

Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg

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

Zoetermeer, 2003

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Probleemstelling en beleidsvragen	9
1.3 Adviesdomein	10
1.4 Leeswijzer	10
2 Effecten van concentratie op het marktresultaat	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Overheidsbeleid en bedrijfsstrategie	12
2.3 Steeds minder en grotere ziekenhuizen	13
2.4 Een beter marktresultaat?	15
2.5 Conclusie	18
3 Gevolgen van concentratie voor de keuzemogelijkheden	20
3.1 Inleiding	20
3.2 Huidige situatie	20
3.3 Voldoende keuzemogelijkheden voor concurrentie?	21
3.4 Voldoende keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars?	22
3.5 Conclusie	24
4 Van schaalgrootte naar spreiding van zorg	26
4.1 Inleiding	26
4.2 Toetsingsmodel voor spreiding	26
4.3 Toepassing in verschillende situaties	30
4.4 Conclusie	32
5 Realiseren van optimale spreiding	33
5.1 Inleiding	33
5.2 Gereguleerd zorgaanbod	33
5.3 Zorgmarkt in ontwikkeling	35
5.4 Functionerende zorgmarkt	38
5.5 Taken van de marktmeester	38
5.6 Conclusie	40
6 Antwoorden op de beleidsvragen	41
6.1 Bevindingen over marktresultaat	41
6.2 Bevindingen over keuzemogelijkheden	41
6.3 Bepalen van gewenste situatie	42
6.4 Bereiken van gewenste situatie: aanbevelingen	42

Bijlagen

1	Adviesaanvraag Marktconcentraties in de zorgsector	49
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	51
3	Adviesvoorbereiding door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	53
4	Afbakening	57
5	Definities	59
6	Patiënten: kiezen of dulden	61
7	Juridische achtergronden bij het advies Marktconcentraties	77
8	Lijst van afkortingen	87
9	Literatuurlijst	89
10	Overzicht publicaties RVZ	95

Samenvatting

Voorgeschiedenis

In de afgelopen jaren zijn veel ziekenhuizen gefuseerd. De overheid stimuleerde de fusies om zo de kwaliteit te verbeteren, en instellingen wilden de, aan fusie, verbonden grootschaligheidstoeslag incasseren. Daarnaast zagen zij in schaalvergroting de mogelijkheid hun onderhandelingspositie te versterken, ruimte te geven aan ambities van de medische staf, en hun positie op de arbeidsmarkt te verbeteren.

In de afgelopen periode heeft zich een sterke concentratie van ziekenhuiszorg voorgedaan

Deze ontwikkeling heeft, zeker in de afgelopen jaren, geleid tot emotionele reacties van de lokale bevolking en tot vragen in de Tweede Kamer. Leverden grotere ziekenhuizen nog wel een optimaal marktresultaat? En leidden de fusies eigenlijk niet tot minder keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars? Terwijl dit laatste juist een voorwaarde is voor de introductie van marktwerking in de zorg. De RVZ heeft in dit advies beide thema's, marktresultaat en keuzemogelijkheden, onder de loep genomen. Onder marktresultaat wordt daarbij verstaan: de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

De overheid vreesde negatieve effecten van de fusies op het marktresultaat en de keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars

Voldoende marktresultaat?

In een studie van KPMG BEA zijn de prestaties van grote en kleine ziekenhuizen op gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid vergeleken.

Bij nader onderzoek bleek dat er geen eenduidige relatie aantoonbaar is tussen de schaal van ziekenhuizen en het marktresultaat

Het onderzoek maakt duidelijk dat de grootte van ziekenhuizen en het marktresultaat geen duidelijke samenhang vertonen. Het beeld is genuanceerd. Grote instellingen scoren bijvoorbeeld beter op een breed aanbod van specialismen, kleine ziekenhuizen zijn weer toegankelijker en klantvriendelijker.

Figuur S.1 Geen eenduidig antwoord op optimale schaalgrootte



Bron: Interviews.

Wel is er een duidelijke relatie tussen de spreiding van zorg en het marktresultaat. Dat wil zeggen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid hangen niet af van de grootte van instellingen maar van de spreiding van de zorg. Voor alle behandelingen en zorgvragen, zoals voor heupoperaties of de behandeling van diabetes, is het mogelijk te bepalen bij welke mate van spreiding (concentratie of deconcentratie) in een bepaalde regio optimaal aan de vraag wordt voldaan. De RVZ heeft daarvoor een model ontwikkeld. Hiermee kan de overheid de huidige spreiding toetsen, en ook veranderingen daarin, bijvoorbeeld door fusies of nieuwe toetreders, beoordelen. Met behulp van het model wordt het dus mogelijk uitspraak te doen over het gerealiseerde marktresultaat.

Er is echter wel een duidelijke relatie tussen de spreiding van de zorg en het marktresultaat

Voldoende keuzemogelijkheden?

Om zicht te krijgen op de gevolgen van fusies voor de keuzemogelijkheden voor cliënten heeft TNS-NIPO een consumentenonderzoek verricht en zijn interviews met zorgverzekeraars gehouden.

Uit het consumentenonderzoek bleek, dat cliënten meer keuzemogelijkheden willen

Het consumentenonderzoek toont aan dat cliënten (en niet-clieñten) niet tevreden zijn over hun keuzemogelijkheden, terwijl zij die wel belangrijk vinden – vooral als het gaat om de behandelmethode en de behandelaar. In de electieve en chronische zorg vinden zij keuzemogelijkheden uiteraard belangrijker dan in acute situaties. Cliënten blijken desgevraagd een grote reisbereidheid te hebben. Of ze in de praktijk ook daadwerkelijk gaan reizen moet in de toekomst blijken. Zorgverzekeraars willen uit meer contractpartners kunnen kiezen, maar

Ook zorgverzekeraars willen meer keuzemogelijkheden

geven aan dat voor hen keuzemogelijkheden pas werkelijk belangrijk worden als er meer ruimte is voor marktwerking.

Taken van de overheid

In de eerste plaats zal de overheid, daar waar introductie van marktwerking gewenst is, de toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders moeten verlagen. Zo ontstaan meer keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars. Het complexe en langdurige vergunningstraject van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) is voor dit advies de meest relevante belemmering. Dat systeem is overbodig en past niet in een vrije markt. De overheid moet deze belemmering wegnemen door de WZV voor de ziekenhuiszorg op te heffen.

Om de gewenste keuzemogelijkheden te creëren, moet de overheid belemmeringen voor toetreding tot de markt wegnemen

Het bewaken en verbeteren van de spreiding is een taak van de marktmeester, de Minister van VWS. De spreiding van zorg moet in kaart gebracht worden en regelmatig opnieuw getoetst worden – niet alleen voor die zorg waar aanbodregulering voor moet blijven gelden, maar ook waar vraag en aanbod de markt bepalen. De overheid blijft immers in al die situaties verantwoordelijk voor het publieke belang. De RVZ adviseert om de WBMV te benutten voor toetsing en verbetering van de spreiding van de zorg, die onder regime van aanbodregulering dient te blijven. Taken op het gebied van bewaking van de spreiding van zorg, waarvoor marktwerking gewenst is, kan de Minister uitbesteden aan het CVZ en het CTZ.

Daarnaast moet de overheid de spreiding van de zorg toetsen

Het toetsingsmodel moet hiervoor een wettelijke basis krijgen

Bij introductie van marktwerking is, net als in elke andere markt, ook in de zorg mededingingstoezicht noodzakelijk. Dit kan uitgevoerd worden door de (toekomstige) zorgkamer van de NMa. Hiervoor is onder andere informatie nodig over de spreiding per zorgproduct en informatie over de geografische markt per product. Dit betekent dat de bereidheid van cliënten om te reizen voor een bepaalde behandeling of behandelaar gevolgd worden. De (toekomstige) zorgkamer van de NMa kan eveneens besluiten van de minister van VWS over het instellen van sectorspecifieke mededingingsregels uitvoeren.

Het mededingingstoezicht ligt bij de (toekomstige) zorgkamer van de NMa

Welk probleem lost het advies op?

In dit advies stelt de RVZ vast dat voor cliënten een optimale spreiding van behandelmogelijkheden en zorgverlening van veel groter belang is dan de omvang van de ziekenhuizen. De overheid moet die optimale spreiding bevorderen en bewaken, ook waar vraag en aanbod de markt bepalen. Dat is de hoofdboodschap van dit advies

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

De consument zal meer keuzemogelijkheden krijgen voor de laagcomplexen en electieve zorg.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Fusies van ziekenhuizen zullen beoordeeld worden op hun effect op de spreiding van de zorg. Toetreding tot de markt wordt makkelijker voor nieuwe aanbieders. Voor huidige aanbieders wordt de regelgeving versoepeld voor die delen van de zorg waar marktwerking mogelijk is; voor zorg die onder aanbodregulering blijft vallen krijgen zorgaanbieders te maken met de WBMV.

