marktresultaat;
- in hoofdstuk 5 presenteren we een model om te bepalen wat de optimale marktstructuur is voor de beste mix van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. We passen het model toe om een antwoord te vinden op de vraag in hoeverre respectievelijk kleine ziekenhuizen, private initiatieven en buitenlandse aanbieders bijdragen aan een optimaal marktresultaat;
- in hoofdstuk 6 doen we aanbevelingen over de rol van de overheid om te komen tot een optimaal marktresultaat;
- in het laatste hoofdstuk vatten we de conclusies en de aanbevelingen samen.

2 Uitwerking vraagstelling

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de achtergrond van het onderzoek. Vervolgens beschrijven we het analysekader dat we hebben gehanteerd voor het onderzoek, de onderzoeksvragen en de toetsingscriteria.

2.1 Achtergrond

Achtergrond van dit onderzoek is de adviesaanvraag van de minister van VWS aan de RVZ. De uitkomsten van dit onderzoek – samen met het eigen onderzoek van de RVZ – moeten de RVZ in staat stellen het ministerie van VWS te adviseren over marktconcentratie in de ziekenhuissector. Het onderzoek is uitgevoerd in een periode waarin het onderwerp marktconcentratie bijzonder actueel is. De media besteden intensief aandacht aan (de wenselijkheid van) fusies en het behoud van kleine ziekenhuizen. Daarnaast staat marktconcentratie ook sterk in de belangstelling van politieke partijen. In een Algemeen Overleg in de Tweede Kamer in oktober 2002 bleek grote politieke eensgezindheid om verdere fusies tegen te gaan en kleine ziekenhuizen te behouden.

2.2 Analyse kader

In dit onderzoek heeft KPMG BEA de relatie onderzocht tussen marktconcentratie en kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid volgens het zogenoemde Structuur-Gedrag-Resultaat-paradigma (zie figuur 2.1).

Figuur 2.1 Structuur-Gedrag-Resultaat-paradigma



Bron: Waldman & Jensen, bewerking KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Dit paradigma gaat ervan uit dat het marktresultaat (in termen van doeltreffendheid en doelmatigheid) uiteindelijk wordt beïnvloed door de marktstructuur en door het marktgedrag van individuele aanbieders. Marktstructuur en marktgedrag beïnvloeden elkaar wederzijds, maar staan ook onder invloed van de zogeheten basismarktcondities (bijvoorbeeld de producten op de markt) en van de regulering door de overheid.

Deze onderlinge wisselwerking noemen we de prikkels ofwel mechanismen in de markt. De prikkels kunnen marktconforme of bureaucratische prikkels zijn. Ze geven een beeld van de werking van de markt. In een markt waarin het marktresultaat wordt gestuurd door overheidsregulering, zijn *bureaucratische mechanismen* werkzaam. Voorbeelden zijn budgettering, benchmarking, fusiebonus, kwaliteitsregulering en maximumprijzen.

Wordt het marktresultaat gestuurd door de marktwetten van vraag en aanbod, dan zijn *marktprikkels* werkzaam. Een voorbeeld is het prijsmechanisme. In een markt kunnen beide mechanismen tegelijk voorkomen. Is er sprake van een marktconforme werking van de markt waarin marktprikkels het marktresultaat sterk bepalen, dan spreken we van marktwerking. De begrippen 'werking van de markt' en 'marktwerking' worden ten onrechte als synoniemen gebruikt. Een efficiënte of 'goede' werking van de markt is ook niet hetzelfde als

marktwerking. Dit kan theoretisch gezien ook worden bereikt door andere prikkels dan marktconforme prikkels. In dit onderzoek hanteren we het paradigma in vereenvoudigde vorm. Dat betekent dat we het marktresultaat definiëren in termen van doeltreffendheid (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) en niet in termen van doelmatigheid. Indirect komt doelmatigheid echter wel aan de orde, omdat doelmatigheid in sterke mate de doeltreffendheid van het marktresultaat (bijvoorbeeld betaalbaarheid) kan bepalen. Vanwege de opdracht (relatie tussen marktconcentratie en marktresultaat) beperken we ons in dit onderzoek vooral tot de marktstructuur en het marktresultaat. Hieronder lichten we enkele begrippen uit het analysekader verder toe.

Marktstructuur

Het begrip ‘marktstructuur’ heeft betrekking op het aantal vragers en aanbieders in een markt en hun relatieve omvang (marktmacht). In dit onderzoek richten we ons vooral op de aanbodzijde van de markt (het aantal zorgaanbieders). Bij de analyse van de marktstructuur gaat het om de volgende vragen:

- Wat is de schaalgrootte van ziekenhuizen?
- Welke mate van concentratie (fusies) komt voor?
- In hoeverre zijn zelfstandige behandelcentra (ZBC’s) aanwezig?
- In hoeverre zijn buitenlandse aanbieders aanwezig?

Marktgedrag

Het begrip ‘marktgedrag’ heeft betrekking op de wijze waarop de spelers in de markt opereren. Bij de analyse van het gedrag van de aanbieders gaat het om vragen als:

- In welke mate zoeken de aanbieders elkaar op in de vorm van fusies en overnames?
- In welke mate is er aan de aanbodkant sprake van samenwerking of onderling afgestemd gedrag?
- In welke mate streven aanbieders naar product- en procesverbetering?
- Hoe komen prijzen tot stand?
- In welke mate is er sprake van innovaties?

Marktresultaat

Het marktresultaat definiëren we in dit onderzoek in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Belangrijke vragen bij de analyse van het marktresultaat zijn:

- Wordt het marktresultaat gemeten?
- Welke indicatoren worden daarbij gehanteerd?
- Welke normen bestaan er voor die indicatoren?

Het marktresultaat is niet altijd meetbaar door het ontbreken van indicatoren en normen voor het marktresultaat. Normatieve uitspraken over het marktresultaat zijn in de meeste gevallen niet mogelijk omdat geen normen beschikbaar zijn waaraan het marktresultaat kan worden afgemeten.

Regulering

Regulering is extern van karakter, in tegenstelling tot de basismarktcondities waarbij het gaat om de intrinsieke kenmerken van de zorg. Regulering is bedoeld om de zorginhoudelijke aspecten in de kwaliteit van de feitelijk geleverde zorg tot hun recht te laten komen en tevens de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te kunnen garanderen. Specifiek voor dit onderzoek zijn het stelsel van financiering, het beleid over fusies en de regels voor capaciteitsuitbreiding en prijsvorming van belang. Regulering betreft niet alleen regulering van de overheid maar ook regulering van beroepsorganisaties (de zogenoemde zelfregulering).

Keuzemogelijkheden

In de oorspronkelijke adviesaanvraag van de minister van VWS aan de RVZ speelt het begrip 'keuzemogelijkheden' een belangrijke rol. In dit onderzoek maken we onderscheid tussen keuzevrijheid en keuzemogelijkheden.

- *Keuzevrijheid* is de *formele* mogelijkheid van patiënten en verzekeraars om te kiezen tussen verschillende aanbieders. Deze keuzevrijheid wordt vooral bepaald door regulering. Voorbeelden van regulering die de keuzevrijheid bepalen zijn de contracteerplicht van verzekeraars (in de zorginkoopmarkt) en de verwijsbrief die patiënten nodig hebben voor een specialist (in de zorgverleningsmarkt).
- *Keuzemogelijkheden* zijn de *feitelijke* mogelijkheden om te kiezen *tussen* het aanbod van verschillende instellingen of *binnen* het aanbod van één instelling. De keuzemogelijkheden worden vooral bepaald door de marktstructuur. In sommige steden zijn bijvoorbeeld verschillende ziekenhuizen, waardoor verzekeraars en patiënten meer keuze hebben dan in regio's waar slechts één ziekenhuis is. Ook kunnen de keuzemogelijkheden toenemen door de aanwezigheid van ZBC's (die zich vooral in de randstad bevinden). In grensstreken hebben verzekeraars en patiënten meer keuzemogelijkheden dan in andere regio's omdat zij gebruik kunnen maken van het aanbod van buitenlandse aanbieders.

2.3 Onderzoeksvragen

De opdracht, zoals geformuleerd in het vorige hoofdstuk, hebben we in overleg met de RVZ uitgewerkt in vier onderzoeksvragen (zie figuur 2.2).

Figuur 2.2 Onderzoeksvragen



Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Figuur 2.2 laat zien dat we ons in dit onderzoek hebben gericht op vier onderzoeksvragen:

- *Welke keuzemogelijkheden zijn wenselijk voor patiënt en verzekeraar?* We maken hierbij onderscheid tussen het belang van keuzemogelijkheden in de huidige situatie van aanbodregulering en de toekomstige situatie met marktwerking.
- *Wat is de optimale schaalgrootte van ziekenhuizen in relatie tot het marktresultaat?* We kijken hierbij naar de effecten van fusies en schaalvergroting op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.
- *Hoe ontstaat de optimale spreiding van het zorgaanbod (optimale marktstructuur) in de ziekenhuissector, gerelateerd aan het marktresultaat?* We presenteren hiervoor een spreidingsmodel en passen dit model toe op beslissingen over fusies, ZBC's en buitenlandse aanbieders.
- *Wat is de rol van de overheid om de optimale spreiding van zorg (optimale marktstructuur) te bereiken?* Twee onderwerpen zijn hierbij van belang: het wegnemen van marktbelemmeringen en het sturingsmodel dat de overheid en de andere belang-

hebbenden hanteren om een optimale marktstructuur te bereiken.

2.4 Criteria voor toetsing

Centraal in dit onderzoek staat de vraag wat de optimale marktstructuur is. Om te bepalen wat optimaal is hanteren we het gewenste marktresultaat als ijkpunt. Dat betekent dat we altijd kijken naar de implicaties van een bepaalde marktstructuur of verandering in marktstructuur op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid bestaan elk uit verschillende deelaspecten die we hieronder toelichten.

Kwaliteit

Kwaliteit van zorg omvat vele aspecten die niet alleen betrekking hebben op de medisch-inhoudelijke kwaliteit van geleverde zorg, maar ook op andere aspecten zoals bejegening van patiënten en informatievoorziening over diagnose en behandeling. Bij het beoordelen van kwaliteit is zowel het perspectief van de patiënt als van de arts van belang:

- Oordelen van *patiënten* beperken zich meestal tot perifere aspecten van de technische behandeling, het zorgproces en de uitkomsten van de behandeling. Dit komt doordat patiënten vaak onvoldoende kennis hebben van behandelingen om te kunnen beoordelen of zij de juiste behandeling krijgen en of de arts die behandeling vaardig uitvoert.
- *Artsen* zijn het best in staat om de kwaliteit van de behandeling zelf te beoordelen. In de Nederlandse gezondheidszorg ligt de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbewaking grotendeels bij de zorginstellingen zelf en bij de hulpverleners. De overheid faciliteert kwaliteitsbewaking door wet- en regelgeving, bijvoorbeeld via de Kwaliteitswet en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de naleving.

Er is geen gemeenschappelijk vastgesteld en algemeen geaccepteerd stelsel van kwaliteitsindicatoren en normen. De Consumentenbond bijvoorbeeld hanteert in zijn onderzoek naar kwaliteit van ziekenhuizen andere criteria voor kwaliteit dan Elsevier. Voor het op peil houden van de zorginhoudelijke kwaliteit hanteren de meeste wetenschappelijke verenigingen een norm voor het aantal uren dat een arts moet besteden aan patiëntgerelateerde handelingen (bijvoorbeeld 16 uur per week). Slechts op enkele gebieden bestaan ook vaardigheids-

normen (bijvoorbeeld het aantal uit te voeren behandelingen om een bepaalde vaardigheid te behouden).

Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg bestaat uit bereikbaarheid van zorg (reisafstand en reistijd) en beschikbaarheid (lengte van de wachtlijst en wachttijd). Voor beide aspecten bestaan normen, hoewel die niet gelden voor het complete zorgaanbod. Normen voor *bereikbaarheid* zijn alleen gedefinieerd voor acute zorg. Hier geldt dat ambulances binnen 15 minuten na ontvangst van een opdracht tot het aangevraagde vervoer ter plaatse kunnen zijn (Eisenbesluit Ambulancevervoer). Normen voor de *aanvaardbaarheid* van de tijd die mag verstrijken tussen een incident en het bereiken van adequate medisch specialistische zorg zijn uitkomsten van maatschappelijke/politieke afwegingen met inbreng van betrokken organisaties. Voor electieve en chronische zorg bestaan geen bereikbaarheidsnormen. Normen voor *beschikbaarheid* bestaan voor alle types zorg. Per behandeling is een Treeknorm vastgesteld, die aangeeft wat voor die behandeling een acceptabele wachttijd is.

Betaalbaarheid

Bij betaalbaarheid maken we onderscheid tussen macrobetaalbaarheid en microbetaalbaarheid. De *macrobetaalbaarheid* van zorg wordt bepaald door het geproduceerde volume, de productiviteit van de productiefactoren (onder andere kapitaal en personeel) en de kosten van de productiefactoren. De norm voor macrobetaalbaarheid is het budgettair kader zorg (BKZ). *Microbetaalbaarheid* heeft betrekking op de prijs van een behandeling. De microbetaalbaarheid wordt voor een belangrijk deel bepaald door de macrobetaalbaarheid. Daarnaast hebben het verzekeringsstelsel en keuzes over de omvang van het verzekerde pakket, eigen risico en eigen bijdragen effect op de microbetaalbaarheid. Er zijn geen normen voor microbetaalbaarheid van ziekenhuiszorg.

3 Het belang van keuzemogelijkheden

Zoals wij in het vorige hoofdstuk hebben beschreven is de bijdrage aan een optimaal marktresultaat (in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) het belangrijkste criterium waaraan beslissingen over de marktstructuur moeten worden getoetst. Ook het belang van keuzemogelijkheden moet worden geëvalueerd op de implicaties voor het marktresultaat.

Bij het bepalen van het belang van keuzemogelijkheden maken we allereerst onderscheid tussen de huidige situatie en de situatie met meer marktwerking. Er zijn namelijk twee soorten prikkels om spelers in de markt te stimuleren tot zodanig gedrag dat het marktresultaat optimaal is: *bureaucratische prikkels* (zoals benchmarking en kwaliteitstoezicht) en *marktprikkels* (zoals concurrentie op kwaliteit en prijs). Keuzemogelijkheden zijn vooral belangrijk in die markten waar de overheid bureaucratistische prikkels wil vervangen door marktprikkels. Zonder keuzemogelijkheden is marktwerking niet mogelijk, maar keuze blijft een *middel* om het marktresultaat te beïnvloeden, *niet een doel op zich*.

Naast het onderscheid tussen de situatie met en zonder marktwerking is het belangrijk om onderscheid te maken tussen het belang van keuze voor verzekeraars (keuze op de zorginkoopmarkt) en het belang van keuze voor patiënten (keuze op de zorgverleningsmarkt). Keuze voor verzekeraars is belangrijk om in de onderhandelingen met de zorgaanbieders druk uit te kunnen oefenen. Het belang van keuze voor patiënten heeft te maken met hun preferenties over de zorg die zij wensen te ontvangen. De verzekeraar moet er echter voor zorgen (als belangenbehartiger) dat het zorgaanbod overeenstemt met de wensen van hun verzekerden.