Wat kost het?

Kosten van de zorg nemen niet toe. Het is zelfs goed mogelijk dat een goede spreiding leidt tot verbetering van de betaalbaarheid.

Wat is nieuw?

Het denken in stenen en gebouwen wordt losgelaten; de zorg is het aangrijpingspunt.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In de afgelopen twintig jaar heeft zich in de ziekenhuiszorg een sterke concentratie van het aanbod voorgedaan. Veel ziekenhuizen zijn gefuseerd. De overheid heeft deze concentratie van ziekenhuiszorg gestimuleerd, eerst met maatregelen voor de vergunning tot nieuwbouw, daarna met de zogenoemde fusiebonus. Ook de ziekenhuizen zelf hebben initiatief genomen tot fuseren.

Er heeft zich een sterke concentratie van ziekenhuiszorg voorgedaan

Gaandeweg ontstond er echter bezorgdheid bij de overheid over deze ontwikkelingen. De concentraties zouden de keuzemogelijkheden van cliënt en verzekeraar kunnen beperken. En keuzemogelijkheden zijn juist een belangrijke voorwaarde om de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing en marktwerking te maken. Ondanks de economische situatie en de (vrees voor) verder oplopende kosten, blijkt uit het regeerakkoord dat ook het nieuwe kabinet de introductie van gereguleerde marktwerking voort wil zetten. Keuzemogelijkheid blijft dus een relevant thema.

De fusies leidden tot bezorgdheid bij de overheid

Ook de lokale bevolking toonde haar ongerustheid en onvrede, en gaf er via de media blijk van zeer gehecht te zijn aan het kleine ziekenhuis. Verlies van 'de menselijke maat' en verminderde bereikbaarheid en keuzemogelijkheden waren veel gehoorde bezwaren tegen de fusies.

... en tot onrust bij burgers en de politiek

De marktconcentratie heeft ook veel politieke aandacht opgeëist. Vragen in de Kamer dwongen de Minister een fusiestop af te kondigen en op lokaal niveau in te grijpen. Ook de koepelorganisatie van de ziekenhuizen, de NVZ, heeft zich met het Interprovinciaal Overleg (IPO) gebogen over het onderwerp fusies. In het Referentiekader Spreiding Curatieve Zorg (2003) schetsen zij een aanpak waarin regionale stakeholders gezamenlijk de optimale bereikbaarheid van ziekenhuizen bewaken en verbeteren.

1.2 Probleemstelling en beleidsvragen

Omdat de concentratie in de ziekenhuiszorg zoveel vragen oproept, wil de overheid haar beleid heroverwegen. De vraag is dan welke doelstellingen zij na moet streven en waar nieuw

Het is de vraag of er reden is tot bezorgdheid

beleid uit moet bestaan. Ook de rol van een marktmeester in de zorg moet verder ingevuld worden.

De RVZ heeft deze beleidsvragen als volgt geoperationaliseerd:

1. Kunnen zorgaanbieders bij de huidige concentratie een optimaal marktresultaat realiseren in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?
2. Kunnen bij de huidige concentratie optimale keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars gerealiseerd worden in termen van diagnostiek, indicatiestelling, zorgverlening of instelling?
3. Voor zover dat niet het geval is, op welk schaalniveau ontstaan dan wel de voorwaarden voor een optimaal marktresultaat voor zorgaanbieders en optimale keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars?
4. Over welke middelen dient de overheid in zijn rol als marktmeester te beschikken om het gewenste schaalniveau te realiseren of bewaken?

1.3 Adviesdomein

Hoewel vragen over optimale schaal ook in andere sectoren spelen, richt de RVZ zich in dit advies uitsluitend op de ziekenhuiszorg. In deze sector zijn de beleidsproblemen namelijk het meest urgent. De eerste lijn, de verpleeghuissector en de thuiszorg komen alleen aan bod voor zover die relevant zijn voor de keuzemogelijkheden van cliënten bij de toegang tot en bij het verlaten van het ziekenhuis. Met name huisartsen hebben door verwijfs- en behandelafspraken grote invloed op het ziekenhuis waarin cliënten terechtkomen. Ziekenhuizen hebben vaak ook afspraken met verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties. Waar dergelijke afspraken de keuzemogelijkheden beïnvloeden, zullen ze besproken worden.

De RVZ richt zich in dit advies op de ziekenhuiszorg,

maar betreft waar nodig ook aanpalende aanbieders

1.4 Leeswijzer

Dit advies heeft raakvlakken met eerder door de RVZ uitgebrachte adviezen. Een aantal vragen, die bij het lezen van dit advies kunnen rijzen, zijn daar reeds beantwoord. In bijlage 4 wordt dan ook besproken hoe dit advies zich verhoudt tot de eerdere adviezen. Bijlage 5 bevat de definities van de begrippen die in dit advies gebruikt worden.

Het advies start in hoofdstuk 2 met de behandeling van de vraag of het marktresultaat nog optimaal is bij de huidige concentratiegraad. Hoofdstuk 3 bespreekt de keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars. In hoofdstuk 4 presenteert de RVZ een manier om de effecten van 'marktconcentraties' op het marktresultaat te beoordelen. In hoofdstuk 5 wordt uitgelegd hoe de gewenste situatie gerealiseerd kan worden en in hoofdstuk 6 adviseert de RVZ welk nieuw beleid daarvoor nodig is.

2 Effecten van concentratie op het marktresultaat

2.1 Inleiding

Kunnen ziekenhuizen bij de huidige concentratiegraad een optimaal marktresultaat bereiken? Die vraag staat centraal in dit hoofdstuk. Om die vraag te beantwoorden wordt eerst besproken om welke redenen ziekenhuizen zijn gaan fuseren (paragraaf 2.2). Vervolgens wordt in kaart gebracht welke gevolgen de fusies hebben gehad voor het aantal ziekenhuizen en voor hun omvang (paragraaf 2.3). Tenslotte wordt geanalyseerd wat de impact is van de concentraties van ziekenhuizen op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg (paragraaf 2.4).

De RVZ analyseert de drijfveren tot fuseren en de gevolgen van de fusies

2.2 Overheidsbeleid en bedrijfsstrategie

Welke doelstellingen trachtten de overheid en de instellingen te bereiken met de fusies? Voor de overheid was een verlaging van de ligduur, en daarmee van het aantal benodigde bedden per 1000 inwoners, een belangrijke reden om concentratie te stimuleren. Daarnaast speelden ook kwaliteitsoverwegingen een rol.

De overheid beoogde met de fusies het aantal bedden te verlagen en kwaliteit te verbeteren

Om die redenen koppelde de overheid vanaf 1980 eerst de vergunning tot nieuwbouw van ziekenhuizen aan schaalvergroting en aan de 2,8 promille norm (2,8 bedden per 1000 inwoners). Later heeft de overheid concentratie gestimuleerd met de zogenoemde fusiebonus (NIVEL, 2002). De zorgaanbieders hadden zelf ook hun redenen om te fuseren of samenwerking te zoeken. Volgens een studie van het NIVEL (2002) lagen de motieven op het gebied van efficiëntie van bedrijfsvoering en kwaliteit. Ze zijn nog steeds actueel:

De instellingen streefden naar een betere bedrijfsvoering

- Voldoen aan de toenemende kwaliteitseisen.
- Creëren van een grotere financiële basis om risico's te spreiden en te investeren.
- Opbouwen van een sterkere onderhandelingspositie tegenover zorgverzekeraars, Zelfstandige Bestuursorganen (ZBO's) en overheid.
- Creëren van een grotere wervingskracht door een gevarieerder arbeidsaanbod en aantrekkelijke carrièreperspectie-

De motieven zijn nog steeds actueel

- ven, onder andere door opleidingen en het doen van zeer specialistische ingrepen mogelijk te maken.
- Waarborgen van het voortbestaan van een organisatie; het verdwijnen van moeilijk operationeel te houden functies als avond-, nacht- en weekenddiensten voor kindergeneeskunde en gynaecologie/verloskunde kan een kettingreactie in gang zetten (recente voorbeelden hiervan zijn de ziekenhuizen in de IJsselmeerpolder, de ziekenhuizen in Zeeland en Velp).