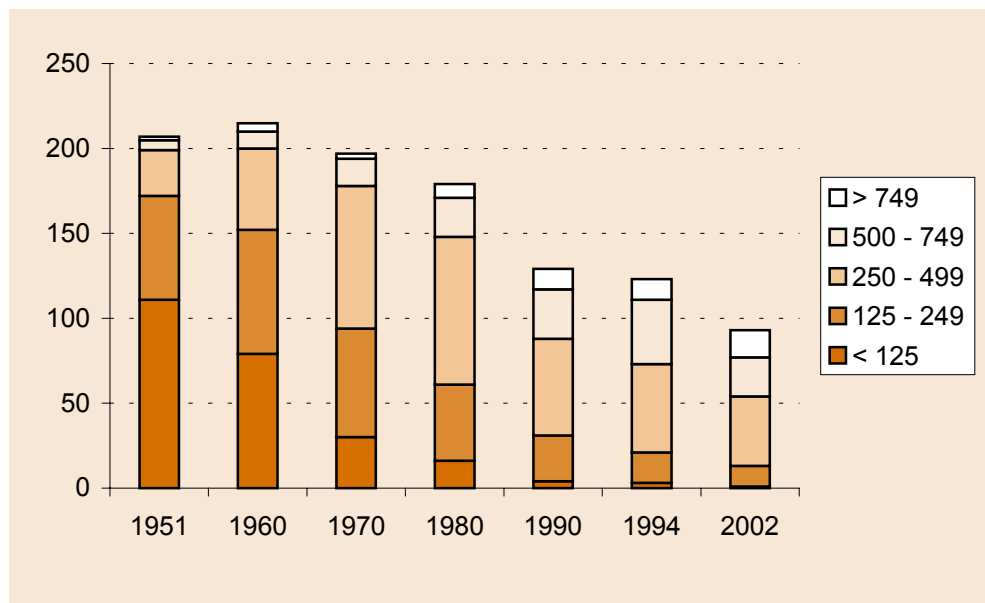
Uit interviews die we in het kader van dit onderzoek hebben gedaan concludeert KPMG BEA dat zowel voor verzekeraars als voor patiënten keuzemogelijkheden momenteel *niet* de eerste prioriteit zijn. Bij introductie van marktwerking kan het belang van keuzemogelijkheden echter sterk toenemen omdat bij marktwerking verzekeraars en patiënten willen kiezen uit verschillende aanbieders. We lichten deze conclusies in de volgende paragrafen toe.

3.1 Huidige situatie

Momenteel is in de ziekenhuissector nog nauwelijks sprake van marktwerking. Bureaucratische prikkels vormen het belangrijkste mechanisme om het marktresultaat te beïnvloeden, behalve voor derde-compartimentszorg.

Wat betreft de keuzemogelijkheden van verzekeraars en verzekerden tussen reguliere ziekenhuizen kunnen we constateren dat deze zijn afgenomen omdat het aantal ziekenhuizen in de laatste decennia sterk is afgenomen. Sinds begin jaren tachtig zijn er zo'n zestig tot zeventig ziekenhuisorganisaties (vaak van kleine omvang) door fusies opgegaan in grotere verbanden. Een gedeelte is gefuseerd met een ander ziekenhuis, of een samenwerkingsverband aangegaan waardoor de zelfstandige positie is beëindigd. Een enkel ziekenhuis is opgeheven. Als gevolg van deze ontwikkelingen is vooral het aantal kleine ziekenhuizen sterk afgenomen, van ongeveer 170 in 1951 tot minder dan 20 in 2002 (figuur 3.1).

Figuur 3.1 Aantal algemene ziekenhuizen



Bron: Van der Lugt & Huijsman, Prismant.

Verzekeraars en patiënten juichen de afname van het aantal ziekenhuizen niet toe. Toch is het behoud (of verbetering) van

keuzemogelijkheden in de huidige situatie van aanbodregulering *niet de eerste prioriteit*. Uit interviews met verzekeraars komt naar voren dat het terugdringen van wachttijden een hogere prioriteit heeft dan keuzemogelijkheden tussen aanbieders. In sommige regio's heeft de dominante verzekeraar een fusie tussen ziekenhuizen juist gestimuleerd vanwege de verwachting dat het regionale marktresultaat hierdoor zou verbeteren. De verzekeraar vond het minder van belang dat zijn keuzemogelijkheden door de fusie zouden verminderen. Het belang van keuzemogelijkheden voor verzekerden heeft KPMG BEA niet onderzocht omdat dit onderdeel uitmaakt van een later uit te voeren onderzoek door de RVZ. Uit de interviews met verzekeraars komt echter wel naar voren dat hun cliënten steeds mondiger worden. Dit komt onder andere tot uitdrukking in het stijgend gebruik van wachtlijstbemiddeling. Hieruit komt ook naar voren dat de beschikbare keuzemogelijkheden vaak niet passen bij de preferenties van verzekerden en dat de gewenste keuzemogelijkheden sterk verschillen per persoon en per type zorg.

3.2 Toekomstige situatie

In de beoogde omslag van aanbodregulering naar vraagsturing zullen marktprikkels in de plaats komen van de huidige bureaucratische prikkels om een optimaal marktresultaat te bereiken. Binnen de beperkingen van dit onderzoek kunnen we geen uitspraken doen over de wenselijkheid van marktwerking voor bepaalde typen zorg. De algemene verwachting is echter dat marktwerking wordt geïntroduceerd voor electieve en chronische zorg en niet voor acute zorg. Zie hiervoor ook het RVZ-rapport *Marktwerking in de medisch specialistische zorg*.

In markten waar marktwerking wordt geïntroduceerd moeten verzekeraars kunnen kiezen tussen aanbieders om een optimale mix van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te bereiken voor hun verzekerden. Bij de inkoop van zorg zullen verzekeraars zich in belangrijke mate laten leiden door het belang dat hun verzekerden hechten aan bepaalde aspecten van het marktresultaat. Ook voor patiënten worden keuzemogelijkheden belangrijker in een situatie van marktwerking. Als verzekerden kunnen kiezen, kunnen zij het marktresultaat beïnvloeden door 'te stemmen met de voeten', ofwel door over te stappen van de ene aanbieder naar de andere. In een situatie van marktwerking hangen de keuzemogelijkheden voor inkoopende verzekeraars af van de regionale marktstructuur (concentratiegraad van aanbieders, de aanwezigheid van ZBC's,

buitenlandse aanbieders in een grensgebied) maar ook van het type zorg. Voor acute zorg moet de verzekeraar immers binnen een beperkte regio inkopen, omdat de zorg voor de verzekerde goed bereikbaar moet zijn. Voor electieve zorg kan de verzekeraar echter ook in andere regio's aanbieders contracteren of zelfs in het buitenland, wanneer verzekerden bereid zijn te reizen.

Voor verzekerden geldt hetzelfde als voor verzekeraars: hun keuzemogelijkheden hangen af van de regionale marktstructuur en het type zorg. Er zijn echter verschillen tussen verzekerden. Verzekerden die niet bereid zijn naar een andere regio of naar het buitenland te reizen voor zorg, hebben minder keuzemogelijkheden dan verzekerden die daartoe wel bereid zijn. Voor verzekerden is ook nog van belang dat zij kunnen kiezen binnen een instelling, bijvoorbeeld tussen verschillende artsen, of tussen verschillende behandelingen.

4 Optimale schaalgrootte

Zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven, zal het steeds belangrijker worden dat verzekeraars en verzekerden keuzemogelijkheden hebben voor die typen zorg die onderhevig zijn aan marktwerking. De verwachting is dat zorgaanbieders zich meer zullen inspannen om op doelmatige wijze kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren wanneer patiënten en verzekeraars kunnen kiezen uit verschillende aanbieders.

Er zijn echter ook nadelen van concurrentie en keuzemogelijkheden: het kan bijvoorbeeld leiden tot versnippering van het zorgaanbod en slechte afstemming tussen het aanbod van de verschillende aanbieders. Sommige specialistische behandelingen kunnen vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid beter op een beperkt aantal plekken worden aangeboden. Dat betekent dus dat concentratie van zorg en (transmurale) samenwerking voordelig kunnen zijn voor zowel patiënt als verzekeraar.

KPMG BEA heeft onderzocht wat de optimale schaalgrootte zou zijn in relatie tot het marktresultaat. Wij komen tot de conclusie dat op die vraag geen eenduidig antwoord is te geven. Op alle drie de aspecten van het marktresultaat (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) bestaat een genuanceerd beeld.

Daar komt bij dat het denken in *spreiding van functies van een groep ziekenhuizen* steeds belangrijker wordt dan het denken in de *optimale schaalgrootte van individuele ziekenhuizen*. Voor een regio is het belangrijk dat bepaalde functies beschikbaar zijn, die kunnen worden geleverd door traditionele ziekenhuizen maar ook door ZBC's. De schaalgrootte van de individuele ziekenhuizen is daarbij veel minder van belang.

Figuur 4.1 geeft enkele voorbeelden van veel gebruikte argumenten voor kleinschaligheid respectievelijk grootschaligheid.

Figuur 4.1 Geen eenduidig antwoord op optimale schaalgrootte



Bron: Interviews.

Dit figuur laat met enkele voorbeelden zien dat waar kleinschaligheid is te prefereren, de nadelen van grootschaligheid vaak kunnen worden ondervangen. En andersom, waar grootschaligheid de voorkeur heeft, kunnen de nadelen van kleinschaligheid vaak worden ondervangen. Dit hoofdstuk behandelt de implicaties van schaalgrootte op achtereenvolgens kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

4.1 Relatie tussen schaalgrootte en kwaliteit

De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelde in haar Advies kleine ziekenhuizen uit 1995 dat de geneeskundige en verpleegkundige zorgverlening in kleine ziekenhuizen gedurende 7 x 24 uur, aanzienlijke risico's oplevert. Tegenwoordig pleiten veel burgers en politici voor het instandhouden van kleine ziekenhuizen, juist vanwege kwaliteitsaspecten zoals klantvriendelijkheid.

Bij uitspraken over kwaliteit is voorzichtigheid geboden omdat geen algemeen geaccepteerd stelsel bestaat van kwaliteitsindicatoren. Desalniettemin zijn er bepaalde aspecten van kwaliteit waarover we uitspraken kunnen doen. Uit ons onderzoek komt een genuanceerd beeld naar voren over de relatie tussen schaalgrootte en kwaliteit. Op sommige aspecten van kwaliteit is kleinschaligheid te prefereren (bijvoorbeeld voor de mense-

lijke maat), op andere aspecten juist grootschaligheid (bijvoorbeeld voor diepte van het zorgaanbod).

Tabel 4.1 geeft een overzicht van enkele veel gebruikte aspecten en de gevonden (indicatieve) relatie met schaalgrootte. Zoals uit de tabel blijkt kunnen we geen eenduidende conclusie trekken over de relatie tussen de optimale schaalgrootte en kwaliteit. De relatie tussen schaalgrootte en indicatoren van kwaliteit is soms onbekend en wijst soms in tegengestelde richting.

Medisch inhoudelijke kwaliteit: breder en dieper aanbod, maar niet noodzakelijk beter

Grotere ziekenhuizen kunnen meer verschillende behandelingen aanbieden (breed aanbod) en kunnen met meer faciliteiten, vaak de grotere, complex specialistische behandelingen aanbieden (diep aanbod). Schaalgrootte, diversiteit en specialisatie gaan doorgaans samen. De beschikbaarheid en het behoud van opleidingen kunnen argumenten zijn voor fusies. Door de toenemende eisen van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) en van wetenschappelijke verenigingen is schaalgrootte in toenemende mate een voorwaarde voor het verkrijgen en het behouden van opleidingen van assistenten. Ook zouden grotere ziekenhuizen beter een zorgnetwerk kunnen regisseren of opzetten (FD, 14 april 2000), hoewel samenwerken met eerstelijns voorzieningen voor hen lastiger is (FD, 4 mei 2000).

Door de grotere omvang is meestal meer geld beschikbaar voor apparatuur en subspecialismen. Nivel constateert echter dat specialistische apparatuur die voorheen alleen bij de grootste ziekenhuizen aanwezig was, nu zo 'gewoon' is geworden dat ook kleinere ziekenhuizen erover kunnen beschikken (bijvoorbeeld MRI-scans). Daarnaast is er niet of nauwelijks wetenschappelijk onderzoek beschikbaar dat aantoont dat kleine ziekenhuizen onvoldoende (technische) kwaliteit leveren (Nivel, 2000).

Tabel 4.1 Aspecten van kwaliteit en relatie met schaalgrootte

Aspecten van kwaliteit	Relatie met schaalgrootte
Medisch-inhoudelijke aspecten	
Technische kwaliteit	Geen wetenschappelijk onderzoek dat aantoont dat kleine ziekenhuizen onvoldoende kwaliteit leveren (Nivel, 2000) Geen informatie over relatie tussen schaalgrootte en kwaliteitssystemen in recent IGZ-rapport (IGZ, 2002)
Breedte van zorgaanbod	Breder aanbod in groter ziekenhuis (Nivel, 2000)
Diepte van zorgaanbod	Meer (sub)specialisaties in grotere ziekenhuizen (Nivel, 2000)
Continuïteit in zorg	Beter in grotere ziekenhuizen door grotere personeelsformatie (bron: interviews)
Samenwerking met eerste lijn	Beter in kleinere ziekenhuizen (FD, 4 mei 2000)
Samenwerking met andere zorgaanbieders	Beter in grotere ziekenhuizen (FD, 14 april 2000)
Opleidingen	Beter in grotere ziekenhuizen (vanwege opleidingseisen)
Andere aspecten	
Menselijke maat	Beter in klein ziekenhuis, maar kan ook in groot ziekenhuis worden gerealiseerd door andere organisatie (bron: interviews, Brief van Minister Bomhoff aan Tweede Kamer van 27-9-2002)
Klantvriendelijkheid	Beter in kleine ziekenhuizen (Elsevier)
Voorzieningen en faciliteiten	Beter in grotere ziekenhuizen (bron: interviews)

Bron: Interviews; Literatuuronderzoek.

Andere aspecten van kwaliteit: geen bewijs voor betere klantgerichtheid kleine ziekenhuizen.

Fusies waarbij ziekenhuizen samengaan tot één groter ziekenhuis zouden een negatief effect kunnen hebben op de klant-

vriendelijkheid van de organisatie en op de ‘menselijke maat’. We hebben hiervoor echter geen ondersteuning gevonden. De massaliteit van een groot ziekenhuis kan worden tegengegaan door de organisatie op te delen in kleinere, herkenbare eenheden van medewerkers. Patiënten worden op kleine schaal individueel bijgestaan en behandeld (FD, 14 april 2000). Ten slotte zouden grotere ziekenhuizen mogelijk meer voorzieningen en faciliteiten kunnen aanbieden, maar ook dit kunnen we niet onderbouwen.

4.2 Relatie tussen schaalgrootte en toegankelijkheid

In berichtgeving over de optimale schaalgrootte speelt het belang van toegankelijkheid een grote rol. In vaak emotionele discussies waarschuwen publiek en politiek voor vermindering van toegankelijkheid bij concentratie van ziekenhuizen. Ons onderzoek laat echter zien dat kleinschaligheid van zorgaanbieders niet altijd noodzakelijk is voor een betere toegankelijkheid. In tabel 4.2 geven we een overzicht van aspecten van toegankelijkheid en de gevonden relatie met schaalgrootte.

Tabel 4.2 Aspecten van toegankelijkheid en relatie met schaalgrootte

Aspecten van toegankelijkheid	Relatie met schaalgrootte
Bereikbaarheid	Bereikbaarheid vermindert wanneer schaalvergroting samengaat met sluiting van locaties, of wanneer ziekenhuisfuncties verdwijnen op een aantal locaties Bereikbaarheid van specialistische zorg kan echter verbeteren door schaalvergroting
Beschikbaarheid	Geen indicaties over kortere wachtlijst of wachttijd bij grotere of kleinere ziekenhuizen

Bron: Interviews, Literatuuronderzoek.

Bereikbaarheid vermindert niet per definitie door fusies

Wanneer een fusie leidt tot sluiting van locaties betekent dat per definitie een vermindering van de bereikbaarheid van de zorg die op die locatie werd geleverd. Maar fusies leiden niet per definitie tot concentratie van locaties. Om de toegankelijk-

heid van de ziekenhuiszorg voor de bevolking zoveel mogelijk in stand te houden en om marktstrategische redenen (behoud marktaandeel) kiezen gefuseerde ziekenhuizen er vaak voor om locaties open te houden en de functies over de locaties anders te verdelen (CBZ, 2002). In zo'n situatie kan het voorkomen dat de bereikbaarheid van het ene type zorg afneemt, terwijl bereikbaarheid of beschikbaarheid van andere types zorg verbetert.