2.3 Steeds minder en grotere ziekenhuizen

Wat zeggen de cijfers over de huidige aantallen ziekenhuizen en zorglocaties? Uit tabel 2.1 blijkt dat het aantal ziekenhuizen sinds 1980 inderdaad sterk is gedaald. Hoewel het aantal instellingen afnam, is het aantal locaties waar zorg wordt aangeboden echter veel minder gedaald. De impact op de bereikbaarheid is dus veel minder dan de cijfers over het aantal ziekenhuizen doen vermoeden

Kijkend naar de gevolgen blijkt dat het aantal ziekenhuizen sterker is gedaald dan het aantal locaties

Tabel 2.1

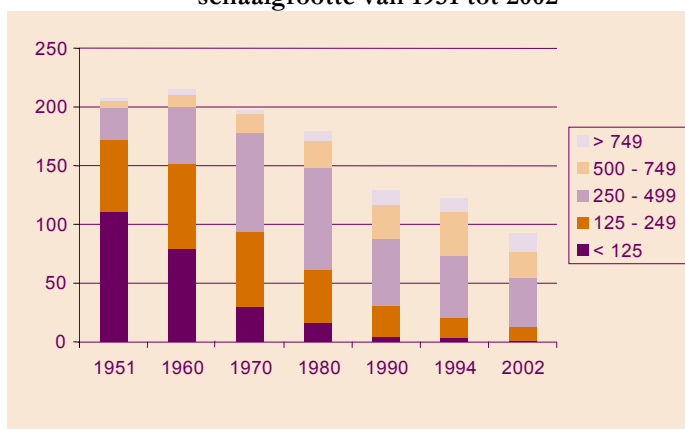
	1980	2000
Aantal ziekenhuizen	170	100
Aantal locaties		145
Aantal buitenpoli's		21

Bron: NIVEL 2002; RIVM 2001.

Figuur 2.1 toont de ontwikkeling van de omvang van algemene ziekenhuizen tussen 1951 en 2002. Hieruit blijkt dat instellingen gemiddeld groter zijn geworden. Het echte kleine ziekenhuis (< 125 bedden) bestaat eigenlijk niet meer. Zo heeft het kleinste ziekenhuis in Nederland, de Talma Sionsberg, 138 bedden.

Het echte kleine ziekenhuis bestaat eigenlijk niet meer

Figuur 2.1 Aantal algemene ziekenhuizen per schaalgrootte van 1951 tot 2002



Bron: Van der Lugt & Huijsman, Prismant.

Het gemiddeld aantal bedden per instelling is tussen 1980 en 1995 gestegen van 300 naar 400 (Blank et al., 1998). Dit lijkt op zich niet een zeer sterke stijging. Maar tabel 2.2 laat zien dat in de periode 1980-2000 een sterke verschuiving heeft plaatsgevonden van klinische naar poliklinische- en dagbehandelingzorg. De stijging van het gemiddeld aantal bedden is in feite dus groter.

Ook is de gemiddelde omvang van ziekenhuizen met ruim 30% toegenomen

Tabel 2.2

	1996	2000
Aantal opnames/1000 inw.	145	140
Waarvan klinisch	100 (69%)	85 (61%)
Waarvan dagbehandeling	45 (31%)	55 (39%)
Gem. verpleegduur (klinisch)	9,2	8,1
Totaal aantal bedden	59.000	55.230

Gezien de afname van de verpleegduur is dit relatief een forse toename

Bron: Signaleringsrapport ontwikkelingen bedgebruik ziekenhuizen CBZ, 2003; NIVEL, 2000; RIVM Atlas, 2000.

De concentratie die uit al deze cijfers blijkt, heeft ook gevolgen gehad voor de personele bezetting. Het gemiddeld aantal medewerkers (exclusief medisch specialisten) van een algemeen ziekenhuis is gestegen van 987 in 1997 naar 1218 in 2002, een stijging van 25% (NVZ, 2001). Het aantal ziekenhui-

Ook het aantal medewerkers is sterk toegenomen

zen is in deze periode met 10% afgenomen. Naast schaalvergroting speelt ook de intensivering van de zorg hier een rol.

Dit is de situatie in Nederland. Hoe verhoudt die zich tot die in andere landen? Er zijn zeer weinig vergelijkende onderzoeken gedaan naar de omvang van ziekenhuizen in Europa. Tabel 2.3 geeft een compilatie van data uit een aantal bronnen.

Nederlandse ziekenhuizen zijn groot in vergelijking met andere landen, maar ... Nederland is ook het dichtst bevolkt

Tabel 2.3

	< 200 bedden	200-499 bedden	> 500 bedden
Nederland	6 6%	58 58%	36 36%
Spanje	24 27%	28 31%	38 42%
Oostenrijk	37 31%	51 42%	32 27%
Zweden	30 41%	27 36%	17 23%
VS	3489 71%	1179 24%	247 5%

Bron: HOPE database België, 2000; NIVEL, 2000; National Centre for Health Statistics, 2002; Community Hospitals.

Het lijkt erop dat Nederland in vergelijking met andere landen relatief grote ziekenhuizen heeft. Een verklaring kan zijn dat Nederland ook het dichtst bevolkt is en concentratie van zorg hier dus mogelijk is zonder dat de bereikbaarheid onder druk komt te staan. Noch uit de data uit de HOPE database, noch uit de NCHS-data was echter af te leiden of het ging om data van algemene ziekenhuizen of van gespecialiseerde klinieken en categorale ziekenhuizen. Dit maakt het dus moeilijk om conclusies te verbinden aan deze internationale vergelijking.

2.4 Een beter marktresultaat?

Uit de cijfers in de vorige paragraaf blijkt dat zich inderdaad een forse concentratie heeft voorgedaan in de ziekenhuiszorg. Maar zijn de verbeteringen in kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid die men met de fusies dacht te bereiken daar-

Vervolgens is de vraag of de verwachte positieve effecten van fusies gerealiseerd zijn

mee ook gerealiseerd? Is het marktresultaat inderdaad verbeterd?

Die vraag veronderstelt een relatie tussen de omvang van de instellingen en het marktresultaat. Als instellingen door een fusie kwaliteitsverbeteringen, een betere toegankelijkheid van de zorg of kostenvoordelen realiseren, zou het totale marktresultaat ook moeten verbeteren. Dit betekent ook dat er verschillen aantoonbaar moeten zijn tussen de prestaties van grote en kleine ziekenhuizen, als het gaat om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Maar kan dat eigenlijk wel?

Maar, is het wel mogelijk om een verbetering van het marktresultaat aan te tonen?

Op dit moment ontbreken zowel de normen voor het marktresultaat als een adequate verslaglegging. Er is in Nederland immers nog geen algemeen geaccepteerd stelsel van indicatoren en normen voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit betekent dat een *kwantitatieve beantwoording* van de vraag naar een goed marktresultaat nog niet mogelijk is. Bovendien is de huidige verslaglegging in ziekenhuizen niet geschikt voor een goede beoordeling van de resultaten in de situatie vóór en na een fusie.

Door gebrek aan normen en de juiste gegevens is een kwantitatief antwoord op deze vraag nog niet mogelijk

Uit onderzoek van het NIVEL (2000) blijkt dat er weinig goed gecontroleerde studies zijn gedaan naar de effecten van fusies. In opdracht van de RVZ heeft KPMG BEA daarom een kwalitatief vergelijkend onderzoek gedaan naar de relatie tussen de omvang van een ziekenhuis en het marktresultaat.

KPMG concludeert in deze analyse dat op alle drie de aspecten van het marktresultaat een genuanceerd beeld bestaat. Soms is groot beter, soms is klein beter. In de achtergrondstudie is het volledige onderzoek beschreven. Hier volgen de belangrijkste bevindingen van deze analyse.

...Een kwalitatieve analyse levert een genuanceerd beeld op

Kwaliteit

Uit het onderzoek van KPMG BEA blijkt dat er geen eenduidige relatie aantoonbaar is tussen schaalgrootte en kwaliteit. Toch is het mogelijk over bepaalde aspecten van kwaliteit wel uitspraken te doen. Het blijkt dat op sommige aspecten van kwaliteit grote ziekenhuizen beter scoren. Op andere aspecten leveren kleine instellingen juist het beste resultaat. Grote ziekenhuizen hebben betere voorzieningen en faciliteiten, en een breder aanbod. In kleinere instellingen is de klantvriendelijkheid en de samenwerking met de eerste lijn vaak beter. Een belangrijke constatering is dat er geen aantoonbaar verschil is in medisch technische kwaliteit (IGZ-rapport, 2002).

Over kwaliteit is geen eenduidige uitspraak te doen....

soms is groot beter,...

soms is klein beter

Toegankelijkheid

In berichtgeving over de optimale schaalgrootte speelt het belang van toegankelijkheid van de zorg een grote rol. In vaak emotionele discussies waarschuwen publiek en politiek voor vermindering van toegankelijkheid bij concentratie van ziekenhuizen. Het onderzoek van KPMG BEA laat echter zien dat kleinschaligheid van zorgaanbieders niet altijd noodzakelijk is voor een betere toegankelijkheid. Bij de beoordeling van de toegankelijkheid zijn twee aspecten van belang, namelijk bereikbaarheid en beschikbaarheid.