Kader 4.1 Voorbeeld Amphia Ziekenhuis

Bereikbaarheid en beschikbaarheid in het Amphia Ziekenhuis

Het Amphia Ziekenhuis is op 1 januari 2001 ontstaan uit een fusie van de ziekenhuizen Ignatius en De Baronie uit Breda en het Pasteur Ziekenhuis uit Oosterhout. Bij de ondertekening van de fusieovereenkomst is expliciet gekeken hoe de meerwaarde van de fusie zichtbaar kon worden gemaakt. Het Amphia heeft daarbij de ambitie geformuleerd om de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de zorgverlening door de gefuseerde ziekenhuizen te verbeteren. Bij de organisatie van de zorg is ervoor gekozen om elke locatie een volwaardig profiel te geven. Zo zal de locatie Langendijk zich sterk richten op chronische patiënten, de locatie Pasteur op electieve patiënten en de locatie Molengracht op acute patiënten en patiënten die een ingrijpende operatie met nazorg op een intensive care moeten ondergaan. Als gevolg van deze profielen is natuurlijk discussie ontstaan over de noodzaak en/of wenselijkheid van een 7 x 24-uurs spoedeisende hulp op de locatie Pasteurlaan, die zich volledig richt op planbare ingrepen zonder acuut karakter. Als wordt besloten dat op de Pasteurlaan geen of minder spoedeisende hulp beschikbaar zal zijn, is dat een aantasting van de toegankelijkheid van spoedeisende hulp. Echter, vanwege de kleine afstanden tussen de locaties zal spoedeisende hulp nog altijd binnen de normtijd van 45 minuten beschikbaar zijn. Bovendien moet de eventuele verminderde toegankelijkheid van spoedeisende hulp op de locatie Pasteurlaan worden afgewogen tegen verbeterde toegankelijkheid van andere typen zorg die mogelijk wordt door de duidelijke profilering. Zo wil het Amphia bijvoorbeeld het zorgaanbod uitbreiden door subspecialisatie en door het verwerven van topklinische voorzieningen. Daarnaast kan de beschikbaarheid van electieve zorg verbeteren als door efficiëntere organisatie wachtlijsten en wachttijden verminderen. Bij het beoordelen van het effect op toegankelijkheid moet dus het complete zorgaanbod meegenomen worden.

Bron: Interview; Amphia Ziekenhuis.

De schaalgrootte van een ziekenhuis op zichzelf zegt weinig over de bereikbaarheid van de zorg. De zorg in een groot ziekenhuis is niet beter of slechter bereikbaar dan in een klein ziekenhuis. De bereikbaarheid van de zorg is veeleer afhankelijk van de verhouding tussen het totaal aantal grote ziekenhuizen in Nederland en het totaal aantal kleine ziekenhuizen. Hoe groter het aantal kleine ziekenhuizen in Nederland, hoe beter de bereikbaarheid (en omgekeerd), tenzij een groot ziekenhuis een veelheid aan locaties heeft. Bereikbaarheid is voor het ene type zorg (acute of chronische zorg) belangrijker dan voor een ander type zorg (electieve zorg). Voor *acute zorg* is een goede bereikbaarheid, maar vooral ook het op tijd aanwezig zijn van de zorg, van groot belang. Daarom is een goede spreiding van de voorzieningen voor spoedeisende hulp noodzakelijk. Onderzoek van het CBZ laat zien dat de bereikbaarheid van acute zorg voor iedereen in Nederland binnen de norm is, ondanks de fusies van de afgelopen jaren. Het CBZ verwacht dat de bereikbaarheid van acute zorg de komende 10 jaar niet zal verslechteren (tabel 4.3). Voor *electieve/planbare zorg* ligt er geen zware druk om de zorg aan te bieden in de nabijheid van de woonplaats van de patiënt (CBZ, 2002). Wel kan de verminderde bereikbaarheid bij electieve zorg nadelig zijn voor familie, zowel fysiek (reistijd) als emotioneel (“weg uit je omgeving”) (FD, 13 december 2001). Vooral voor dagbehandelingen lijkt de reisbereidheid van patiënten groter: bij aanbieders die zich richten op cataractoperaties komt een groot deel van de cliënten van buiten de eigen regio.

Tabel 4.3 Bereikbaarheid van acute zorg

	Woonbevolking 2001	Woonbevolking 2010
Ambulance		
15 (+15) ¹ minuten	82,4%	82,2%
30 (+15) ¹ minuten	99,6%	99,6%
Auto		
30 minuten	99,2 %	99,2%
45 minuten	99,7%	99,7%
1) De tijden betreffen de afrijtijd. De aanrijtijd van 15 minuten moet hierbij worden opgeteld.		

Bron: CBZ, Uitvoeringstoets, eerste tranche, 2002.

Chronische zorg is, evenals electieve zorg, goed planbaar. De patiënt die aan een chronische ziekte of handicap lijdt en daardoor frequent een specialist moet bezoeken, wil zo min mogelijk worden gehinderd in het dagelijkse leven. Daarom is het voor deze groepen patiënten wenselijk dat zij de zorg dicht bij huis of zelfs in huis beschikbaar hebben (CBZ, 2002).

Het belang van bereikbaarheid hangt niet alleen af van het type zorg, maar ook van de *regio*. In plattelandsgebieden zal een verminderde bereikbaarheid eerder een probleem vormen dan in steden. Kleinere ziekenhuizen hebben vooral in plattelandsgebieden een belangrijke bijdrage geleverd aan het in stand houden van goede gespreide (integrale) ziekenhuiszorg (CBZ, 2000). In dunbevolkte gebieden is een ziekenhuis voor een bepaald geografisch gebied veelal de enige aanbieder van de veelvoorkomende ziekenhuiszorg inclusief spoedeisende hulp. In deze gebieden is volgens het CBZ behoefte aan tenminste een algemeen ziekenhuis (basisziekenhuis) dat een basispakket van tweedelijns diagnostiek en behandeling kan geven.

Geen relatie tussen beschikbaarheid en schaalgrootte

Er lijkt geen duidelijke relatie te zijn tussen de schaalgrootte van een ziekenhuis en de beschikbaarheid van zorg (wachtlijsten en wachttijd). De beschikbaarheid van zorg zou afhankelijk kunnen zijn van de efficiëntie waarmee het ziekenhuis de zorg heeft georganiseerd. Door het grotere volume zouden grote ziekenhuizen wellicht een grotere efficiëntie kunnen behalen. Dit blijkt echter niet uit de wachtlijstgegevens. Er zijn voorbeelden van kleine ziekenhuizen die nauwelijks wachtlijsten hebben voor bepaalde behandelingen, zoals Talma Sionsberg in Dokkum voor kijk- en staaroperaties (Leeuwarder Courant, 24 januari 2003).

Verder zou de beschikbaarheid van zorg kunnen afnemen door personeelsgebrek van ziekenhuizen en een hoog ziekteverzuim. Uit interviews blijkt dat vooral sommige kleine ziekenhuizen moeite hebben om geschikt personeel te vinden. Ook blijkt uit cijfers van Prismant (mondelinge mededeling) dat het ziekteverzuim bij kleine ziekenhuizen (minder dan 200 bedden) hoger is (namelijk 10,2%, inclusief zwangerschap) dan bij grote ziekenhuizen (meer dan 400 bedden, ziekteverzuim is 7,4%). We kunnen echter geen effect aantonen van personeelsgebrek en een hoger ziekteverzuim op de beschikbaarheid van zorg.

4.3 Relatie tussen schaalgrootte en betaalbaarheid

Het benutten van schaalvoordelen is een veelgebruikt argument voor fusies tussen ziekenhuizen. Op basis van analyses van eerdere onderzoeken komt KPMG BEA tot de conclusie dat er mogelijk schaalvoordelen zijn, maar dat deze niet meer worden gerealiseerd in Nederlandse ziekenhuizen. Er bestaat een onduidelijk beeld op alle onderliggende factoren van efficiëntie (zie tabel 4.4).

Tabel 4.4 Aspecten van betaalbaarheid en relatie met schaalgrootte

Aspecten van betaalbaarheid	Relatie met schaalgrootte
Volume	
Omvang zorgvraag	Concurrentie tussen ziekenhuizen zorgt voor toename van duurder zorg omdat ziekenhuizen concurreren op kwaliteit
Productiviteit productiefactoren	
Productiviteit	Onderzoek van Stevens en Van Tulder toont optimale productiviteit bij omvang van 200-300 bedden
Bezettingsgraad	Voor kleinere ziekenhuizen is het moeilijker specialisten optimaal te bezetten
Kosten productiefactoren	
Totale gemiddelde kosten	Onderzoek <i>Tussen bureau en bed</i> toont hogere gemiddelde kosten bij grotere ziekenhuizen
Overhead	Schaalvoordelen: aandeel staf en administratie neemt af in grotere ziekenhuizen, ten gunste van paramedisch personeel
Personeelskosten	Geen correlatie gevonden tussen personeelskosten of aantal vacatures met omvang van ziekenhuis
Materiaalkosten	Lagere inkoopkosten te verwachten bij grotere ziekenhuizen (bijvoorbeeld dure dialysevloeistoffen)

Bron: Interviews, Literatuuronderzoek, KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Onderzoek (Blank, 2002) lijkt aan te tonen dat in de Nederlandse ziekenhuissector in beperkte mate schaalnadelen optreden bij schaalvergroting. Er is echter niet onderzocht in hoeverre grote ziekenhuizen efficiencyvoordelen kunnen behalen door invoering van zorgprogramma's voor bepaalde diagnoses. In de huidige situatie met aanbodregulering leidt concurrentie eerder tot hogere dan tot lagere kosten, omdat ziekenhuizen concurreren op kwaliteit. Samenwerking heeft dan de voorkeur.

In een situatie met marktwerking is te verwachten dat ziekenhuizen ook op prijs gaan concurreren. De introductie van DBC's zal laten zien in hoeverre dit leidt tot hogere efficiëntie. Toenemende aandacht voor financiële prestaties zou ervoor kunnen zorgen dat schaalvoordelen in de toekomst wel worden gerealiseerd.

Omvang zorgvraag: concurrentie leidt tot duurdere zorg

Uit het rapport *Tussen bed en budget* (Blank, 1998) blijkt dat in een situatie van aanbodregulering concurrentie tussen ziekenhuizen leidt tot een toename van duurdere zorg. Bij aanbodregulering concurreren ziekenhuizen niet op prijs, maar op kwaliteit, wat de kosten van de zorg opdrijft.

Optimale productiviteit onduidelijk

Nivel (2000) gaat in op de verschillende uitkomsten van de onderzoeken naar de relatie tussen schaal en productiviteit. Uit dit overzicht blijkt dat onderzoek naar de financiële effecten van fusies op langere termijn veelal ontbreekt. Verder blijkt dat de uitkomsten van het kleine aantal onderzoeken niet altijd in het voordeel zijn van gefuseerde ziekenhuizen. Een analyse van Stevens en van Tulder (Nivel, 2000) toont aan dat er een optimum is van productiviteit bij ziekenhuizen met 200 tot 300 bedden.

Er zijn op dit moment geen gegevens bekend over de optimale bezettingsgraad van een ziekenhuis, met andere woorden over de optimale verhouding van het aantal specialisten ten opzichte van het aantal inwoners in het adherentiegebied.

Overcapaciteit kan optreden bij kleine ziekenhuizen die een minimale grootte willen aanhouden voor bepaalde specialismen, terwijl deze eigenlijk te groot zijn voor het desbetreffende adherentiegebied. Zo werkten er in het ziekenhuis in Emmeloord vier gynaecologen terwijl er maar werk was voor twee. De vier artsen waren vooral nodig om de weekend-, avond- en nachtdiensten rond te krijgen. Ook moet er voor de spoedei-

sende hulp voortdurend een behandelteam paraat staan terwijl er gemiddeld eens per drie nachten een patiënt komt (Trouw, 16 januari 2003).

Kosten: tot nu toe beperkte schaalnadelen bij grotere ziekenhuizen
Onderzoek (bijvoorbeeld *Tussen bed en budget* van Blank e.a., 1998) naar de samenhang tussen schaal en gemiddelde kosten laat meestal een U-curve zien. De gemiddelde kosten per patiënt dalen bij schaalvergroting van kleine ziekenhuizen. Vervolgens wordt een optimum bereikt waarna schaalvergroting gepaard gaat met schaalnadelen. Uit *Tussen bureau en bed* (Blank e.a., 2002) blijkt dat de meeste algemene ziekenhuizen (exclusief topklinische ziekenhuizen) beperkte schaalnadelen kennen. De verklaring voor het verschil met eerdere onderzoeken is dat er anno 2002 geen ziekenhuizen meer bestaan in Nederland die tot het linkerdeel van de U-curve behoren, waardoor schaalvergroting altijd gepaard gaat met schaalnadelen. *Tussen bureau en bed* (Blank e.a., 2002) gaat in op de relatie tussen *overhead* en productie van Nederlandse ziekenhuizen. Uit dit onderzoek blijkt dat bij algemene ziekenhuizen die meer patiënten behandelen, het kostenaandeel van staf en administratie in de totale kosten afneemt, evenals het kostenaandeel ondersteunend personeel. Deze afname komt in zijn geheel ten goede aan het kostenaandeel paramedisch personeel. De moeilijke vervulbaarheid van vacatures in kleine ziekenhuizen zou een prijsopdrijvend effect kunnen hebben op de personeelslasten en de wervingskosten. Een analyse van een tiental jaarverslagen van ziekenhuizen geeft echter geen onderbouwing voor deze stelling. Tenslotte zouden grotere ziekenhuizen een inkoopvoordeel kunnen behalen op materiaalkosten, met gunstig effect op de betaalbaarheid.

Andere uitkomsten in geval van marktwerking?

Bovenstaande onderzoeken hebben betrekking op de huidige situatie waarin aanbodregulering nog dominant is. De resultaten zouden anders kunnen zijn in een situatie met marktwerking. Uit onderzoek van Yafchak (2000) blijkt dat in de Verenigde Staten schaalvoordelen ontstaan door toenemende concurrentie als gevolg van verminderde inkomsten. In dit onderzoek gaat het echter om relatief kleine ziekenhuizen. Onbekend is of schaalvoordelen ook zouden optreden in Nederland, waar de ziekenhuizen gemiddeld veel groter zijn.

5 Optimale marktstructuur

Beslissingen over de spreiding van ziekenhuiszorg moeten worden getoetst op hun effect op het marktresultaat. Het vorige hoofdstuk laat zien dat er geen optimale schaalgrootte is voor ziekenhuizen in relatie tot het marktresultaat. Hoe kunnen we dan toch bepalen wat de optimale marktstructuur is? Om tot een antwoord te komen is een nieuw perspectief nodig: niet de schaalgrootte van individuele ziekenhuizen is belangrijk, maar de spreiding van ziekenhuisfuncties over een regio. De optimale marktstructuur heeft een zodanige spreiding van ziekenhuisfuncties dat het marktresultaat optimaal is. De totale zorgvraag in een regio is hierbij het uitgangspunt.

In dit hoofdstuk presenteren we een model om die optimale marktstructuur per regio te bepalen, afgeleid van de karakteristieken van de zorgvraag en de regio. We bepalen de ideale spreiding van ziekenhuisfuncties per regio en per type ingreep op basis van zes factoren die van invloed zijn op het marktresultaat:

- urgentie van de behandeling;
- kapitaalintensiteit van benodigde faciliteiten;
- mate van specialisatie;
- omvang van de doelgroep;
- frequentie van de zorgvraag;
- geografie: kwaliteit van de reisinfrastructuur.

Beslissingen over ontwikkelingen die van invloed zijn op de marktstructuur (zoals fusies of nieuwe toetreders), kunnen worden getoetst op hun bijdrage aan het bereiken van de ideale regionale marktstructuur die past bij de zorgvraag.

Dit hoofdstuk beschrijft allereerst het spreidingsmodel voor zorgfuncties en past het daarna toe op drie actuele thema's in de ziekenhuiszorg, namelijk regionale fusies, ZBC's en buitenlandse aanbieders. Toepassing van het spreidingsmodel op deze thema's leidt tot de volgende conclusies:

- *Regionale ziekenhuisfusies.* Het effect van fusies op het marktresultaat is niet eenduidig, zowel in de huidige situatie als bij marktwerking. De wenselijkheid van het behoud van kleine ziekenhuizen of juist van verdere regionale fusies is sterk afhankelijk van de regionale context. Er zijn dus op voorhand geen rationele argumenten voor het behoud van alle kleine ziekenhuizen of tegen alle regionale fusies. In een situatie van marktwerking kan vermindering van keuze-

mogelijkheden een argument zijn om fusies tegen te houden.

- *ZBC's*. In het algemeen kan toetreding van ZBC's het marktresultaat positief beïnvloeden. ZBC's zijn vooral geschikt voor kapitaalextensieve behandelingen voor grote doelgroepen. Voor dit soort zorg ligt decentralisatie voor de hand. De kwaliteit (innovatie) en toegankelijkheid (positief effect op beschikbaarheid) nemen toe. Het effect op betaalbaarheid is niet duidelijk. Dit geldt ook in een situatie van marktwerking. Bij marktwerking vergroot de aanwezigheid van ZBC's de keuzemogelijkheden van verzekeraars en verzekerden, waardoor zij een alternatief hebben om een beter marktresultaat af te dwingen.
- *Buitenlandse aanbieders*. Toetreding van buitenlandse aanbieders op de Nederlandse zorgmarkt kan een positief effect hebben op de toegankelijkheid van zorg, zowel in de huidige situatie van aanbodregulering als bij marktwerking. Het effect op kwaliteit en betaalbaarheid is niet duidelijk. Op dit moment zijn geen buitenlandse aanbieders actief in Nederland maar leveren vooral Belgische en Duitse aanbieders wel zorg in het buitenland aan Nederlandse verzekerden. In een situatie van marktwerking kan toetreding van buitenlandse aanbieders een positief effect hebben op de keuzemogelijkheden, waardoor verzekerden door het marktresultaat kunnen sturen door 'met de voeten te stemmen'.

5.1 Zes factoren voor de ideale marktstructuur

De doelstelling van het spreidingsmodel is het bepalen van de ideale regionale marktstructuur in relatie tot het marktresultaat. Uitgangspunt is de totale zorgvraag in een regio. Per regio en per ingreep is het mogelijk te bepalen of zorg decentraal (dicht bij cliënt) of centraal (op één locatie in de regio, of zelfs buiten de regio) moet worden aangeboden. De begrippen 'centraal' en 'decentraal' verwijzen naar *fysieke* concentratie of deconcentratie, *niet naar bestuurlijke* centralisatie of decentralisatie.

We redeneren vanuit het gewenste marktresultaat terug naar de bijbehorende ideale fysieke spreiding. Zes factoren bepalen per ingreep de mate van fysieke concentratie of deconcentratie:

- *Urgentie*. Acute zorg moet zo decentraal mogelijk worden aangeboden vanwege het belang van toegankelijkheid.
- *Kapitaalintensiteit*. Zorg waarbij dure faciliteiten nodig zijn moet centraal worden aangeboden vanwege betaalbaarheid.

- *Mate van specialisatie.* Zeer gespecialiseerde zorg moet centraal worden aangeboden vanwege behoud van kwaliteit;
- *omvang van de doelgroep.* Zorg waarvoor slechts een kleine doelgroep is moet bij voorkeur worden geconcentreerd uit het oogpunt van betaalbaarheid.
- *Frequentie van de zorgvraag.* Zorg voor aandoeningen die frequent contact vereisen met een medisch behandelaar moet bij voorkeur decentraal worden aangeboden vanwege toegankelijkheid.
- *Kwaliteit van de reisinfrastructuur.* Wanneer de reisinfrastructuur gebrekkig is, moet zorg bij voorkeur meer decentraal worden aangeboden vanwege de toegankelijkheid. Voor het bepalen van de mate van fysieke centralisatie of decentralisatie voor een bepaalde behandeling doorlopen we de volgende stappen (zie ook figuur 5.1):
 1. Geef voor elke van de zes factoren aan of deze factor wijst richting fysieke centralisatie of juist richting fysieke decentralisatie.
 2. Bepaal de score per deelaspect van het marktresultaat.
 3. Bepaal het relatieve belang van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor deze behandeling. Het kan zijn dat bij de ene zorgvraag kwaliteit absolute prioriteit heeft, terwijl in andere gevallen bereikbaarheid cruciaal is.
 4. Combineer de score voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (uit stap 2) met de weging (uit stap 3) om te komen tot een totaal score.
 5. Dan blijft nog de vraag hoe dit aanbod kan worden gegroepeerd/georganiseerd. Posnett (2002) geeft aan dat nagegaan moet worden hoe het noodzakelijke scala aan diensten moet worden gegroepeerd nadat de totale zorgvraag van een regio in kaart is gebracht. Dit wordt bepaald door de mate van multidisciplinariteit en de mate waarin ondersteunende diensten (lab, röntgen, IC, et cetera) nodig zijn voor de zorgverlening voor een bepaalde groep patiënten.

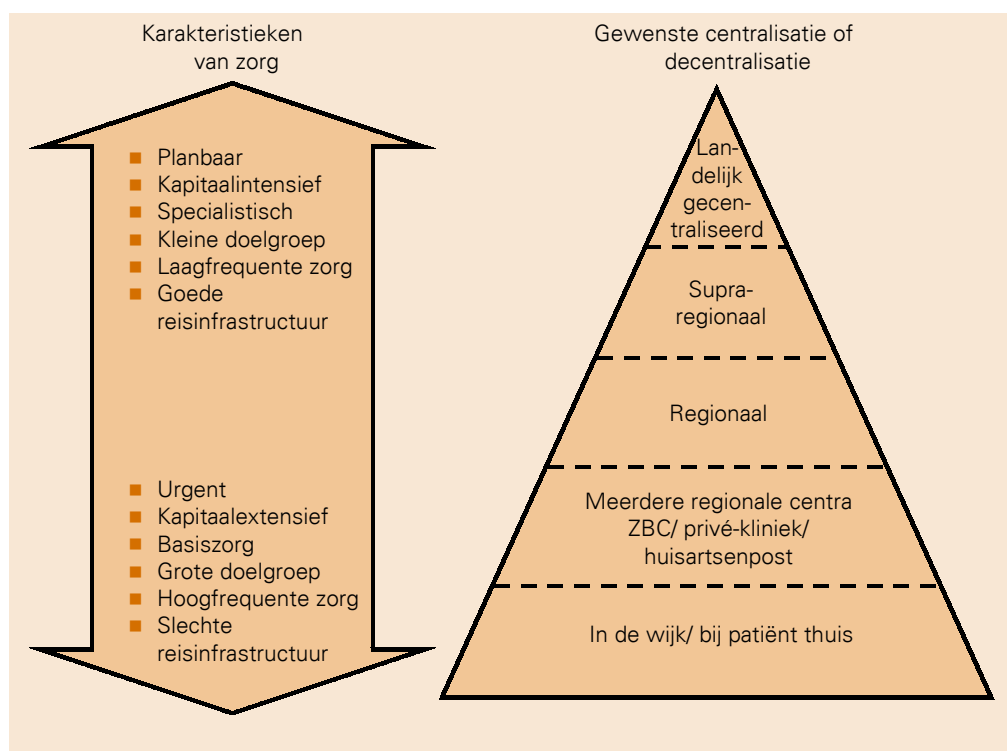
Figuur 5.1 Model voor bepalen marktstructuur

				Relatie met marktresultaat		
				Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
		Stap 1				
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...			
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Centraal? Decentraal?	
	Kapitaal intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Centraal? Decentraal?
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Centraal? Decentraal?		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Centraal? Decentraal?
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Centraal? Decentraal?	
Geografie	Reisinfrastuctuur	Goede reisinfrastuctuur	Slechte reisinfrastuctuur		Centraal? Decentraal?	
Score per deelaspect van marktresultaat				Stap 2		
Weging van het belang per deelaspect				Stap 3		
Totaal score				Stap 4		

Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Het resultaat is een onderbouwd oordeel over de gewenste mate van fysieke centralisatie of decentralisatie. Figuur 5.2 laat zien dat het aanbod voor een ingreep zoveel mogelijk moet worden gedecentraliseerd als de zorg urgent is, kapitaalintensief, behoort tot de basiszorg, als de doelgroep groot is, de frequentie van de zorgvraag gering en als de reisinfrastuctuur in een regio slecht is. Daarentegen moet hoogfrequente zorg voor een kleine doelgroep, die planbaar, kapitaalintensief en specialistisch is, in een regio met een goede reisinfrastuctuur juist centraal worden aangeboden.

Figuur 5.2 Factoren voor centralisatie of decentralisatie



Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie; RVZ.

We lichten de toepassing van het model toe door als voorbeeld de gewenste mate van fysieke centralisatie te bepalen van zes typen diagnoses/behandelingen:

- ernstig hoofdletsel, trauma capitis (figuur 5.3);
- hemodialyse (figuur 5.4);
- diabetes mellitus type II (figuur 5.5);
- totale heupprothese (figuur 5.6);
- Addison/ziekte van Cushing (figuur 5.7);
- mammacorrectie (figuur 5.8).

In de voorbeelden laten we zien hoe op een gestructureerde manier kan worden bepaald in welke mate fysieke centralisatie of decentralisatie het meest geschikt is per type zorg in een bepaalde regio.


Figuur 5.3 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij ernstig hoofdletsel

Trauma capitis		Relatie met				
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Bij voorkeur decentraal	
	Kapitaal intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Bij voorkeur centraal
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Bij voorkeur centraal		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Bij voorkeur centraal
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Mogelijk centraal	
Geografie	Reisinfrastuur	Goede reisinfrastuur	Slechte reisinfrastuur			
Score per deelaspect van				Bij voorkeur centraal	Bij voorkeur decentraal	Bij voorkeur centraal
Weging van het belang per				Hoogst	Hoog	Hoog
Totaal score				Supraregionaal organiseren, binnen de normen toegankelijkheid (bv dmv helicopter)		

Patiënten met een neurotrauma (bijvoorbeeld een schedeldakfractuur) hebben een acute zorgvraag. De zorg voor deze patiënten is kapitaalintensief en ook kennisintensief (hoogspecialistisch). Het betreft een kleine groep patiënten (214 opnames, 1860 verpleegdagen, Prismant 2001). Het acute karakter pleit voor decentralisatie om de toegankelijkheid te waarborgen. De kapitaalsintensiteit vraagt om centralisatie vanwege de betaalbaarheid. De kennisintensiteit wijst in dezelfde richting omwille van de kwaliteit. Ook de beperkte omvang van de doelgroep en de lage frequentie van de zorgvraag maken centralisatie wenselijk. Geografische overwegingen zullen niet snel tot decentralisatie leiden omdat de kwaliteit in het gedrang komt en de kosten van vervoer relatief klein zijn door de beperkte omvang van de doelgroep.

Bovenstaand model geeft een overzicht van de impact van de diverse aspecten van de zorgvraag op de drie onderdelen van het resultaat (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Als we nu deze drie onderdelen onderling gaan wegen dan blijkt dat toegankelijkheid belangrijk is. Er is echter een alternatief voor een decentraal aanbod, namelijk vervoer per traumahelicopter. Doordat de omvang van de doelgroep klein is wegen de kosten van vervoer niet op tegen de kosten van duplicatie van voorzieningen. Hiermee krijgt kwaliteit het grootste gewicht en zal dus centralisatie de beste optie zijn.

De zorg voor deze patiënten is zeker in de eerste fase monodisciplinair maar maakt gebruik van een groot aantal functionaliteiten (onder andere IC, radiologische diensten). Het is daarom gewenst om de supraregionaal aangeboden zorgverlening te bundelen met zorg voor andere (neurochirurgische) aandoeningen.




Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Figuur 5.4 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij hemodialyse

Hemodialyse		Relatie met marktresultaat				
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Mogelijk centraal	
	Kapitaal-intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Bij voorkeur centraal
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Bij voorkeur centraal		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Bij voorkeur centraal
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Bij voorkeur decentraal	
Geografie	Reisinfrastuur	Goede reisinfrastuur	Slechte reisinfrastuur			
Score per deelaspect van marktresultaat				Bij voorkeur centraal	Bij voorkeur decentraal	Bij voorkeur centraal
Weging van het belang per deelaspect				Hoog	Hoog	Hoog
Totaal score				Regionaal centraliseren, binnen de normen van toegankelijkheid		

Patiënten met die moeten worden gedialyseerd hebben een chronische zorgvraag. De zorg voor deze patiënten vraagt dure voorzieningen en is ook kennisintensief. De doelgroep is klein: de prevalentie van deze aandoening is laag (ruim 3400 patiënten, Nierstichting, 2001). Maar de zorgvraag van deze groep patiënten is omvangrijk: ruim 450.000 behandelingen bij een gemiddelde dialysefrequentie van 2,5 behandelingen per week. Het chronische karakter en de hoogfrequente zorgvraag van de aandoening pleiten voor decentraal aanbod. Geografische overwegingen zullen er niet snel toe leiden deze zorg decentraal aan te bieden. Betaalbaarheid en kwaliteit komen vrij snel onder druk te staan.

Bovenstaand model geeft een overzicht van de impact van de diverse aspecten van de zorgvraag op de drie onderdelen van het resultaat (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Als we nu deze drie onderdelen onderling gaan wegen dan blijkt het lastig te zijn om prioriteiten te stellen. Aan de ene kant is een decentraal aanbod belangrijk vanwege het chronische karakter van de aandoening en de hoge frequentie van de zorgvraag. Aan de andere kant zou decentralisatie een enorme kostenstijging teweeg brengen door het kapitaalsintensieve karakter van de zorgvraag en komt misschien ook de kwaliteit onder druk te staan door het kennisintensieve karakter. Hier wegen alle aspecten van het resultaat even zwaar. De zorg zal zó decentraal moeten worden aangeboden als de eisen aan kwaliteit en betaalbaarheid tolereren. Deze zorg maakt maar zeer beperkt gebruik van andere voorzieningen of disciplines en kan dus goed *stand-alone* worden aangeboden.



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

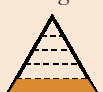
Figuur 5.5 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij diabetes mellitus type II

Diabetes mellitus type II		Relatie met marktresultaat				
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Mogelijk centraal	
	Kapitaal-intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Mogelijk decentraal
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Mogelijk decentraal		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Mogelijk decentraal
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Bij voorkeur decentraal	
Geografie	Reisinfrastuctuur	Goede reisinfrastuctuur	Slechte reisinfrastuctuur			
Score per deelaspect van marktresultaat				Mogelijk decentraal	Bij voorkeur decentraal	Mogelijk decentraal
Weging van het belang per deelaspect				Hoog	Hoogst	Ondergeschikt
Totaal score				Decentraliseren tot in de wijk		

Patiënten met diabetes mellitus type II hebben een chronische zorgvraag. De zorg voor deze patiënten vraagt geen dure voorzieningen en ook is ook weinig kennisintensief. De doelgroep is groot. De prevalentie van deze aandoening is 440.000 (RIVM, 2001). Hoewel deze groep niet veel opnames voor haar rekening neemt is de omvang van de ambulante zorg groot. Het chronische karakter van de aandoening pleit voor decentralisatie om de toegankelijkheid te waarborgen. De beperkte aanspraak op kapitaal en kennis maakt decentralisatie mogelijk. Ook het grote aantal mensen dat deze aandoening heeft wijst in de richting van decentralisatie. Immers, hierdoor zijn de individuele en maatschappelijke kosten van vervoer hoog. Geografische overwegingen kunnen er toe leiden dat ook in afgelegen gebieden met een relatief lage omvang van de adherente bevolking deze zorg toch decentraal aangeboden wordt.

Als we nu het relatieve belang van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid onderling wegen dan blijkt dat de toegankelijkheid zeer belangrijk is. Het chronische karakter maakt dat de kosten van vervoer groot zijn, zowel voor de individuele patiënt als voor de samenleving als geheel. Deze zorg moet zo dicht mogelijk bij de patiënt worden aangeboden.

Hoewel deze zorg een sterk multidisciplinair karakter heeft betreft het vooral disciplines in de zin van diverse zorgverleners (internist, huisarts, verpleegkundige) en niet zo zeer voorzieningen. Deze zorg kan dus goed decentraal *stand-alone* aangeboden worden b.v. in een wijkcentrum.



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.