Eenzelfde beeld ontstaat bij beoordeling van de toegankelijkheid

Bereikbaarheid vermindert niet per definitie door fusies, zo blijkt. Wanneer een fusie leidt tot sluiting van locaties betekent dat natuurlijk een vermindering van de bereikbaarheid van de zorg die op die locatie werd geleverd. Maar fusies leiden niet per definitie tot sluiting van locaties. Om de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg voor de bevolking zoveel mogelijk in stand te houden en om marktstrategische redenen (behoud van het 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 de bereikbaarheid of beschikbaarheid van andere types zorg verbetert. Schaalgrootte op zich zegt dan weinig over de bereikbaarheid van zorg.

Schaalgrootte zegt op zich weinig over de bereikbaarheid van de zorg

Het belang van bereikbaarheid verschilt overigens per zorgsoort. Voor acute zorg is het belang uiteraard groot. Voor electieve zorg is het juist weer beperkt. Voor chronische zorg kan het belang groot zijn, omdat de kosten van vervoer (inclusief inspanning en tijd) hoog zijn door de frequentie van de contacten. Voor chronische en electieve zorg is het overigens niet waarschijnlijk dat er sprake is van een probleem. Hoewel er geen officiële norm is voor dagelijkse, niet acute, ziekenhuiszorg is deze zorg voor 99,6% van de bevolking binnen dertig minuten bereikbaar (RIVM, 2001 en CBZ, Uitvoeringstoets, eerste tranche, 2002).

en het belang van bereikbaarheid is niet voor alle zorg even groot

Voor dagelijkse ziekenhuiszorg is er niet direct sprake van een probleem

Beschikbaarheid heeft net als bereikbaarheid geen duidelijke relatie met schaalgrootte. Wachtlijsten en wachttijd verschillen niet van elkaar in grote of in kleine ziekenhuizen. Je zou kunnen denken dat grote ziekenhuizen efficiënter kunnen werken, en dus kortere wachtlijsten en minder lange wachttijden hebben. Verder is het denkbaar dat personeelsgebrek in kleine ziekenhuizen daar juist leidt tot minder beschikbare zorg. Deze veronderstellingen worden echter niet bevestigd door de cijfers

Ook een verschil in de beschikbaarheid van zorg is niet aantoonbaar

over wachtlijsten en wachttijden, die geen verschillen laten zien.

Betaalbaarheid

Als laatste heeft KPMG BEA de prestaties van kleine en grote ziekenhuizen vergeleken op het gebied van de betaalbaarheid. Het benutten van schaalvoordelen is immers 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.

Zelfs de veel genoemde financiële voordelen blijken niet aantoonbaar

Zo blijkt uit één onderzoek (Blank, 2002) dat in de Nederlandse ziekenhuissector in beperkte mate eerder nadelen optreden bij schaalvergroting dan voordelen. Ander onderzoek naar de samenhang tussen schaal en gemiddelde kosten laat meestal een U-curve zien (bijvoorbeeld *Tussen bed en budget* van Blank, et al., 1998). De gemiddelde kosten per patiënt dalen bij schaalvergroting van kleine ziekenhuizen. Vervolgens wordt een optimum bereikt, waarna schaalvergroting gepaard gaat met schaalnadelen. De meeste algemene ziekenhuizen (exclusief topklinische ziekenhuizen) kennen inmiddels dan ook beperkte schaalnadelen (Blank, et al., 2003).

Schaalvoordelen worden niet meer gerealiseerd in de Nederlandse ziekenhuizen

De meeste algemene ziekenhuizen kennen schaalnadelen, echter

Anno 2002 bestaan er in Nederland geen ziekenhuizen meer die tot het linkerdeel van de U-curve behoren. Daardoor gaat schaalvergroting altijd gepaard met schaalnadelen. NIVEL (2000) gaat in op de verschillende uitkomsten van 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.

onderzoek naar de financiële effecten op langere termijn ontbreekt

Bij deze bevindingen moet echter een kanttekening gemaakt worden. In de huidige situatie met aanbodregulering leidt concurrentie eerder tot hogere dan tot lagere kosten. Ziekenhuizen concurreren namelijk niet op prijs, maar op de breedte van hun aanbod. In een situatie met marktwerking is echter te verwachten dat ziekenhuizen ook op prijs gaan concurreren. De introductie van DBC's zal laten zien in hoeverre dit inderdaad leidt tot hogere efficiëntie en schaalvoordelen.

en het beeld kan veranderen als ziekenhuizen gaan concurreren op prijs

2.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de effecten van de fusies in de ziekenhuiszorg op het marktresultaat in kaart gebracht. Het aantal

ziekenhuizen is inderdaad sterk afgenomen en de gemiddelde omvang van ziekenhuizen is toegenomen. Het aantal locaties is echter veel minder sterk teruggelopen.

Het blijkt niet mogelijk om een eenduidige uitspraak te doen over de effecten van fusies op kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Een kwantitatieve beoordeling is niet mogelijk door het ontbreken van normen en de ontoereikende verslaglegging. Een kwalitatieve analyse toont aan dat op sommige aspecten van het marktresultaat grote ziekenhuizen beter scoren. Op andere aspecten behalen kleine ziekenhuizen een beter resultaat.

Is het dan mogelijk et een andere benadering toch conclusies te trekken over de effecten van concentraties op het marktresultaat? In hoofdstuk 4 behandelt de RVZ deze vraag. Eerst volgt echter in hoofdstuk 3 de bespreking van de vraag naar de gevolgen van fusies voor de keuzemogelijkheden van cliënten en zorgverzekeraars.

3 Gevolgen van concentratie voor de keuzemogelijkheden

3.1 Inleiding

De tweede adviesvraag betreft keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars. Wat zijn optimale keuzemogelijkheden voor deze partijen? Wat optimaal is, hangt echter af van de gekozen benadering. Het is mogelijk de normen die het mededingingstoezicht hanteert als toetssteen te gebruiken. Keuzemogelijkheden zijn immers een voorwaarde voor concurrentie. Een andere benadering is, nagaan wat cliënten en zorgverzekeraars onder optimaal verstaan. Beide benaderingen zijn uitgewerkt in dit hoofdstuk.

Zijn er nog voldoende keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars?

Het hoofdstuk begint met een korte beschrijving van factoren in de zorg die impact hebben op de keuzemogelijkheden (paragraaf 3.2). Daarna worden de keuzemogelijkheden vanuit mededingingsperspectief besproken (paragraaf 3.3). Vervolgens komen cliënten en zorgverzekeraars aan bod (paragraaf 3.4).

Maar wat is de definitie van 'voldoende' keuzemogelijkheden?

3.2 Huidige situatie

Patiënten en cliënten kunnen niet altijd zonder meer kiezen. Allerlei factoren hebben invloed op hun keuzemogelijkheden. Een groot deel van deze factoren zijn in het advies *Van patiënt tot klant* al besproken. Hier worden er nog een aantal genoemd.

Afspraken in de zorg

In de zorg is sprake van een groot aantal afspraken, behandelprotocollen, standaarden en richtlijnen. Ziekenhuizen maken afspraken met huisartsen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties over wederzijdse verwijzing. Deze partijen stellen gemeenschappelijke behandelprotocollen op. Bijlage 6 beschrijft deze afspraken en de gevolgen voor de keuzemogelijkheden van cliënten.

Bij analyse van de huidige situatie blijkt dat afspraken tussen zorgaanbieders keuzemogelijkheden kunnen beperken

De afspraken blijken talrijk: 85% van de ziekenhuizen werkt met andere instellingen aan de organisatie van zorgprocessen. Dit gebeurt vooral bij chronische aandoeningen als hart en vaatziekten, diabetes mellitus, longziekten en kanker. Maar ook

voor bijvoorbeeld revalidatie na heupoperaties en CVA-zorg worden onderlinge afspraken gemaakt.

Deze afspraken kunnen cliënten in hun keuzes beperken, omdat zij hen min of meer dwingen diensten af te nemen binnen één keten van zorgaanbieders. Bij opname in het ziekenhuis ontbreekt het bovendien vaak aan goede voorlichting over dergelijke afspraken. Ook behandelprotocollen kunnen de keuze beperken. Hier kan een spanningsveld ontstaan tussen de eisen van de professional en individuele preferenties van de cliënt.

Cliënten worden vaak niet geïnformeerd over deze afspraken

Positie van patiënten

Hoewel het een algemeen geaccepteerd begrip aan het worden is, zijn de consequenties van het concept van 'de mondige burger' voor de gezondheidszorg nog maar beperkt geanalyseerd. Het is niet zeker dat burgers zich ook werkelijk als kritische consumenten gedragen.

Daarnaast is het de vraag of cliënten in de zorg zich steeds als mondige consumenten zullen kunnen gedragen

Uit een studie van het SCP blijkt dat als het gaat om sociale verzekeringen, mensen maar beperkt behoefte hebben aan meer keuzemogelijkheden. Bovendien zijn er grote individuele verschillen (SCP, 2002). Hoe dit in de zorg ligt is niet bekend, maar het is goed voorstelbaar dat ziekte daar impact heeft op de mate waarin mensen in staat zijn actief te kiezen en zich als mondige burger te gedragen.