Figuur 5.6 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij totale heupprothese

Totale heupprothese		Relatie met marktresultaat				
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Mogelijk centraal	
	Kapitaal-intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Mogelijk decentraal
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Mogelijk decentraal		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Mogelijk decentraal
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Mogelijk centraal	
Geografie	Reisinfrastuur	Goede reisinfrastuur	Slechte reisinfrastuur			
Score per deelaspect van marktresultaat				Mogelijk decentraal	Mogelijk centraal	Mogelijk decentraal
Weging van het belang per deelaspect				Hoog	Ondergeschikt	Hoogst
Totaal score				Decentraliseren in meerdere regionale centra/ZBC's in efficiënt opererende instellingen		

Patiënten met artrose van het heupgewricht waarvoor een *total hip* procedure is vereist hebben een electieve zorgvraag. De zorg voor deze patiënten vraagt geen dure voorzieningen en is ook niet zeer kennisintensief. De doelgroep is groot (21407 patiënten, 286084 ligdagen Prismant, 2001). Het electieve karakter van de behandeling pleit voor centralisatie. De beperkte aanspraak op kapitaal en kennis maakt decentralisatie mogelijk. De grootte van de doelgroep maakt decentralisatie mogelijk. Geografische overwegingen spelen hier een beperkte rol vanwege het electieve karakter.

Als we nu het relatieve belang van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid onderling wegen dan blijkt dat de betaalbaarheid het belangrijkste is. Door de grote omvang van de doelgroep heeft een geringe verbetering van doelmatigheid een groot effect op de macrobetaalbaarheid.

Voor deze zorg zijn maar in zeer beperkte mate andere voorzieningen of disciplines nodig. De zorg kan dus goed stand-alone worden aangeboden. De praktijk zal moeten uitwijzen wat de optimale schaal is. In een situatie van marktwerking zal dit vanzelf duidelijk worden.



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.


Figuur 5.7 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij M.Addison/ziekte van Cushing

Addison/ Cushing		Relatie met marktresultaat				
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Mogelijk centraal	
	Kapitaal-intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Mogelijk decentraal
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Bij voorkeur centraal		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Bij voorkeur centraal
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Bij voorkeur decentraal	
Geografie	Reisinfrastuur	Goede reisinfrastuur	Slechte reisinfrastuur			
Score per deelaspect van marktresultaat				Bij voorkeur centraal	Bij voorkeur decentraal	Bij voorkeur centraal
Weging van het belang per deelaspect				Hoogst	Hoog	Ondergeschikt
Totaal score				Supra-regionaal centraliseren vanwege belang van kwaliteit; zoek oplossing voor behoud toegankelijkheid		

Patiënten met de ziekte van Addison/Cushing hebben een chronische zorgvraag. De zorg voor deze patiënten vraagt geen dure voorzieningen, maar vereist wel zeer specifieke kennis. De doelgroep is klein: slechts 1 op de 2000 mensen heeft deze aandoening. Dat betekent dat er zo'n 8000 patiënten in Nederland zijn (NVACP, 1999). Het chronische aspect van de zorgvraag vraagt om decentralisatie omwille van de toegankelijkheid. Maar de zeer specialistische kennis en de beperkte omvang van de doelgroep vereisen centralisatie om de kwaliteit te kunnen waarborgen. Geografische factoren zouden mogelijk kunnen leiden tot een regeling waarbij een specialist vanuit één van de landelijke centra maandelijks spreekuur houdt in een verder weggelegen gebied. Op deze manier kan toch worden voldaan aan de eisen van toegankelijkheid.

Bij de weging van het relatieve belang van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid heeft kwaliteit heeft bij deze aandoening hoge prioriteit. Bij beslissingen rond (de)centralisatie moet dit aspect het zwaarst wegen.

De behandeling van deze aandoeningen vereist zeer beperkt gebruik van andere disciplines, behalve van labfaciliteiten. Combinatie met zorg voor andere endocriene aandoeningen (een endocriencentrum in een groter complex) zou een goede optie kunnen zijn.



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.


Figuur 5.8 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij mammacorrectie

Mamma correctie		Relatie met marktresultaat				
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Mogelijk centraal	
	Kapitaal-intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Mogelijk decentraal
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Mogelijk decentraal		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Bij voorkeur centraal
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Mogelijk centraal	
Geografie	Reisinfrastuctuur	Goede reisinfrastuctuur	Slechte reisinfrastuctuur			
Score per deelaspect van marktresultaat				Mogelijk decentraal	Mogelijk centraal	Bij voorkeur centraal
Weging van het belang per deelaspect				Hoog	Ondergeschikt	Hoogst
Totaal score				Supra-regionaal centraliseren vanwege het belang van betaalbaarheid voor patiënt (vaak wensgeneeskunde)		

In Nederland neemt de behoefte aan cosmetische ingrepen toe. Per jaar verrichten de reguliere ziekenhuizen 2138 mammavergrotende en 4707 mammareducerende operaties (Prismant, 2001). Cijfers voor de aantallen verrichtingen in privé-klinieken zijn helaas niet voorhanden. Mammacorrecties zijn electieve zorgvragen die niet kapitaals- of kennisintensief zijn. Het electieve karakter en de lage frequentie van deze zorgvraag wijzen in de richting van centralisatie omdat toegankelijkheid minder van belang is. De beperkte omvang van de doelgroep pleit daar eveneens voor. Geografische aspecten zullen hier geen invloed hebben op de afwegingen.

Omdat het hier veelal om ‘wensgeneeskunde’ gaat is betaalbaarheid belangrijker en toegankelijkheid minder belangrijk. Het enige aspect dat in het publiek belang ligt is de kwaliteit. Er moet voldoende volume zijn om kwaliteit te garanderen, maar verder gelden hier waarschijnlijk de afwegingen van de individuele patiënt of de verzekeraar die deze behandelingen in een speciale polis opneemt.

Er is weinig tot geen interactie met andere disciplines en of functies. Zeker de mammargumentaties kunnen in een stand-alone-centrum worden aangeboden. Mammareducties vergen vaak een opname van een aantal dagen (4707 opnames 18.536 VD, Prismant, 2001). Deze behandelingen kunnen waarschijnlijk beter in een algemeen ziekenhuis plaatsvinden.

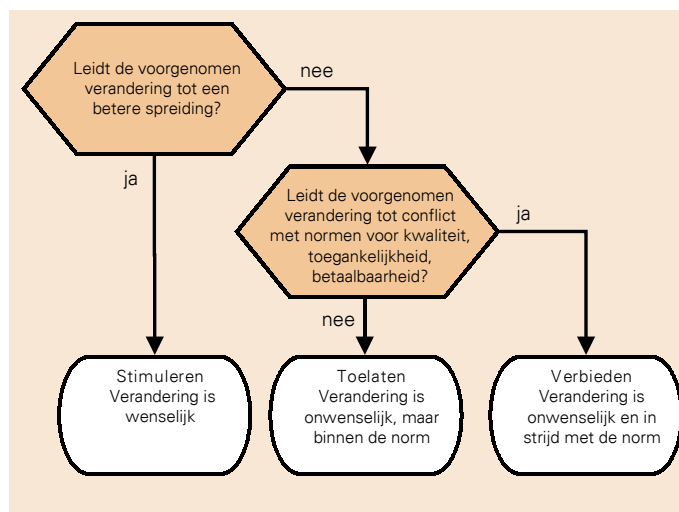


Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Het model kan dienen als hulpmiddel om de wenselijkheid te beoordelen van bepaalde (voorgenomen) veranderingen in de marktstructuur in een regio. Een regio doorloopt dan de volgende drie stappen:

- *Stap 1: in kaart brengen optimale marktstructuur.* Toepassing van het model op alle typen zorg in een regio geeft een beeld van de optimale fysieke spreiding van zorgfuncties binnen die regio, gegeven de karakteristieken van de zorgvraag en de regio en de gewichten die men gebruikt voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.
- *Stap 2: vergelijken met huidige marktstructuur.* Wanneer een regio de optimale situatie voor de spreiding in kaart heeft gebracht kan die regio nagaan in hoeverre de huidige situatie overeenkomt met de gewenste situatie. Zo kan een regio bepalen of ingrepen die op veel locaties (decentraal) worden aangeboden, ook terecht decentraal worden aangeboden. Hetzelfde geldt voor ingrepen die centraal worden aangeboden.
- *Stap 3: toetsen van veranderingen.* Bij voorgenomen veranderingen in de marktstructuur (fusies, toelating ZBC's en buitenlandse aanbieders) kan men toetsen of de verandering bijdraagt aan de ideale marktstructuur. Afhankelijk van de situatie kan men besluiten de verandering te stimuleren, toe te laten of te verbieden (zie figuur 5.9).

Figuur 5.9 Beslissingsboom voor evaluatie veranderingen in marktstructuur



Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

In de volgende drie paragrafen gaan we in op drie ontwikkelingen die de marktstructuur kunnen veranderen: fusies, toetreding ZBC's en toetreding buitenlandse aanbieders. We geven een algemene zin weer in hoeverre fusies, toetreding van ZBC's en van buitenlandse aanbieders leiden tot een beter marktresultaat. Regionale beslissingen hierover zouden moeten worden getoetst volgens het hierboven beschreven spreidingsmodel.

5.2 Fusies van ziekenhuizen

Fusies van ziekenhuizen en het behoud van kleine ziekenhuizen staan sterk in de belangstelling. De toegenomen concentratie van ziekenhuizen heeft implicaties voor het marktresultaat waarbij een afweging bestaat tussen de verschillende onderdelen. Zo kan toenemende concentratie om redenen van vermeende kwaliteit leiden tot een minder goede bereikbaarheid voor een deel van de bevolking. Zorgen over de bereikbaarheid hebben geleid tot een afkondiging van een *stand still* voor fusies. De Tweede Kamer heeft aangegeven dat de als basisziekenhuis gekarakteriseerde ziekenhuizen in stand moeten worden gehouden. Het effect van fusies op het marktresultaat is echter niet duidelijk en niet eenduidig. Beslissingen over het behoud van kleine ziekenhuizen of over verdere regionale fusies dienen afhankelijk te zijn van de regionale context. Er zijn dan ook geen rationele argumenten om fusies bij voorbaat tegen te gaan. In een situatie van marktwerking kan een vermindering van keuzemogelijkheden een argument zijn om fusies tegen te houden.

Positieve en negatieve effecten op kwaliteit

Zoals in het voorgaande hoofdstuk is beschreven, is in de huidige situatie van aanbodregulering het effect van schaalvergroting op de geleverde kwaliteit niet duidelijk of niet eenduidig. Hoewel de diepte en breedte van het zorgaanbod veelal verbeteren, blijkt uit een onderzoek van Nivel (2002) slechts 14% van de mensen, geconfronteerd met een ziekenhuisfusie, het eens te zijn met de stelling dat de fusie een positieve invloed heeft gehad op de geboden zorg. Tweeëntwintig procent vindt dat de fusie een negatieve invloed heeft gehad.

Toegankelijkheid vermindert niet per definitie

Verminderde toegankelijkheid is een veel gehoord argument tegen fusies. Een fusie van ziekenhuizen leidt in de huidige situatie van aanbodregulering echter niet per definitie tot een verminderde toegankelijkheid. De bereikbaarheid vermindert

als de gefuseerde instelling locaties sluit. De gefuseerde instelling kan er ook voor kiezen om geen locaties te sluiten, maar bepaalde behandelingen te herverdelen over de locaties (zoals het Amphia Ziekenhuis). In dat geval kan de bereikbaarheid van het ene type behandeling toenemen en dat van een ander afnemen.

Als blijkt dat toegankelijkheid inderdaad een belangrijk aspect is voor verzekerden, is het waarschijnlijk dat verzekeraars bij fusies van aanbieders zullen sturen op behoud van toegankelijkheid van de zorg (behoud van locaties).

Beperkt negatief effect op betaalbaarheid

Uit onderzoek blijkt dat fusies gepaard gaan met beperkte schaalnadelen, wat een negatief effect heeft op de betaalbaarheid. Het effect van organisatie in zorgprogramma's op *efficiency* is echter niet onderzocht.

Marktwerking

We kunnen geen uitspraken doen over het effect van fusies op het marktresultaat in een situatie van marktwerking. Als fusies leiden tot een vermindering van keuzemogelijkheden van verzekeraars en verzekerden kan dit bij marktwerking echter wel een argument zijn om een fusie tegen te houden. Verzekerden en verzekeraars moeten immers uit aanbieders kunnen kiezen om zo een optimaal marktresultaat te bereiken.

5.3 ZBC's

Met de opkomst van kleine private initiatieven is discussie ontstaan over de positie van het ziekenhuis, als locatie waar alle mogelijke medisch specialistische zorg wordt verleend. Ziekenhuizen zijn ontstaan omdat het handig was om medische kennis te concentreren (voor uitwisseling van expertise) en met name om gemeenschappelijke faciliteiten gezamenlijk te gebruiken. Door technologische ontwikkelingen is echter de wenselijkheid van concentratie op één locatie voor veel behandelingen verdwenen, niet alleen vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid. De deconcentratie van zorg door de opkomst van private initiatieven brengt zorg bovendien dichterbij de patiënt.

Er zijn veel typen zorg waarbij ZBC's toegevoegde waarde kunnen hebben. De schattingen van geïnterviewden over de hoeveelheid behandelingen die in principe buiten het ziekenhuis zouden kunnen plaatsvinden, lopen uiteen van 50% tot

80%. Het gaat daarbij om behandelingen zoals genoemd in figuur 5.10. Dit zijn veelal behandelingen die volgens het spreidingsmodel decentraal kunnen worden georganiseerd, omdat het gaat om kapitaalextensieve behandelingen voor een grote doelgroep.

Figuur 5.10 Mogelijke behandelingen die buiten het ziekenhuis kunnen plaatsvinden

Specialisme	Behandelingen
KNO	Neusbotcorrectie, verwijderen amandelen, neusholtes
Tandheelkunde	Implantaten, tandchirurgie
Gynaecologie/ vruchtbaarheid	IVF, abortus
Urologie	Sterilisatie man, prostaat chirurgie
Cardiologie	Non-invasieve behandelingen
Longchirurgie	Non-invasieve behandelingen
Orthopedie	Inwendige chirurgie, hernia, tennisarm, enkel- en kniebanden
Chirurgie	Liesbreuk, navelbreuk, spataders, maagballon
Cosmetische chirurgie	Verschillende operaties
Oogheelkunde	Cataract, laserbehandelingen

Bron: www.public-space.com.

ZBC's kunnen dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan een betere spreiding van zorgfuncties. Het stimuleren van private initiatieven heeft naar verwachting een positief effect op de kwaliteit en toegankelijkheid en mogelijk ook op betaalbaarheid. Bijlage 5 bevat achtergrondinformatie over private initiatieven. Aanwijzingen voor positief effect op kwaliteit. Private aanbieders kunnen een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van de gezondheidszorg. Zij ondervinden immers sterke commerciële prikkels om hoge kwaliteit aan te bieden en deze te bewaken. Een enkel incident (ook bij een collega aanbieder) kan desastreuze gevolgen hebben voor het aantrekken of behouden van klanten. Niet iedereen is het erover eens dat ZBC's en privé-klinieken bijdragen aan een betere kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van geboden zorg zou vanwege het private karakter ondergeschikt zijn aan het behalen van een

financieel positief resultaat. Momenteel doet de Inspectie voor de Gezondheidszorg dan ook een onderzoek naar de kwaliteit van private aanbieders. Tot nu toe zijn er echter (op enkele incidenten na) geen aanwijzingen dat de kwaliteit bij deze aanbieders tekortschiet.

Aanwijzingen dat private aanbieders bijdragen aan de kwaliteit van de zorg, zijn de diverse voorbeelden van ZBC's en privé-klinieken die hebben geleid tot zorginnovatie. Eén voorbeeld is de kliniek Alant Cardio van Jaap Maljers (zie onderstaand kader). Een ander voorbeeld is de hoofdpijnkliniek van neuroloog Lebbink in Friesland. Veel van de oogklinieken, zoals bijvoorbeeld VisionClinics, zijn ontstaan doordat specialisten in het ziekenhuis geen budget kregen voor investeringen in refractiechirurgie.

Kader 5.1 Voorbeeld Alant Cardio

Alant Cardio is een initiatief van dr. Irene Hellemans (cardioloog) en drs. Jaap Maljers (artsbedrijfskundige). Alant Cardio is bedoeld voor hartpatiënten met stabiele hart- en vaatklachten (ook na een infarct of beroerte), mensen met één of meer risicofactoren en 45-plussers die zich zorgen maken over de conditie van hun hart en vaten. Alant Cardio biedt een compleet pakket aan diensten dat volledig is afgestemd op de behoeften van een zeer specifieke groep cliënten. Alant Cardio werkt daartoe met een multidisciplinair team van onder andere een cardioloog, een sportarts, een fysiotherapeut, een psycholoog en een diëtist. De zorg die Alant Cardio biedt is innovatief omdat het een behoefte vervult 'tussen' de eerstelijns en de tweedelijns zorg in. Alant Cardio kan bijvoorbeeld aan hartpatiënten na een infarct de nazorg schenken die voor de huisarts te arbeidsintensief is en voor de specialisten in het ziekenhuis te tijdrovend.

Bron: Interview; www.alant.nl.

Ten slotte hebben ZBC's door hun ondernemingszin een positieve impuls gegeven aan een meer klantgerichte houding bij verzekeraars en ziekenhuizen. Achmea gebruikt haar contacten met Medinova in reclame-uitingen om te laten zien dat Achmea er alles aan doet om wachtlijsten weg te werken. CZ dreigt regelmatig naar ziekenhuizen dat zij meer zorg bij ZBC's zal contracteren als ziekenhuizen niet snel de kwaliteit van hun zorgaanbod verbeteren.

Toegankelijkheid van zorg neemt toe door ZBC's

De toegankelijkheid van zorg kan toenemen door toetreding van ZBC's. ZBC's worden veelal toegelaten in regio's met wachttijden. Veel ZBC's hebben zelf geen wachttijden. Door de productie die ZBC's leveren, neemt de druk op capaciteit in ziekenhuizen af. Zorgverzekeraars Nederland maakte onlangs bekend dat de wachtlijsten voor veel behandelingen in 2002 zijn afgenomen, grotendeels door extra productie in ziekenhuizen, maar ook door het aanbod van ZBC's. Directeur Bontje meent zelfs dat het door wachtlijstbemiddeling niet meer nodig is te wachten op electieve behandelingen (NRC, 11 januari 2003).

Effect op betaalbaarheid onduidelijk

Het is moeilijk aan te tonen of de groei van ZBC's leidt tot betere betaalbaarheid. Enerzijds behalen ZBC's mogelijk een hogere productiviteit van personeel en faciliteiten. Daar staat tegenover dat de zorg die ZBC's leveren vaak wachtlijstgerelateerd is, wat dus leidt tot extra volume. Bovendien ontbreekt inzicht in de kosten van behandelingen zodat geen vergelijking kan worden gemaakt tussen de behandelkosten in ZBC's en ziekenhuizen.

ZBC's beweren doelmatiger te werken dan ziekenhuizen. Hoewel we deze beweringen door gebrek aan informatie niet kunnen verifiëren, zijn hier wel degelijk indicaties voor. De oogkliniek van Medinova heeft bijvoorbeeld een erkenning gekregen op basis van 9 specialistenplaatsen, terwijl er maar 5 specialisten werken. Een ander voorbeeld van grotere doelmatigheid door private initiatieven is de zogenaamde 'oogbus' van CZ. CZ maakt gebruik van de faciliteiten die het oogziekenhuis in Rotterdam in het weekend niet gebruikt om patiënten uit Zeeland te helpen.

Marktwerking

Het effect van ZBC's op het marktresultaat in een situatie van marktwerking is moeilijk te voorspellen. Wel kan toetreding van ZBC's leiden tot meer keuzemogelijkheden. Verzekerden en verzekeraars kunnen in dat geval een beter resultaat afdwingen door van de ene aanbieder over te stappen naar de andere.

5.4 Buitenlandse aanbieders

De marktstructuur van de Nederlandse gezondheidszorg wordt bepaald door het aantal aanbieders, waaronder buitenlandse.

Buitenlandse aanbieders van ziekenhuiszorg leveren ofwel in het buitenland zorg aan Nederlandse verzekerden ofwel in Nederland. Het laatste komt echter op dit moment niet voor. Ook is het niet waarschijnlijk dat buitenlandse aanbieders zich op korte termijn zullen vestigen in Nederland vanwege toetredingsbelemmeringen (bijvoorbeeld het verbod op het behalen van winst voor ziekenhuiszorg). Grensoverschrijding voor zorg (Nederlandse verzekerden die in het buitenland zorg ontvangen) komt in beperkte mate voor. Door gebruik te maken van het aanbod van buitenlandse aanbieders, worden de keuzemogelijkheden van verzekeraars en verzekerden groter. Er zijn geen aanwijzingen dat het aanbod van buitenlandse aanbieders effect heeft op de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. De wachttijden voor Nederlandse verzekerden kunnen verminderen (positief effect op toegankelijkheid), de bereikbaarheid van zorg neemt echter af als Nederlandse verzekerden voor zorg moeten reizen naar het buitenland. Het effect van buitenlandse aanbieders op de macrobetaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg is onduidelijk. De kosten voor verzekerden kunnen toenemen door eigen bijdragen, remgelden en reiskosten. Bijlage 4 bevat meer informatie over buitenlandse aanbieders.

Effect op kwaliteit onduidelijk

Als Nederlandse verzekerden gebruik maken van het aanbod van buitenlandse aanbieders, kan dat een positief effect hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg, in het geval dat de zorg van buitenlandse aanbieders van betere kwaliteit is dan die van Nederlandse aanbieders. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de kwaliteit van Nederlandse aanbieders in belangrijke mate verschilt van die van buitenlandse aanbieders.

Toegankelijkheid van zorg kan toenemen

Zorgaanbod van buitenlandse aanbieders in het buitenland heeft verschillende effecten op de toegankelijkheid van de zorg, zie tabel 5.2.

Tabel 5.2 **Effecten op toegankelijkheid**

	Verzekerde in grensregio	Verzekerde buiten grensregio
Beschikbaarheid	positief	positief
Bereikbaarheid	positief	negatief

Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

De bereikbaarheid van de zorg voor verzekerden in grensregio's kan toenemen als zij gebruik maken van het aanbod van buitenlandse aanbieders in het buitenland. Het kan immers voorkomen dat buitenlandse voorzieningen dichterbij de woonplaats van de verzekerde liggen dan Nederlandse voorzieningen. Hetzelfde geldt voor de beschikbaarheid, als buitenlandse voorzieningen geen of kortere wachttijden kennen dan de Nederlandse.

Verzekerden die niet wonen in een grensregio kunnen baat hebben bij het aanbod van buitenlandse aanbieders of voorzieningen in het buitenland als er wachttijden zijn bij Nederlandse voorzieningen. Een voorbeeld hiervan is het initiatief van Nederlandse orthopeden die in Alicante (Spanje) Nederlanders behandelen die op een wachtlijst staan. Dergelijke initiatieven hebben een positief effect op de beschikbaarheid van de zorg. De bereikbaarheid neemt echter af omdat de verzekerde verder moet reizen voor de zorg dan als hij gebruik zou maken van een voorziening in Nederland. Als buitenlandse aanbieders zich vestigen in Nederland is niet vooraf te zeggen wat het effect is op de toegankelijkheid van de zorg. Het effect kan verschillen per regio en hangt af van de regionale wachttijden en de regionale bereikbaarheid van voorzieningen.

Uitspraken over betaalbaarheid zijn niet goed mogelijk

Om uitspraken te doen over het effect op betaalbaarheid voor de verzekeraar is vergelijking noodzakelijk van de prijzen van de Nederlandse producten en die van de buitenlandse producten. In een rapport van het NZI (Grunwald en Smit in: *Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa*, 2000) is naar voren gekomen dat een goede vergelijking van de kosten van verschillende behandelingen of medicijnen alsmede een berekening van de eventuele meerkosten slechts met schattingen zijn te bepalen. Hierbij spelen verschillende problemen. Ten eerste ontbreekt informatie op patiëntniveau over welke zorg in Nederland wordt gebruikt in aanvulling op de geconsumeerde

zorg over de grens. Ook is het niet altijd mogelijk om behandelingen tussen landen te vergelijken, bijvoorbeeld als de behandelingen inhoudelijk van elkaar verschillen door verschillen in definities en in opvatting van *appropriate care*. Prijsvergelijking is moeilijk omdat eerst moet worden bepaald op wat precies het prijsniveau betrekking heeft. Ook blijken de verschillende financieringswijzen in de verschillende landen de bepaling van de juiste hoogte van de kosten sterk te bemoeilijken. Uiteindelijk concludeert het NZI-rapport dat het prijsniveau van de zorg in het experiment niet veel verschilt van de situatie waarin de zorg in Nederland was geconsumeerd. De veronderstelling hierbij is overigens dat de zorg in het buitenland vervangende zorg is en niet additionele zorg.

Wat betreft de *betaalbaarheid* voor de verzekerde blijkt uit het NZI-rapport dat de kosten voor de patiënt aanzienlijk kunnen zijn door de eigen bijdragen en/of remgelden en de reiskosten.

Marktwerking

We kunnen nog geen uitspraken doen over het effect van toetreding van buitenlandse aanbieders op het marktresultaat in een situatie van marktwerking. Wel ligt het voor de hand dat keuzemogelijkheden van verzekeraars en verzekerden toenemen. Voorwaarden daarbij zijn dat het, nu nog beperkte, grensoverschrijdend zorgverkeer toeneemt en dat buitenlandse aanbieders zich vestigen op de Nederlandse markt. Op dit moment verhinderen toetredingsdrempels (bijvoorbeeld het verbod op winst) toetreding van buitenlandse aanbieders in Nederland.

Een risico hierbij is dat buitenlandse aanbieders de huidige Nederlandse aanbieders ‘wegconcurreren’ wat een negatief effect heeft op de keuzemogelijkheden.

6 Rol van de overheid

In het vorige hoofdstuk hebben we een model gepresenteerd voor het bepalen van de optimale marktstructuur voor ziekenhuisfuncties in een bepaalde regio. De vraag rijst nu wie bepaalt wat die optimale marktstructuur is en over welke middelen die partij moet beschikken om die optimale marktstructuur te laten ontstaan. Wat moet de overheid doen, of wellicht laten, om te komen tot een optimale marktstructuur in de ziekenhuissector? Het antwoord op die vraag hangt af van de gewenste balans tussen aanbodregulering en vraagsturing.

- In een situatie van *complete aanbodregulering* kan de overheid, of een gedelegeerde organisatie, het spreidingsmodel als richtlijn hanteren en met bureaucratische prikkels de marktstructuur proberen te beïnvloeden. De overheid kan bijvoorbeeld met financiële toeslagen aanbieders stimuleren tot deconcentratie wanneer blijkt dat de zorgfuncties binnen een regio teveel zijn geconcentreerd. Ook kan de overheid toetreding voor nieuwe aanbieders aantrekkelijk maken door subsidies te verstrekken en lage drempels/toelatingseisen te hanteren.
- In de huidige situatie werken *zowel bureaucratische prikkels als marktprikkels*. De overheid heeft aangegeven dat zij meer op afstand wil gaan staan: de verzekeraars behoren de regio in handen te hebben (of te nemen). In deze situatie zouden de verzekeraars het spreidingsmodel kunnen hantieren voor de regio waarin zij de dominante verzekeraar zijn. Er bestaan momenteel echter veel belemmeringen die dit onpraktisch maken, zoals de contracteerplicht en de machtigingsconstructie voor contractering via Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- In een toekomstige situatie met meer *marktwerking* kan de noch de overheid, noch de verzekeraar de marktstructuur bepalen. Nieuwe aanbieders zullen ontstaan waar zij kansen zien. Door onderlinge concurrentie zullen soms aanbieders failliet gaan. In deze situatie is een rol weggelegd voor een marktmeester die moet bewaken of de normen die zijn gesteld voor het marktresultaat op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid niet worden geschonden. Alleen wanneer die normen worden geschonden, moet de marktmeester optreden.

In dit hoofdstuk geven we suggesties voor de rol van de overheid in de huidige situatie en in een situatie met meer marktwerking. Belangrijk voor de rol van de overheid in de huidige situatie is het wegnemen van belemmeringen voor verzekeraars

(in hun rol als regisseur/inkoper) en voor zorgaanbieders (om te kunnen voldoen aan de vraag van verzekeraars en patiënten). Het gaat hierbij vooral om de contracteerplicht, de machtigingsconstructie (via ZN), de barrières voor nieuwe toetreders en regelgeving die aanbieders beperkt om flexibel te reageren op veranderingen in de zorgvraag. In de toekomstige situatie zal de overheid een marktmeester moeten creëren die bewaakt of het marktresultaat aan de gestelde normen voldoet.

6.1 Wegnemen belemmeringen voor verzekeraar en zorgaanbieder

Belemmeringen voor verzekeraars

In de huidige situatie zijn de verzekeraars de geschikte speler om het voorgestelde spreidingsmodel te hanteren. Doordat zij de financiële stroom richting de zorgaanbieders beheren kunnen zij invloed uitoefenen op het gedrag van de zorgaanbieders. In het verleden hebben verzekeraars al een rol gespeeld bij het stimuleren van fusies tussen ziekenhuizen. Tegenwoordig beïnvloeden zij het marktresultaat door steun te bieden aan ZBC's en door contracten af te sluiten met buitenlandse aanbieders.

Er zijn echter veel belemmeringen die de overheid (of de sector zelf) kan wegnemen zodat de verzekeraar zijn regierol beter kan oppakken. De belangrijkste zijn de contracteerplicht en de machtigingsconstructie met ZN.

De *contracteerplicht* beperkt de verzekeraars in hun onderhandelingskracht naar zorgaanbieders. Verzekeraars zijn verplicht een groot deel van de vaste kosten van een ziekenhuis te financieren, ook als de verzekeraar ontevreden is over prestaties van het ziekenhuis. Afschaffing van de contracteerplicht zou verzekeraars in staat stellen om zorg te contracteren van aanbieders die de beste prijs-kwaliteitverhouding bieden. Door afschaffing van de contracteerplicht komt geld vrij voor innovatieve spelers. Verzekeraars krijgen daarmee een sterkere positie om hun regierol waar te maken. Ook de *machtigingsconstructie* met ZN is een belemmering. Elk ziekenhuis sluit één contract af dat geldt voor alle verzekeraars. Het ziekenhuis onderhandelt met een vertegenwoordiger van de dominante verzekeraar in de regio en een vertegenwoordiging voor alle andere verzekeraars. De verzekeraar kan zo worden verplicht om mee te betalen aan de instandhouding van zorgaanbieders buiten zijn regio waar hij eigenlijk geen toegevoegde waarde voor ziet.

Een belemmering voor de regierol die niet is weg te nemen is dat in elke regio de dominante verzekeraar rekening moet houden met patiënten die elders zijn verzekerd. De dominante verzekeraar die de marktstructuur in 'zijn' regio wil beïnvloeden, kan te maken krijgen met mogelijk afwijkende belangen van andere verzekeraars.

Belemmeringen voor zorgaanbieders

Wanneer de verzekeraars sterker worden in hun regierol moeten de zorgaanbieders in staat zijn te reageren op de veranderende vragen van verzekeraars en patiënten. Momenteel bestaan er allerlei vormen van regulering die aanbieders beperken in hun rol om als maatschappelijk ondernemer klantgericht te werken.

- Ziekenhuizen worden sterk beperkt in hun handelen door vooral de WVG en de WZV. Ziekenhuizen vinden dat zij ondoende flexibiliteit hebben om capaciteit uit te breiden waar zij extra vraag zien, en capaciteit af te stoten waar de vraag vermindert.
- Er zijn hoge belemmeringen voor nieuwe toetreders zoals ZBC's. Er zijn na de eerste 43 ZBC's die in 1999 hun vergunning hebben ontvangen geen nieuwe ZBC's meer bijgekomen. Het verkrijgen van een vergunning blijkt veel langer te duren dan de bij VWS gehanteerde richtlijn van zes maanden. ZBC's hebben een financieel nadeel ten opzichte van ziekenhuizen omdat zij hun kapitaalslasten niet apart vergoed krijgen. ZBC's zijn voor de opvang van calamiteiten afhankelijk van de medewerking van ziekenhuizen die daarmee mogelijk nieuwe toetreders kunnen blokkeren.