De cliënt in de zorg typeert als een onafhankelijke, vrije en mondige consument en is dus een onterechte simplificatie van de werkelijkheid. Cliënten komen bij het maken van keuzes veel obstakels tegen in de zorg en in de ziekte zelf. Ze kunnen grote invloed hebben op het consumentengedrag van cliënten. Deze constatering stelt eisen aan de klantgerichtheid van de zorgverlener. Het is zijn taak de cliënt goed te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen, passende keuze.

Dit stelt eisen aan de klantgerichtheid van de zorgverlener

3.3 Voldoende keuzemogelijkheden voor concurrentie?

Voor marktwerking is concurrentie nodig. Zijn er in de huidige situatie, met de huidige omvang van ziekenhuizen, genoeg keuzemogelijkheden voor cliënten om marktwerking die de overheid wil introduceren mogelijk te maken? De NMa hanteert in Richtsnoeren voor de zorgsector (artikel 143, 28 maart 2002) bij de beoordeling van fusies tussen ziekenhuizen een maximum marktaandeel van 20%. Dit betekent dat tenminste

Normen voor 'voldoende' keuzemogelijkheden kunnen ook in het mededingings-toezicht gevonden worden

vijf aanbieders nodig zijn om een goede werking van de markt te waarborgen. Voor die zorgverlening waar marktwerking mogelijk is (de gemakkelijk te organiseren electieve en chronische zorg volgens het RVZ-advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg) zou het aantal aanbieders volgens deze norm beoordeeld moeten worden. Het is echter een probleem dat te weinig bekend is over de reisbereidheid van cliënten. Daarbij is het waarschijnlijk dat de reisbereidheid van cliënten verschilt per soort zorg (product). Dat maakt het lastig te bepalen hoe groot de regio moet zijn die beoordeeld wordt op het aantal aanbieders. Deze constatering sluit aan bij de conclusie van onderzoeksnotitie Geconcentreerd dereguleren (VWS, 2003) dat meer informatie over de reisbereidheid van cliënten nodig is.

Bepaling van de geografische markt op basis van de reisbereidheid van cliënten voor een bepaald soort zorg is daarbij noodzakelijk

3.4 Voldoende keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars?

Naast de eisen die mededinging stelt aan keuzemogelijkheden, kunnen ook de wensen van cliënten en de zorgverzekeraars als toetssteen dienen. Om hier zicht op te krijgen heeft de RVZ consumentenonderzoek laten verrichten door TNS-NIPO. Naast gezonde burgers zijn ook mensen met ervaring op het gebied van chronische,- electieve,- of wensgeneeskunde in het onderzoek betrokken. Daarnaast zijn zorgverzekeraars geïnterviewd.

Ook de wensen van cliënten en zorgverzekeraars kunnen als norm dienen

Cliënten

Een uitgebreide beschrijving van de bevindingen van het TNS-NIPO onderzoek staat in de achtergrondstudie Kiezen in de gezondheidszorg.

Cliënten en niet-clieñten vinden keuzemogelijkheden belangrijk.

De belangrijkste conclusies liggen op drie gebieden.

1. *Belang van keuzemogelijkheden*

Zowel cliënten als niet-clieñten vinden keuzemogelijkheden zeer belangrijk (99-86%). Keuze voor de huisarts scoort het hoogst. Keuze voor de behandelmethode en de behandelaar heeft prioriteit boven keuze voor het ziekenhuis. Met name chronische patiënten hechten grote waarde aan keuzemogelijkheden. Na de huisarts heeft bij deze groep vrije keuze van de specialist prioriteit. Alle groepen vinden keuzemogelijkheden in acute situaties het minst relevant (30%) en bij een chronische aandoening het belangrijkste (87%).

2. *Beoordeling van de huidige situatie*

Veel mensen (45-54%) zijn in de afgelopen jaren met een fusie in hun regio geconfronteerd. Van hen vindt 64% dat de keuzemogelijkheden in de ziekenhuiszorg daardoor afgenomen zijn. De bereikbaarheid van ziekenhuizen beoordelen cliënten als voldoende (7,1 op een schaal van 1-10). Zij zijn van mening dat de keuzemogelijkheden voor de ziekenhuiszorg momenteel niet ruim zijn (6.0). Hierbij spelen ook de wachtlijsten een rol. Er is een forse discrepantie tussen het belang dat mensen hechten aan keuzemogelijkheden en de gepercipieerde mogelijkheden om te kiezen (tabel 8 achtergrondstudie NIPO). Alle geïnterviewden zijn van mening dat er reden is om te willen kiezen; 54-62% is van mening dat de kwaliteit van de specialisten en van de ziekenhuizen “heel of nogal verschillend” is. De belangrijkste factoren die de keuzes beïnvloeden zijn de kennis van de specialist, de kwaliteit van de behandeling, de bejegening en de bereikbaarheid. Cliënten vinden het overigens lastig informatie hierover te verkrijgen. De bereikbaarheid van ziekenhuizen scoort een voldoende (7.1).

Geïnterviewden zijn niet tevreden met de huidige situatie

3. *Optimale situatie*

Cliënten geven aan het liefst uit twee tot drie aanbieders te kiezen en ze zijn bereid om te reizen voor meer keuzemogelijkheden. Zo is 50% van de chronische patiënten en 53% van de electieve patiënten bereid zich te laten behandelen buiten hun regio. De bereidheid om meer premie te betalen voor meer keuzemogelijkheden is daarentegen zeer beperkt. Slechts 23% is hiertoe bereid. Uit het conjunct-onderzoek, waarin mensen moeten kiezen uit steeds wisselende arrangementen, blijkt dat de bejegening het meest bepalend is voor de keuze die mensen maken en de prijs het minst. Dit kan betekenen dat de bereidheid om te betalen groter is naarmate duidelijk is wat de extra premie oplevert. De achtergrondstudie van het NIPO beschrijft de conjunctmeting uitgebreid.

Keuze uit 2-3 mogelijkheden vinden cliënten optimaal en tonen reisbereidheid

Hoewel cliënten zeggen keuzemogelijkheden belangrijk te vinden en bereid zijn te reizen voor een behandeling, is het de vraag of zij zich in de praktijk ook zo zullen gedragen. De enquête geeft daarover wel enige zekerheid, omdat naast gezonde mensen ook ‘gebruikers’ geënquêteerd zijn. Maar ook deze groep gebruikers heeft nog beperkt ervaring met het ‘zich gedragen als consument’. Het is daarom noodzakelijk de ontwikkeling van het keuze- en reisgedrag van cliënten te volgen. Uit het conjunctonderzoek blijkt echter, dat deze bereidheid er mogelijk wel is als duidelijker wordt wat die extra premie

Maar, het daadwerkelijke gedrag van cliënten moet gevolgd worden

oplevert. Het is overigens beslist niet zo, dat het creëren van meer keuzemogelijkheden per sé betekent dat de zorg duurder wordt. De introductie van concurrentie tussen aanbieders kan de doelmatigheid juist verhogen.

Zorgverzekeraars

Wat zeggen de zorgverzekeraars over hun keuzemogelijkheden? In zijn brief aan de Minister-president van 25 juni 2001 wijst de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op het belang van meer ruimte voor ondernemerschap voor zorgverzekeraars, zowel op de zorgmarkt als op de verzekeringsmarkt. Hierbij noemt hij onder andere de noodzaak om het aanbodtekort te verhelpen, de contracteerplicht om te zetten in selectieve contractering en de mogelijkheden om inkoop van zorg in het buitenland te verruimen. In het eerste onderdeel van het 'zevenpuntenplan' roept ZN op tot een structurele vergroting van het aanbod aan klinieken en andere zorginstellingen, teneinde meer keuzemogelijkheden voor verzekerden en zorgverzekeraars te creëren.

Hoewel zorgverzekeraars vinden dat het opheffen van het aanbodtekort en de contracteerplicht prioriteit moet krijgen

In interviews is zorgverzekeraars gevraagd naar hun oordeel over de huidige situatie bij de inkoop van ziekenhuiszorg (ZN, zorginkoop Achmea, Amicon, CZ en OHRA). Geïnterviewden vermeldden een toename van de onderhandelingsmacht van ziekenhuizen. Overigens is er op dit moment nog sprake van een aanzienlijke inkoopmacht bij de zorgverzekeraars. Geïnterviewden gaven aan met name meer keuzemogelijkheden te willen in de laagcomplexen chronische en electieve zorg.

willen zij ook meer keuzemogelijkheden

Sommige zorgverzekeraars hebben initiatieven genomen om hun keuzemogelijkheden te vergroten. Zo koopt CZ 1,5% van zijn zorg in het buitenland in. Achmea onderhoudt contacten met nieuwe aanbieders als Medinova, en Agis ondersteunt de opzet van privé-klinieken in Amsterdam en Utrecht (FD, 24-10-2001).

en ontplooiën zij initiatieven om hun keuzemogelijkheden te vergroten

3.5 Conclusie

Zowel cliënten als zorgverzekeraars zijn van mening dat bij de huidige concentratie van ziekenhuizen de keuzemogelijkheden niet optimaal zijn. Cliënten geven in enquêtes aan dat daarbij de keuze van de behandeling en de specialist het belangrijkste zijn.

Om hun voorkeuren in de praktijk te volgen, moeten hun daadwerkelijke keuzes en hun reisgedrag in kaart gebracht worden. Zorgverzekeraars vinden dat meer keuzemogelijkheden noodzakelijk zijn, zeker bij introductie van marktwerking. Zij willen kunnen kiezen uit meerdere contractpartners.

4 Van schaalgrootte naar spreiding van zorg

4.1 Inleiding

Uit de analyses in hoofdstuk 2 blijkt dat er geen eenduidige relatie aantoonbaar is tussen de omvang van een ziekenhuis en het marktresultaat. De eerste vraag van deze adviesaanvraag is dus nog niet beantwoord. Om dat antwoord toch te kunnen geven is een ander perspectief nodig.

Niet de schaal van de ziekenhuizen, maar de spreiding van de zorg bepaalt het marktresultaat

Hiervoor presenteert de RVZ een toetsingsmodel, waarin niet de schaal van organisaties centraal staat, maar de spreiding van het zorgaanbod. De spreiding van zorg blijkt namelijk veel belangrijker te zijn voor het marktresultaat dan de schaal van instellingen.

Eerst wordt het toetsingsmodel voor spreiding geïntroduceerd (paragraaf 4.2). Daarna zal besproken worden welke functie het kan vervullen bij de beoordeling van de spreiding van het aanbod in een regio en bij de beoordeling van veranderingen daarin, zoals bijvoorbeeld bij fusies of nieuwe toetreders (paragraaf 4.3).

4.2 Toetsingsmodel voor spreiding

Van zorgvraag naar marktresultaat

Om de vraag naar de relatie tussen marktstructuur en marktresultaat te beantwoorden, presenteert de RVZ een model waarin de zorgvraag het uitgangspunt is. De aard van de zorgvraag bepaalt hoe de zorg het beste georganiseerd kan worden voor een optimaal marktresultaat in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De aard van de zorg bepaalt die spreiding, waarbij het beste marktresultaat bereikt wordt

Zes aspecten van de zorgvraag bepalen de mate van concentratie of deconcentratie van het zorgaanbod die het beste marktresultaat geeft.

1. *Medische urgentie (acuut-electief)*. Acute zorg moet zo gedeconcentreerd mogelijk worden aangeboden, vanwege de toegankelijkheid.
2. *Kapitaalintensiteit*. Zorg waarbij dure faciliteiten nodig zijn, moet geconcentreerd worden aangeboden, vanwege de betaalbaarheid.

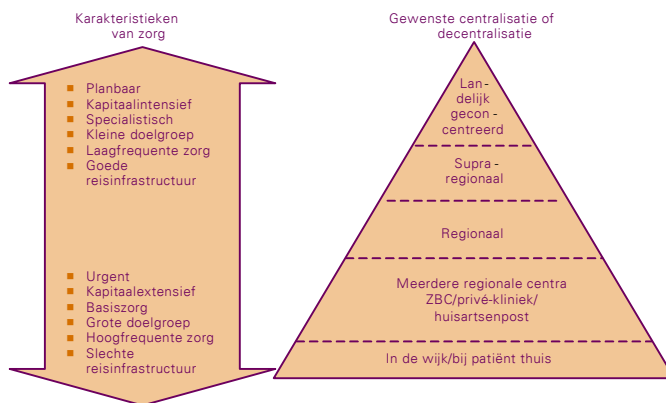
Voor bepaling van de beste spreiding zijn zes aspecten van de zorgvraag van belang

3. *Mate van specialisatie.* Zeer gespecialiseerde zorg moet geconcentreerd worden aangeboden, vanwege behoud van kwaliteit.
4. *Omvang van de doelgroep.* Zorg waarvoor slechts een kleine doelgroep is, moet worden geconcentreerd, vanwege de betaalbaarheid.
5. *Frequentie van de zorgvraag.* Zorg voor aandoeningen die frequent contact vereisen met een medische behandelaar moet bij voorkeur gedeconcentreerd, dicht bij de patiënt, worden aangeboden, vanwege de toegankelijkheid.
6. *Kwaliteit van de reisinfrastructuur.* Wanneer de reisinfrastructuur gebrekkig is, moet zorg bij voorkeur meer gedeconcentreerd worden aangeboden, vanwege de toegankelijkheid.

Uit bovenstaande blijkt dat er een sterke relatie is tussen de spreiding van het aanbod en het marktresultaat. Figuur 4.1 geeft dit schematisch weer.

Zo kan de spreiding van de zorg getoetst worden

Figuur 4.1 Factoren voor concentratie en deconcentratie



In de achtergrondstudie van KPMG zijn deze bevindingen verwerkt in een model waarmee de spreiding van zorg getoetst kan worden. Hieronder wordt het gebruik van het model aan de hand van een voorbeeld geïllustreerd.

Bepalen van de optimale spreiding van zorg

Figuren 4.2 en 4.3 geven twee voorbeelden van het gebruik van het model.


Figuur 4.2 Voorbeeld toepassing toetsingsmodel bij totale heupprothese

Totale heupprothese		Relatie met				
		Concentratie als ...	Deconcentratie als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Mogelijk geconcentreerd	
	Kapitaalintensiteit	Kapitaalintensief	Kapitaal extensief			Mogelijk gedeconcentr.
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Mogelijk gedeconcentr.		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Mogelijk gedeconcentr.
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Mogelijk geconcentreerd	
Geografie	Reisinfrastuur	Goede reisinfrastuur	Slechte reisinfrastuur		afhankelijk van lokale structuur	
Score per deelaspect van				Mogelijk gedeconcentr.	Mogelijk geconcentr.	Mogelijk gedeconcentr.
Weging				Meest kritisch		
Totaal score				Deconcentreren in meerdere regionale centra/ ZBC's		

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 kennisintensief. De doelgroep is groot (21407 patiënten, 286084 ligdagen; Prismant, 2001). Het electieve karakter van de behandeling pleit voor concentratie. De beperkte aanspraak op kapitaal en kennis maakt deconcentratie mogelijk. De grootte van de doelgroep maakt deconcentratie 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 meest kritisch is. Door de grote omvang van de doelgroep heeft een geringe verbetering van de 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 4.3 Voorbeeld toepassing toetsingsmodel bij ernstig hoofdletsel

Trauma capitis		Relatie met				
		Concentreren als ...	Deconcentreren als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Bij voorkeur gedeconcentr.	
	Kapitaalintensiteit	Kapitaalintensief	Kapitaal extensief			Bij voorkeur geconcentreerd
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Bij voorkeur geconcentreerd		
Omvang zorgvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Bij voorkeur geconcentreerd
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Mogelijk geconcentreerd	
Geografie	Reisinfrastuctuur	Goede Reisinfrastuctuur	Slechte Reisinfrastuctuur		Mogelijk afhankelijk van bestaande structuren	
Score per deelaspect van				Bij voorkeur centraal	Bij voorkeur decentraal	Bij voorkeur centraal
Weging				Meest kritisch		
Totaal score				Supra-regionaal organiseren, binnen de normen van van toegankelijkheid		

Patiënten met een ernstig hoofdletsel (neurotrauma) 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 deconcentratie om de toegankelijkheid te waarborgen. De kapitaalintensiteit vraagt om concentratie 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 concentratie wenselijk. Geografische overwegingen zullen niet snel tot deconcentratie leiden, omdat de kwaliteit in het gedrang komt en de kosten van vervoer relatief laag zijn door de beperkte omvang van de doelgroep.

Bovenstaand model geeft een overzicht van de impact van de diverse zorgvraagaspecten 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 gedeconcentreerd aanbod, namelijk vervoer per traumahelikopter. Doordat de omvang van de doelgroep klein is, wegen de kosten van vervoer niet op tegen de kosten van duplicatie van voorzieningen. Concentratie zal dus de beste optie zijn.

Bij de zorg voor deze patiënten ligt de nadruk op de neurochirurgie, maar de inzet van een groot aantal disciplines (onder andere anesthesie, algemene traumatologie, IC en radiologische diensten) is vaak noodzakelijk. Het is daarom gewenst om de supraregionaal aangeboden zorgverlening te bundelen met zorg voor andere (neurochirurgische) aandoeningen.



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Uit de voorbeelden blijkt dat de zes aspecten van de zorgvraag leiden tot een bepaalde mate van concentratie. De optimale schaal van een instelling hangt daarbij af van welke (combinatie van) producten de instelling levert. In de achtergrondstudie van KPMG BEA zijn meer voorbeelden uitgewerkt.