De rol voor de overheid moet daarom vooral bestaan uit het wegnemen van deze beperkingen voor bestaande en nieuwe aanbieders en het scheppen van mogelijkheden voor echt ondernemerschap.

6.2 Creëren marktmeester

In een toekomstige situatie met meer marktwerking, bijvoorbeeld voor electieve en chronische zorg, kan noch de verzekeraar, noch de overheid de marktstructuur bepalen. Door de werking van de markt zullen nieuwe aanbieders ontstaan waar er kansen zijn, en bestaande aanbieders verdwijnen door onderlinge concurrentie. De regierol voor de verzekeraars is in deze situatie beperkt tot belangenbehartiger van zijn cliënten. Vanwege het publieke belang van de zorg is er in deze situatie

wel een belangrijke rol weggelegd voor een marktmeester. Over de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van zo'n marktmeester is momenteel veel discussie. Het gaat daarbij bijvoorbeeld over de mogelijke rol van de NMa, de wenselijkheid van een soort 'Opta' voor de zorg, en de toekomstige rol voor het CTG en de Inspectie.

Het beschrijven van de rol en invulling van een marktmeester is niet de focus van het onderzoek van KPMG BEA. Twee uitgangspunten die KPMG BEA echter zou willen aanreiken zijn:

- De overheid moet ervoor zorgen dat er normen komen voor kwaliteit (sector zelf moet normen opstellen), toegankelijkheid (op basis van medische wenselijkheid en preferenties van consumenten) en betaalbaarheid (op basis van preferenties van consumenten, maar ook het oog op algemeen belang).
- De bevoegdheden van de marktmeester zouden beperkt moeten zijn tot ingrijpen alleen in die situaties waarin de gestelde normen voor het marktresultaat worden geschonden. Als er ontwikkelingen zijn die negatief zijn voor het marktresultaat maar niet de gestelde normen overschrijden, moet de marktmeester terughoudend zijn.

7 Aanbevelingen

Normen voor het marktresultaat

Voor het overgrote deel ontbreken normen en soms ook indicatoren voor het marktresultaat. Op dit moment bestaan slechts normen voor een klein aantal deelaspecten van het marktresultaat. Er zijn alleen normen voor bereikbaarheid van acute zorg, de beschikbaarheid van zorg (Treek normen) en de macrobetaalbaarheid van zorg (budgettair kader zorg). Voor kwaliteit is geen algemeen geaccepteerd stelsel van indicatoren, laat staan van normen. Het gebrek aan indicatoren en normen maakt het moeilijk om ontwikkelingen in de zorgsector objectief te beoordelen.

Aanbeveling: Ontwikkel indicatoren en normen om het marktresultaat te toetsen.

Verantwoordelijkheid voor marktresultaat

Momenteel speelt het CBZ nog een grote rol om de noodzaak te beoordelen tot uitbreiding of inkrimping van de capaciteit in een bepaalde regio. In de omslag van aanbodregulering naar vraagsturing is die rol minder passend.

Aanbeveling: Geef verzekeraars de verantwoordelijkheid voor een optimaal marktresultaat in hun regio, waarbij ze het beschreven spreidingsmodel kunnen hanteren om fusies, toelating van ZBC's en buitenlandse aanbieders te beoordelen.

Regionale fusies

Beslissingen ten aanzien van de spreiding van ziekenhuizen zijn de afgelopen periode teveel gebaseerd op behoud van toegankelijkheid (bijvoorbeeld in Emmeloord en Vlissingen). KPMG BEA beveelt aan om meer te kijken of de binnen de regio benodigde *zorgfuncties* voldoende behouden blijven, en daarbij een afweging te maken waarbij naast toegankelijkheid ook rekening wordt gehouden met kwaliteit en betaalbaarheid.

Aanbeveling: Vervang de landelijk afgekondigde *stand still* door regionale toetsing van de implicaties van fusies of het behoud van kleine ziekenhuizen. Aan de hand van het beschreven spreidingsmodel kan worden bepaald of fusies bijdragen aan de ideale marktstructuur.

Toetredingsbelemmeringen

Voor het behoud (of de verbetering) van keuzemogelijkheden kunnen nieuwe toetreders een belangrijke rol spelen. ZBC's en buitenlandse aanbieders leveren nu nog slechts een klein deel van de ziekenhuiszorg. Zij kunnen een serieus alternatief gaan vormen voor verzekeraars. In dat geval gaat de concurrentie zich afspelen tussen *delen* van ziekenhuizen (zoals de afdeling orthopedie) met delen van andere ziekenhuizen en met gespecialiseerde aanbieders (zoals de St Maartenskliniek) of ZBC's. Nieuwe toetreders kunnen zorgen voor behoud van toegankelijkheid en keuzemogelijkheden waar die dreigt te verminderen door fusies van ziekenhuizen.

Aanbeveling: Verminder de (wettelijke) belemmeringen voor toetreding van ZBC's en buitenlandse aanbieders; regionaal moet worden bepaald of ZBC's en buitenlandse aanbieders kunnen bijdragen aan de ideale, regionale marktstructuur.

Bijlagen

Bijlage 1

Begeleidingscommissie en onderzoeksteam

Het onderzoek is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) begeleid door de raadsleden Blankert en Van der Grinten en door een projectteam bestaande uit:

- Margrietha Wats (projectleider)
- Gerben Brummelman
- Jac Drewes
- Eliane Heseltine
- Willem Rijnberg

Het projectteam vanuit KPMG Bureau voor Economische Argumentatie bestond uit:

- Frank Verhoef (projectleider)
- Sylvia Scheffers
- Otto-Sander van der Veen

Bijlage 2

Gesprekspartners

Ten behoeve van onze opdracht hebben KPMG BEA en de RVZ de volgende organisaties/personen geïnterviewd:

Zorgaanbieders

- R. Blaisse, Rijnstate
- J.W. van den Blink, Ziekenhuis Walcheren
- M. Brennetot, Générale de Santé (Frankrijk)
- P.M. Burger, Orde van Medisch Specialisten
- Mevrouw M. Cerovečki, Havenziekenhuis
- R. de Folter, Amphia Ziekenhuis
- Mw. A.G. Hartemink, Thuiszorg Zuidwest Friesland
- P. de Kubber, Jeroen Bosch Ziekenhuis
- J.F. Maljers, Alant Medical
- A. Modderkolk, De Open Ankh
- J. Moors, Ziekenhuis Amstelveen
- M.P.J.A. Muijser, NRPK (Nederlandse Raad van Privé-Klinieken)
- E. Mulder, VU Medisch Centrum
- B. Osseman, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- R.N. van der Plank, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- H. Rosendal, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- M.A.C.J.M. Sniijders, Gemini Ziekenhuis
- A. Sparreboom, Slingeland Ziekenhuis
- M. Swegmark, Capio (Zweden)
- R. Valentijn, Orde van Medisch Specialisten
- F. Vekemans, Bernhoven Ziekenhuis
- J. van der Velden, VU Medisch Centrum
- Mw. W. van der Werf-Day, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- C. Wiggers, Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen
- H. van Wijk, Rijnstate (Alysis Zorggroep).

Zorgverzekeraars

- M. Berkhout, Amicon Zorgverzekeraars
- M.J.W. Bontje, Zorgverzekeraars Nederland
- N.R.A.H. Heyne, Ohra
- M.J.F. Pijnenburg, CZ Zorgverzekeringen
- A.Ph. Waller, Zilveren Kruis Achmea

Consumenten/patiënten organisaties

- Mw. I. van Bennekom-Stompedissel, Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
- F. Cohen, Consumentenbond

Overheid

- Mw. H.E. Akyurek-Kievits, Nederlandse Mededingingsautoriteit
- J. Haeck, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- E.J. Kloosterhuis, Nederlandse Mededingingsautoriteit
- E.G.M. Knoors, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
- M. Verweij, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
- R.W. Vossen, Nederlandse Mededingingsautoriteit

Overigen

- J.L.T. Blank, Ecorys-NEI
- L. van der Meulen, Prismant

Bijlage 3

ZBC's

Definitie

Bij private initiatieven maken we onderscheid tussen zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privé-klinieken. Een ZBC is een aanbieder die voor het verlenen van zorg een vergunning heeft gekregen op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De voorwaarden voor een ZBC zijn als volgt:

- in een ZBC werken twee of meer medisch specialisten (mag in deeltijd);
- de medisch specialisten werken samen op medisch inhoudelijk gebied (meer dan alleen een organisatorisch of administratief verband);
- een ZBC mag geen winstoogmerk hebben;
- een deel van de geleverde zorg valt in het tweede compartiment;
- diagnose, behandeling, hulp of verzorging zijn slechts voor een deel van een etmaal toegestaan (geen overnachting).

Alle private aanbieders die niet voldoen aan één of meer van bovengenoemde voorwaarden zijn privé-klinieken. Bijvoorbeeld eenmanspraktijken of klinieken die zich uitsluitend richten op derde-compartimentszorg hebben geen vergunning nodig.

Momenteel bescheiden omvang

In alle klinieken bij elkaar werken momenteel naar schatting 80 FTE (fulltime equivalent) specialisten, wat overeenkomt met één procent van het totaal. Er zijn naar schatting 100-110 private initiatieven (zie tabel 1). Voorbeelden van bekende ZBC's zijn de klinieken van Medinova. Voorbeelden van bekende privé-klinieken zijn de Boerhaave Medisch en Esthetisch Centrum en de Velthuis klinieken. De huidige ZBC's hebben hun vergunning sinds 2000, toen Minister Borst een veertigtal (voormalige) privé-klinieken vergunning verleende om te functioneren als ZBC. Van de oorspronkelijk 43 ZBC's zijn er nu nog 37 over. Er lopen momenteel 10 tot 15 aanvragen voor een nieuwe ZBC vergunning. Het aantal privé-klinieken is moeilijker te bepalen omdat er geen vergunning voor nodig is.

Tabel 1 Aantal private initiatieven in ziekenhuis-sector

	ZBC's	Privé-klinieken
Lid NRPK	12	9
Geen lid NRPK	25	60?
Totaal	37	70

Bron: Interview VWS; Interview NRPK.

De geringe omvang wordt weerspiegeld in het beperkte aandeel dat ZBC's hebben in de totale kosten van de ziekenhuiszorg. Uit interviews met verzekeraars blijkt dat zij minder dan één procent van hun zorg inkopen bij ZBC's. Onderzoek van Prismant uit november 2002 laat zien dat een meerderheid van de ziekenhuizen private activiteiten heeft (52%) of die op termijn wil ontplooiën (87% van de rest). Gericht op relatief eenvoudige, electieve zorg. ZBC's en privé-klinieken hebben te maken met uitgebreide wet- en regelgeving die hen beperkt in het bepalen van hun zorgaanbod. Allereerst kunnen zij alleen dagbehandelingen aanbieden. Verder kunnen ZBC's alleen een vergunning krijgen als zij de behoefte voor hun diensten kunnen aantonen, wat in de praktijk betekent dat er een wachtlijst voor moet zijn. Daarnaast vallen de tarieven die ZBC's en privé-klinieken in rekening kunnen brengen onder de maximumtariefensystematiek van de WTG. Zij krijgen honorariumtarieven en neventarieven; gebouwkosten worden niet afzonderlijk nagecalculeerd maar zijn normatief opgenomen in de tarieven. Het gevolg hiervan is dat de klinieken zich met name richten op relatief eenvoudige electieve behandelingen, waarbij de tarieven zodanig zijn dat zij ook hun kapitaalslasten en financieringskosten kunnen dekken. Tabel 1 geeft een overzicht van de activiteiten van een aantal privé-klinieken.

Tabel 2 Focus van private initiatieven (voorbeelden)

Boerhaave Medisch en Esthetisch Centrum	Facelift, liposculpture, borstvergroting of -versteving, correcties aan ooglid, oor, neus, buik, kuit etc. Personen met 20 of meer kg. overgewicht kunnen o.l.v. een internist en een diëtiste met een BIB maagballon worden behandeld.
Hooghe Birck Kliniek	Naast kliniek voor esthetische chirurgie KNO anti-snurkoperaties, (sport-) fysiotherapie, endermologie, traditionele. Chinese geneeswijzen, schoonheidsspecialistes en lymfdrainage.
MediNova, Kliniek Berg & Bosch	Naast oogheekunde en interne geneeskunde, gestart met een centrum voor beeldvormende diagnostiek. (centrum zal in het komende jaar uitgebreid worden met de mogelijkheden voor echografie, direct digitale rontgen, botdensitometrie en mogelijk CT.
Reinaert Kliniek	Orthopedie, kniechirurgie, keel-, neus- en oorheekunde en echografie.
Velthuis Kliniek	Esthetische en plastische chirurgie, laserresurfacing, peeling, lipotransfer, liposculptuur, lipvergroting, facelift, minilift, halslift, ooglidcorrectie, kincorrectie, borstvergroting en -verkleining.
Vision Clinics	Refractieve oogchirurgie.

Bron: www.privékliniek.com.

Bijlage 4

Buitenlandse aanbieders

Inleiding

De structuur van de Nederlandse markt voor gezondheidszorg wordt mede bepaald door het aanbod van buitenlandse aanbieders (in buitenland en in Nederland). Er zijn verschillende situaties mogelijk waarin Nederlandse verzekerden gebruik maken van het zorgaanbod van buitenlandse aanbieders:

- *In noodgevallen tijdens kortdurend verblijf.* Nederlandse verzekerden die in het buitenland zijn voor vakantie of met een zakelijk doel, doen in dringende gevallen een beroep op het gezondheidszorgstelsel van het land van verblijf. De Europese regelgeving faciliteert deze vorm van grensoverschrijdend zorgverkeer met het zogenaamde formulier E111. Dit formulier regelt de aanvraag en eindafrekening van het grensoverschrijdende zorgverkeer.
- *Zorgaanbod in grensregio's.* Nederlandse verzekerden in grensregio's maken (in beperkte mate) gebruik van het zorgaanbod van buitenlandse aanbieders in het buitenland. Dit komt bijvoorbeeld voor bij Nederlanders die werken in België of Duitsland. De Europese regelgeving faciliteert deze vorm van grensoverschrijdend zorgverkeer met het formulier E106. Grenswerkers kunnen met dit formulier zowel in het land van herkomst (Nederland) als in het land van arbeid (België of Duitsland) zorg ontvangen.
- *Zorgaanbod in buitenland.* Daarnaast komt het voor dat Nederlandse verzekerden met toestemming van hun verzekeraar zorg over de grens ontvangen. Hiervoor is het formulier E112 ontwikkeld. De verzekeraar mag toestemming niet weigeren als de noodzakelijke zorg niet tijdig kan worden geleverd in eigen land, gegeven de (ontwikkeling van de) gezondheidstoestand van de patiënt (Brouwer, 1999).

Deze drie vormen van grensoverschrijdend zorgverkeer vallen allen onder het vrije verkeer van patiënten, zoals vastgelegd in het Europees verdrag.

Daarnaast is het (vooral nog theoretisch) mogelijk dat Nederlandse verzekerden zorg ontvangen van buitenlandse aanbieders die zich vestigen in Nederland.

Overheidsbeleid en Europese regelgeving

Bij het onderwerp ‘buitenlandse aanbieders’ zijn zowel het Nederlandse overheidsbeleid (inclusief wet- en regelgeving) als de Europese wet- en regelgeving en de uitspraken van het Europese Hof van Justitie van belang. De relatie tussen de bevoegdheden van de lidstaten (in dit geval: Nederland) en de Europese Unie (EU) is als volgt (zie ‘Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen’). In geval van conflict gaan de bevoegdheden van de EU voor. Elke lidstaat kan op eigen wijze het stelsel van sociale zekerheid inrichten (bijvoorbeeld een stelsel met verstrekkingen in natura of een restitutiestelsel). Een lidstaat mag echter geen maatregelen nemen of in stand houden die het vrije verkeer kunnen belemmeren of die de mededinging kunnen vervalsen. Een uitzondering geldt voor maatregelen die absoluut noodzakelijk zijn om andere erkende doelstellingen van algemeen belang veilig te stellen. Doelstellingen van algemeen belang zijn bijvoorbeeld het bewaken van het financiële evenwicht van het stelsel van sociale zekerheid, het handhaven van een evenwichtige en voor een ieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg en het in stand houden van verzorgingsmogelijkheden en/of medische deskundigheid op het nationale grondgebied.