De typering van de zorgvraag leidt logisch tot een bepaalde mate van (de)concentratie

Impact van ICT en telemedicine

Het toetsingsmodel voor spreiding houdt vooralsnog geen rekening met ontwikkelingen in de technologie. Inzet van telemedicine en meer in het algemeen ICT geeft een volledig andere dimensie aan plaats en tijd. Het denken in gebouwen zal steeds minder relevant worden; het denken in activiteiten zal daarentegen juist meer nadruk krijgen. Het is aannemelijk dat ontwikkelingen op ICT gebied een grote vlucht zullen nemen, vooral onder de druk van personeelstekort bij een steeds toenemende vraag (De Vries, 2002).

Overigens kunnen ontwikkelingen in de ICT meer mogelijkheden bieden om de zorg dichter bij de cliënt aan te bieden

Door de inzet van ICT is het mogelijk om de zorg steeds dichterbij de cliënt aan te bieden. Diagnostiek, controle en behandeling kunnen losgekoppeld worden van de instelling of de spreekkamer. Experts zijn van mening dat de belangrijkste toepassingsgebieden liggen in de thuiszorg en de huisartsgeneeskunde. Maar het zal ook mogelijk worden om ziekenhuiszorg thuis bij de patiënt aan te bieden. Tot nu toe zijn de meeste diensten ontwikkeld op het gebied van bewaking, zelfzorg en diagnostiek. Zo zijn in Japan en de VS experimenten gedaan met een 'video house call'. Voorbeelden van diagnostiek zijn te vinden in de dermatologie en ook in laboratoriumtoepassingen ('lab' on a chip).

Dit geldt voor diagnostiek en behandeling

4.3 Toepassing in verschillende situaties

Met het toetsingsmodel voor spreiding is het mogelijk om:

1. te beoordelen of de spreiding zodanig is dat een goed marktresultaat gegarandeerd is;
2. te beoordelen wat de effecten zijn van veranderingen in het zorgaanbod op de spreiding in de zorg, zoals fusies of nieuwe aanbieders.

De vraag is nu welke functie het toetsingsmodel kan vervullen

Twee sturingsprincipes in de zorg

De vraag is nu in welke situaties en op welke manier dit model in de praktijk ingezet kan worden. De zorg is namelijk geen uniforme markt. In sommige delen van de zorg wil de overheid marktwerking introduceren, in andere delen blijft aanbodregulering de beste oplossing. Kijkend naar de gewenste stu-

De beantwoording van deze vraag hangt af van wat de overheid wil bereiken

ring kan de zorg als volgt ingedeeld worden (de indeling is gebaseerd op het RVZ-advies *Marktwerking in de medisch specialistische zorg*).

Indeling van de zorg naar sturingsprincipe

- *Aanbodregulering (zoals bij acute en topklinische zorg)*
In een situatie die om complete aanbodregulering vraagt, is en blijft de overheid, of een gedelegeerde organisatie, degene die de marktstructuur bepaalt. De overheid kan wel met aanbodgerichte prikkels de marktstructuur beïnvloeden.
- *Markt die ontwikkeld moet worden (makkelijk te organiseren electieve en chronische zorg)*
Bij een markt in wording zal de marktstructuur zich gaandeweg moeten ontwikkelen. Noodzakelijke voorwaarden zijn dan vrije toetreding tot de markt en goed toezicht.
- *Goed functioneerde markt (bijvoorbeeld bij een aantal oogheelkundige ingrepen)*
In een goed functionerende markt ontstaat de optimale spreiding in de afstemming tussen vraag en aanbod. Aanbieders zullen toetreden waar zij kansen zien, en door concurrentie soms juist weer van de markt verdwijnen.

De functie van het model is afhankelijk van het gekozen sturingsmodel

Inzet van het model per situatie

In elk van de drie bovengenoemde situaties blijft de overheid eindverantwoordelijk voor het marktresultaat. Dit betekent dat de overheid in alle gevallen de spreiding van de zorg moet bewaken. Een regelmatige toetsing zal dus wenselijk blijven. Hiervoor kan de overheid het toetsingsmodel gebruiken. Zij moet daarvoor dan wel eerst normen formuleren voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Hieronder volgt een beschrijving van het toetsingsproces.

De overheid moet in elk van deze delen van de zorg de spreiding toetsen

Gereguleerd zorgaanbod

In een situatie van aanbodregulering kan de overheid na toetsing van de actuele spreiding van het aanbod, besluiten of aanpassing van de marktstructuur gewenst is. Deze toetsing verloopt als volgt:

1. In kaart brengen van de optimale marktstructuur.
Toepassing van het model op alle typen zorg in een regio geeft een beeld van de optimale spreiding van zorgfuncties binnen die regio, gegeven de gewichten die men gebruikt voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.
2. Vergelijken met huidige marktstructuur.
Wanneer voor een regio de optimale spreiding in kaart is

Bij aanbodregulering kan de overheid het toetsingsmodel gebruiken om de spreiding actief te sturen

gebracht, kan vervolgens nagegaan worden in hoeverre de huidige situatie daarmee overeenkomt. Overigens zal voor sommige typen zorg de beoordeling van de spreiding supra-regionaal of landelijk moeten gebeuren.

Ontwikkelende markt

Bij die delen van de zorg waar de overheid ruimte wil maken voor marktwerking bepalen de wensen van cliënten en verzekeraars de marktstructuur. Beoordeling van de spreiding vindt vooral plaats in het kader van mededingingstoezicht (met als norm tenminste vijf aanbieders binnen een geografische markt). Ook in deze delen van de zorg zal de overheid echter de ontwikkeling van de spreiding moeten bewaken. Zij moet er immers voor waken dat er geen onacceptabele tekorten in de spreiding ontstaan. De procedure voor de toetsing verloopt op dezelfde wijze als hierboven beschreven onder punt 1 en 2.

In een markt in ontwikkeling kan de overheid het toetsingsmodel gebruiken om de spreiding te bewaken

Functionerende markt

In een al functionerende markt is het uitgangspunt dat de juiste marktstructuur min of meer vanzelf ontstaat als resultaat van de wisselwerking tussen vraag en aanbod. Voorwaarde is wel dat er goed toezicht is op de concentratie en dat concurrentie ook werkelijk mogelijk is. Ook in deze situatie zal de overheid de spreiding van de markt, gegeven zijn eindverantwoordelijkheid voor het marktresultaat, blijven volgen.

Datzelfde geldt voor een goed functionerende markt

4.4 Conclusie

Om het marktresultaat te bewaken is toetsing van de spreiding van het zorgaanbod belangrijk, en niet die van de schaal van de zorgaanbieders. Voor toetsing van die spreiding heeft de RVZ een model ontwikkeld. De overheid kan dit model gebruiken voor de bewaking van het marktresultaat. Om het model te gebruiken moeten wel eerst normen geformuleerd worden voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

De rol die de toetsing speelt is afhankelijk van de marktsituatie in de zorg. Verschillende typen zorg laten immers meer of minder marktwerking toe. Is aanbodregulering aangewezen, dan kan de overheid het model gebruiken om de spreiding te sturen. In een situatie van marktwerking zal de overheid het model gebruiken om de spreiding te bewaken.

5 Realiseren van optimale spreiding

5.1 Inleiding

Over welke middelen moet de overheid beschikken om de spreiding te toetsen en om in te kunnen grijpen als het marktresultaat onder druk komt te staan? Die vraag wordt in dit hoofdstuk per marktsituatie beantwoord: voor die delen van de zorg waar aanbodregulering gewenst is (paragraaf 5.2) en waar marktwerking mogelijk is (paragraaf 5.3). Daarin komt de invulling van de functie van marktmeester aan bod (paragraaf 5.4).

Dit hoofdstuk bespreekt hoe de optimale spreiding ontstaat

De RVZ benadrukt hierbij dat de overheid uiteindelijk afhankelijk blijft van (private) aanbieders en zorgverzekeraars. Dit betekent dat, hoewel de overheid een aantal mogelijkheden heeft om de spreiding te beïnvloeden, dit niet garandeert dat het aanbod ook daadwerkelijk tot stand komt. Dit geldt zeker voor die delen van de zorg waar de markt ontwikkeld moet worden, maar ook voor die delen van de zorg waar aanbodregulering gewenst blijft. De mogelijkheden van de overheid om de marktstructuur te bepalen zijn in beide situaties dus beperkt.

Daarvoor kan de overheid het toetsingsmodel gebruiken

5.2 Gereguleerd zorgaanbod

Voor die delen van de zorg waarvoor aanbodregulering het beste sturingsprincipe is - dure en kwetsbare voorzieningen als acute en topklinische zorg - is het publieke belang leidend. De wensen van cliënten en zorgverzekeraars zijn in dit geval ondergeschikt aan de eisen die het publieke belang stelt. Om een goed marktresultaat te garanderen en zo het publieke belang goed te dienen, moet de overheid de spreiding van de zorg nauwlettend bewaken en waar nodig actief sturen. Hiervoor kan de overheid het toetsingsmodel inzetten. Daarbij rijzen de volgende vragen:

Voor die delen van de zorg waarvoor aanbodregulering het beste sturingsprincipe blijft ...

- a. Hoe kan het toetsingsmodel ingebed worden in bestaande wet- en regelgeving?
- b. Wat kan de overheid doen indien de spreiding van de zorg niet optimaal is?

a. Toetsingsmodel inbedden in WBMV

Een deel van de zorg die onder aanbodregulering blijft vallen valt in de huidige situatie onder de WBMV (Wet bijzondere medische verrichtingen). Deze wet kent twee regimes. Een zwaar regime met een verbodstelsel en een lichter regime dat werkt volgens een begunstigingsprincipe. Bijlage 7 punt 1 licht deze regimes nader toe.

... kan het toetsingsmodel het beste in de WBMV ondergebracht worden

Het toetsingsmodel kan in beide delen van de WBMV ingebed worden. De keuze voor de WBMV heeft een aantal voordelen. Ten eerste is in de WBMV, net als in het toetsingsmodel, de verleende zorg en niet de aanbieder het aangrijpingspunt. Ten tweede biedt de WBMV ook mogelijkheden om te sturen in de spreiding. Ten derde kan de WBMV de overgang van delen van de zorg van aanbodsturing naar de markt faciliteren. Het kan op termijn noodzakelijk zijn te analyseren of het nodig is het huidige instrumentarium van de WBMV aan te passen om meer resultaatgerichtheid te faciliteren. Dit onderbouwt tevens waarom de RVZ niet voor de WEZ (Wet exploitatie zorginstellingen) kiest.

Het enige probleem dat keuze voor de WBMV met zich mee brengt is, dat deze wet momenteel niet het gehele pakket van zorg beslaat dat onder aanbodregulering moet blijven vallen. Voor een brede toepassing moet de werkingssfeer van de WBMV dus uitgebreid worden. Hoewel deze uitbreiding op het eerste gezicht een verdergaande regulering kan inhouden, blijkt dit beeld toch niet te kloppen. Veel van de medische verrichtingen waarvoor aanbodsturing vooralsnog gewenst blijft, vallen namelijk nu al onder de werkingssfeer van de WBMV. Nog belangrijker is echter dat hiermee de mogelijkheid ontstaat om de WZV voor de curatieve zorg buiten werking te stellen en dus een aanzienlijke deregulering te realiseren (zie ook bijlage 7 punt 2).

De werkingssfeer van de WBMV moet uitgebreid worden, echter de WZV kan voor de curatieve zorg vervallen

b. Ingrijpen bij tekortschietende spreiding

De overheid heeft met het de WBMV een krachtig middel om de marktstructuur te beïnvloeden. Het overzicht van verleende vergunningen toont aan waar en wanneer de marktstructuur (spreiding) niet optimaal is. In dat geval kan de overheid ingrijpen. Ze kan dat doen door de financiële begunstiging in het kader van de WBMV te verhogen. Indien verhoging van de vergoeding geen uitkomst biedt, is vaak een andere benadering noodzakelijk. In dat geval zal de overheid met lokale partijen moeten zoeken naar de kwalitatief beste en meest doelmatige oplossing.

De WBMV biedt de mogelijkheid spreiding te sturen

Zo zijn er in de afgelopen tijd op een aantal plaatsen in dun bevolkte gebieden spoedeisende hulpafdelingen (SEH) in ziekenhuizen gesloten. Dit heeft tot veel onrust bij de lokale bevolking geleid. De overheid zou hier als volgt kunnen handelen. Eerst dient getoetst te worden of door de sluiting de spreiding hier inderdaad tekort schiet. Indien dit het geval is zou de overheid ervoor kunnen kiezen de betreffende SEH open te houden door een financiële begunstiging. Vaak is het echter toch moeilijk personeel te krijgen en bovendien betekent een dergelijke keuze een suboptimale benutting van dure voorzieningen. Ook is het mogelijk dat de kwaliteit tekort schiet, doordat de zorgverleners hun ervaring niet op peil houden door het beperkte aantal bezoekers. In dat geval kan de overheid met lokale partijen zoeken naar doelmatigere manieren om de bereikbaarheid van de acute zorg te garanderen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door beter toegerust en sneller vervoer te organiseren.

5.3 Zorgmarkt in ontwikkeling

In deze delen van de zorg is het de bedoeling dat de marktstructuur zich ontwikkelt op geleide van de vraag. Een effectief toezicht op de mededinging is in dat geval noodzakelijk om te waarborgen dat de markt zijn werk kan doen. Er moeten voldoende aanbieders zijn om concurrentie tot stand te brengen.

In een markt in ontwikkeling zal de spreiding zich ontwikkelen op geleide van de vraag

Omdat de overheid ook hier verantwoordelijk blijft voor het marktresultaat is bewaking van de spreiding aangewezen. Belangrijke vragen zijn hier:

- a. Hoe kan voldaan worden aan de wensen van cliënten en zorgverzekeraars?
- b. Hoe kan de overheid de marktstructuur bewaken en wat kan zij doen indien deze niet optimaal is?
- c. Wat is noodzakelijk om de voorwaarden voor effectieve mededinging te creëren?

a. *Verlagen toetredingsdrempels*

Vanuit het perspectief van cliënten en zorgverzekeraars dient er meer diversiteit in het aanbod te ontstaan. Hiervoor moet allereerst voldoende aanbod zijn en moeten bestaande toetredingsdrempels weggenomen worden, zodat nieuwe aanbieders tot de markt kunnen toetreden. De belangrijkste drempels zijn de contracteerplicht van zorgverzekeraars jegens instellingen, de niet marktconforme afschrijving van kapitaallasten en de

Om de ontwikkeling van de markt te bevorderen moet vrije toetreding tot de markt mogelijk zijn

lage solvabiliteit. Deze belemmeringen zijn uitgebreid besproken in de RVZ-adviezen *Marktwerking in de medisch specialistische zorg* en *Winst in gezondheidszorg*. De RVZ besteedt hier speciaal aandacht aan het vergunningsvereiste in het kader van de WZV (Wet ziekenhuisvoorzieningen), omdat dit een belangrijke belemmering is voor de toetreding van nieuwe aanbieders tot de markt.

Het verkrijgen van een *vergunning ex WZV* (respectievelijk vereiste van exploitatietoestemming ex WEZ) is een langdurig traject met vele gedetailleerde procedurevoorschriften. De procedure vormt daardoor een aanzienlijke belemmering voor toetreding tot de markt. De legitimatie van dit vergunningsvereiste is dat toestemming voor de bouw c.q. exploitatie ‘automatisch’ toegang verschaft tot publieke bekostiging. Op grond van de ZFW zijn verzekeraars namelijk verplicht ‘WZV-toegelaten’ instellingen te contracteren. Als de overheid de contracteerplicht afschaft, omdat deze de introductie van marktwerking verhindert, vervalt ook de noodzaak van vergunningsprocedure ex WZV.

Hiervoor moet de WZV opgeheven worden

Hiermee komt het risico van de exploitatie bij de ondernemer te liggen. Dit kan betekenen dat aanbieders van de markt verdwijnen. Ook kan het gebeuren dat, door toetreding van nieuwe aanbieders, zittende aanbieders te kampen krijgen met capaciteitsoverschotten zonder financiële dekking. Het is de essentie van ondernemerschap dat instellingen dan nieuwe inkomsten zoeken voor deze capaciteit. Zo is in ziekenhuis Velp de vrijgekomen capaciteit benut voor een Palliatief Netwerk. Ook zijn er voorbeelden van verhuur van capaciteit aan (commerciële) aanbieders met nieuwe diensten.

Dit vraagt ondernemerschap van aanbieders

De verplichting van een exploitatievergunning past niet bij vrij ondernemerschap. Vrij ondernemerschap stelt echter wel eisen aan de transparantie van de exploiterende rechtspersoon. Het gaat daarbij om eisen aan de bestuursstructuur en de ordelijkheid/controleerbaarheid van de bedrijfsvoering. Ook de kwaliteitswet kan hierbij ingezet worden. In bijlage 7 punt 2 is onderbouwd dat handhaving van de WZV/WEZ ook voor deze doelstelling niet nodig is.

En de verplichting tot transparantie

b. Bewaken spreiding

Ook in die delen van de zorg waar marktwerking gewenst is, moet de overheid de spreiding bewaken en het tijdig signaleren als de spreiding tekortschiet. De zorgverzekeraar is de aangewezen bron voor informatie over het tekortschieten van het

De overheid moet echter ook in deze delen van de zorg de spreiding bewaken

aanbod. De zorgverzekeraar kan hiervoor het toetsingsmodel hanteren. Indien er een leemte in de spreiding ontstaat, is de zorgverzekeraar, op basis van zijn verplichting op grond van de ZFW, de aangewezen