Bij de uitspraken van het Europese Hof van Justitie ging het steeds om een maatregel van nationaal recht op grond waarvan voorafgaande toestemming is vereist om zorg te ontvangen in het buitenland. Lidstaten mogen zelf de voorwaarden bepalen waaronder verzekerden aanspraak kunnen maken op verstrekkingen. Het Europese Hof van Justitie kan echter bepalen of een maatregel van een lidstaat in overeenstemming is met de verdragsbepalingen inzake het vrij verkeer van diensten.

Het Hof heeft verschillende uitspraken gedaan over maatregelen van nationaal recht (Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen). De onderbouwing van de uitspraken lijken samen te hangen met in ieder geval twee factoren: het type stelsel (restitutiestelsel of naturastelsel) en het type zorg (extramuraal of ziekenhuiszorg). In tabel 3 lichten we dit toe.

Tabel 3 Uitspraken van het Europees Hof van Justitie

type zorg	restitutiestelsel	naturastelsel
Extramurale zorg	Zaken Decker en Kohll (1998) Toestemming vooraf is niet nodig	Zaak Muller-Fauré (2003) Toestemming vooraf is niet nodig
Ziekenhuiszorg	-	Zaken Smits en Peerbooms (2001) Vereiste van toestemming vooraf is gerechtvaardigd Zaak Van Riet (2003) Toestemming vooraf is wel nodig voor behandelingen met opname, maar niet voor dagbehandelingen.

Bron: RVZ, Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen, 2002; FD 14 mei 2003.

De uitspraak ‘Decker en Kohll’ kan voor Nederland betekenen dat verzekerden in toenemende mate gebruik zullen maken van het *extramurale zorgaanbod* van aanbieders in het buitenland. Een belemmering hiervoor, namelijk de vereiste van toestemming vooraf voor extramurale zorg, is immers met de uitspraak weggenomen. Voor *intramurale zorg* kunnen verzekerden gebruik maken van het door hun verzekeraar gecontracteerde aanbod in het buitenland, met toestemming vooraf. Buitenlandse aanbieders die zich willen vestigen in Nederland dienen een vergunning aan te vragen volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Het College Bouw verleent slechts vergunning als behoefte bestaat aan de beoogde bouw en als de werkzaamheden van de rechtspersoon niet zijn gericht op het behalen van winst. De WZV, die beoogt om vraag en aanbod van intramurale zorg zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen, lijkt op gespannen voet te staan met het Europese vrije recht van vestiging (zie Grenze(n)loze zorg, ministerie van VWS). Er zijn echter rechtvaardigheidsgronden die inbreuk op het vrije recht van vestiging rechtvaardigen (bijvoorbeeld het financiële evenwicht van het sociale zekerheidsstelsel). De rechtvaardigheidsgronden zouden overigens alleen in

algemene zin moeten gelden en niet voor iedere zorginstelling of categorie van zorginstellingen afzonderlijk. De zorgverlening in Nederland zal door de bouw van enkele particuliere of particulier gefinancierde zorginrichtingen immers niet ten gronde gaan.

De Europese wet- en regelgeving sluit een zekere overheidsverantwoordelijkheid echter niet uit. Volgens de publicatie *Grenze(n)loze zorg* van het ministerie van VWS zal dan echter een onderscheid moeten worden gemaakt tussen de sociale en de particuliere sector. Voor de particuliere sector dient de WZV uit te gaan van het beginsel “U mag bouwen of exploiteren, tenzij de overheid aantoont dat vrije bouw en exploitatie gevaar oplevert voor de instandhouding van een verzorgingsmogelijkheid op het nationale grondgebied, of essentieel is voor de gezondheid of het overleven van de bevolking.” Voor de sociale verzekeringssector kan het uitgangspunt zijn: “U mag niet bouwen of exploiteren, tenzij de overheid van mening is dat vrije bouw of exploitatie geen kwaad kan voor het financiële evenwicht van het sociale zekerheidsstelsel.”

Behalve wetten of regels die de bouw of exploitatie belemmeren, kunnen er ook andere belemmeringen zijn voor buitenlandse aanbieders om zich te vestigen in Nederland. Aanbieders die zorg van het *tweede compartiment* willen aanbieden, moeten rechtspersonen zijn zonder winstoogmerk. Deze vereiste kan het voor buitenlandse aanbieders minder aantrekkelijk of onaantrekkelijk maken om zich te vestigen in Nederland. Het staat buitenlandse aanbieders met winstoogmerk overigens wel vrij om winst te behalen op zorg in het *derde compartiment*.

Andere mogelijke belemmeringen zijn:

- verregaande regulering in Nederland (bijvoorbeeld de WTG);
- onbekendheid met de Nederlandse markt;
- taalproblemen;
- veranderend overheidsbeleid;
- vervallen van contracteerverplichting;
- lange afschrijvingsduur;
- verbod op vermogensvorming;
- verdwijnen van de saneringsregeling.

Stand van zaken grensoverschrijdend verkeer

Brouwer (1999) concludeert dat de vraag naar zorg over de grens vooralsnog vrij gering is. Uit een experiment in de EU-regio Maas-Rijn (beschreven in het NZI-rapport ‘Grensover-

schrijdende zorg. Zorg op maat in de EU-regio Maas-Rijn; evaluatie van een experiment') komt naar voren dat de groep patiënten die Nederland wil verlaten om in het buitenland zorg te ontvangen uiteindelijk hooguit drie procent zal bedragen van het totaal aantal verzekerden in de grensregio. Voor regio's die niet aan een ander land grenzen zal dit percentage lager zijn vanwege de grotere afstand en de vermoedelijk kleinere ervaring met grensoverschrijding.

Afhankelijk van een aantal factoren kan het percentage patiënten die zorg zoeken in het buitenland, in de toekomst veranderen. Stimulerende factoren zijn (Brouwer, 2000): kortere wachttijden in het buitenland, betere zorg in de perceptie van de patiënt, kortere afstand (bijvoorbeeld in grensregio's), lagere kosten van buitenlandse zorgaanbieders en de bekendheid met (zorg in) het buitenland.

Ook *The role of the European Union in Healthcare* noemt factoren die het grensoverschrijdend zorggebruik bepalen:

- *De perceptie van verzekerden van de zorg in eigen land.* Als verzekerden ontevreden zijn over de zorg in eigen land, zullen zij eerder zorg zoeken in het buitenland dan als zij tevreden zijn. Ontevredenheid kan bijvoorbeeld ontstaan door wachttijden. Een onderzoek uit 1997 (Mossialos) wees uit dat er grote verschillen zijn in de tevredenheid van Europese patiënten met het stelsel in eigen land. Uit dit onderzoek bleek dat Nederlandse patiënten bovengemiddeld tevreden zijn met het nationale stelsel in tegenstelling tot bijvoorbeeld Italianen. Het is niet bekend in hoeverre dit in 2002 nog steeds het geval is.
- *Bekendheid met rechten.* Patiënten zijn veelal niet bekend met hun rechten over grensoverschrijdende zorg, behalve de zorg in dringende gevallen tijdens een kortdurend verblijf (formulier E111). Dit geldt ook voor patiënten die wonen in een grensregio.
- *Sterke persoonlijke banden.* De meeste patiënten, ook die in grensregio's, blijken bij voorkeur te willen worden behandeld in hun eigen land.
- *Beschikbaarheid van vergelijkbare informatie.* Er is op dit moment nog weinig vergelijkbare informatie beschikbaar over prijs en kwaliteit van de gezondheidszorg in verschillende landen. Wanneer meer informatie beschikbaar komt, zou dat verzekerden (en verzekeraars) kunnen stimuleren om die zorg af te nemen met de beste prijs/kwaliteitverhouding, ongeacht de locatie.

Voor verzekerden is van belang in hoeverre de verzekeraar de zorg in het buitenland vergoedt. Er zijn diverse voorbeelden van verzekeraars die contracten sluiten met buitenlandse aanbieders. Achmea heeft bijvoorbeeld een contract met een Duitse verzekeraar afgesloten. CZ heeft een internationale zorgpas ontwikkeld waarmee patiënten in bepaalde ziekenhuizen in Duitsland en België kunnen worden behandeld. Ook verzekerden van Agis kunnen zich onder voorwaarden laten behandelen in buitenlandse ziekenhuizen, voornamelijk in België en Duitsland, maar ook in Spanje.

Er zijn op dit moment geen buitenlandse aanbieders van zorg in het tweede compartiment actief in Nederland. Wel zijn er buitenlandse specialisten die zich vestigen als bijvoorbeeld arts in ziekenhuizen of als zelfstandige tandarts. Ook zijn er buitenlandse aanbieders die, hoewel niet in Nederland actief, zorg aanbieden in verschillende landen. Voorbeelden hiervan zijn

- Capio. Capio is een Zweedse onderneming die opereert in grote delen van Europa (Zweden, Noorwegen, Denemarken, Finland, Polen, Verenigd Koninkrijk en Zwitserland).
- G. Apostolopoulos Holdings S.A. Deze Griekse onderneming is actief in Griekenland, Tsjechië, Roemenië, Bulgarije en Rusland.
- Générale de Santé. Générale de Santé is een Franse onderneming die naar eigen zeggen het grootste netwerk heeft van private zorg in Frankrijk en in Europa. Générale de Santé heeft vestigingen in Frankrijk, Canada, Portugal, Italië, Zwitserland, Chili en Venezuela.

Bijlage 5

Lijst van afkortingen

BKZ	Budgettair kader zorg
CBZ	College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
CTG	College tarieven gezondheidszorg
CZ	College voor ziekenhuisvoorzieningen
IC	Intensive Care
IGZ	Inspectie gezondheidszorg
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NZI	Nationaal Ziekenhuisinstituut
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele Gezondheidszorg
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 6

Literatuur

- Amphia Ziekenhuis. Voorsorteren voor de toekomst, samenvatting visie en strategie op hoofdlijnen van het Amphia Ziekenhuis. Breda: Amphia Ziekenhuis, 2002.
- Bartels, L.P. Instellingen van intramurale gezondheidszorg, basisgegevens per 1-1-2002. Utrecht: Prismant, 2002.
- Belcher, P.J. The role of the European Union in Healthcare, Overview. Zoetermeer: RVZ, 1999.
- Blank, J.L.T., E. Eggink en A.H.Q.M. Merkies. Tussen bed en budget. Den Haag: SCP, 1998.
- Blank, J.L.T., et al. Tussen Bureau en Bed – een empirisch onderzoek naar de relatie tussen overhead en productie van Nederlandse ziekenhuizen, Rotterdam: Ecorys-NEI, 2002.
- Borst en ziekenhuisfusies, Het Financieel dagblad, 4 mei 2000.
- Brouwer, W.B.F. Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa, een economische verkenning. Zoetermeer: RVZ, 1999.
- Buijs, S. Borst moet kleine ziekenhuizen helpen, Het Financieel dagblad, 13 december 2001.
- Busse, R., M. Wismar en P.C. Berman (red.). The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States: Biomedical and Health Research, vol. 50. Amsterdam: IOSpress, 2002.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Spreiding ziekenhuiszorg, vervolgingstoets, eerste tranche. Utrecht: CBZ, 2002.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Spreiding ziekenhuiszorg, vervolgingstoets, tweede tranche. Utrecht: CBZ, 2002.

College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Uitvoeringstoets op hoofdlijnen inzake gewenste ziekenhuisspreiding. Utrecht: CBZ, 2000.

Heijningen, B. van. Fusies zonder eind: twaalf jaar schaalvergroting in onderwijs, gezondheidszorg en bij de politie. *Intermediair*, 32, 1996, no. 20, p. 15-21.

IJsselmeerziekenhuizen : tijd voor rust in de tent, Trouw, 16 januari 2003.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Advies Kleine Ziekenhuizen. Den Haag: IGZ, 1995.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk Den Haag: IGZ, 2002.

Janse, A.F.C. Janse, J.B.F. Hutten, en P. Spreeuwenberg. Patiënten oordelen over ziekenhuizen II: ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel, 2002.

Kliniek, Friese, voor chronische hoofdpijnpatiënten. Medisch Vandaag, 9 oktober 2002.

Knoors, E.G.M., et al. Van gedogen naar mogen: de regelgeving voor Privé-klinieken en Zelfstandige Behandelcentra, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 24, 2000, no. 8, p. 482-497.

KPMG Bureau voor Economische Argumentatie. Gezondheidszorg, Concentratie en samenwerking in de zorg – economische analyse. Hoofddorp: KPMG, 1999.

Lugt, P.G. van der en R. Huijsman (red.). Fusiemanagement in de gezondheidszorg, Mogelijkheden van 'beheerst fuseren'. Lochem: De Tijdstroom, 1995.

Meloen, J.D., P.P. Groenewegen, en L. Hingstman. De toekomst van het algemene ziekenhuis. Een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod. Utrecht: Nivel, 2000.

Minister Borst moet fusies ziekenhuizen extra stimuleren, *Het Financieele dagblad*, 14 april 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geconcentreerd dereguleren: onderzoeksnotitie naar bestaande concentraties en machtsposities in de zorg. Den Haag: VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2003. Den Haag: VWS, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Grenze(n)loze zorg. Den Haag: VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Standpunt kleinere ziekenhuizen, CSZ/ZT-966972. Den Haag: VWS, 1996.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Reactie op brieven van Huisartsen vereniging Noord Oost Twente etc. inzake organisatieveranderingen van het St. Elisabeth Ziekenhuis te Venray, DBO-CB-U-2076922. Den Haag: VWS, s.a.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Positionering ziekenhuiszorg. Den Haag: WVC, 1992.

Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. De meetlat voor een gezond stelsel: toetsingskader gezondheidszorg in patiënten/consumentenperspectief. Utrecht: NPCF, 2001.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Nota Positionering Algemene Ziekenhuizen. Utrecht: NVZ, 2000.

Pas op de plaats bij fusies ziekenhuizen, Het Financieele dagblad, 14 december 2001.

Posnett, J. Are bigger hospitals better? In: M. McKee en J. Healy. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press, 2000. p. 100-117.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Rosenberg, E. 'Niemand hoeft op operatie te wachten'. NRC handelsblad, 11 januari 2003.

Rosenberg, E. Sta je op de wachtlijst? Eigen schuld. NRC handelsblad, 11 januari 2003.

Ruijs, G.J.H.M. Fusies in de gezondheidszorg: langetermijneffecten onvoldoende onderzocht. *Medisch Contact*, 55, 2000, no. 21, p. 771-772.

Simpson, J. A note on entry by small hospitals. *Journal of Health Economics*, 14, 1995, no. 1, p. 107-113.

Singeling, H.N. Private activiteiten in ziekenhuizen. Een eerste inventarisatie, van Apotheek tot Zorghotel. Utrecht: Prismant, 2002.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en cultureel rapport 2002: de kwaliteit van de quartaire sector. Den Haag: SCP, 2002.

Tweede Kamer der Staten-Generaal, Positionering algemene ziekenhuizen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2002-2003. No 27295-35.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beleidsbrief. Positionering algemene ziekenhuizen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2002-2003. No. 27295-30.

Waldman, D.E. en E.J. Jensen. *Industrial Organisation, Theory and Practice*. Boston: Addison-Wesley, 2001.

Yafchak, R. New Research in Health Care Finance : A longitudinal Study of Economies of Scale in the Hospital Industry. *Journal of Health Care Finance*, 27, 2000, no. 1, p. 67.

Ziekenhuizen, kleine, vechten voor erkenning, *Het Financieele dagblad*, 14 april 2001.

Bijlage 7

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

03/10	Consumentenonderzoek marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€	15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultaten onderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00

02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekerbare van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

Bijzondere publicaties

01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten ² Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34

Signalementen

Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00
-----------	---------------------------	---	-------

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: 90-3732-120-3

U kunt deze publicatie onder vermelding van publicatienummer 03/09 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 € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg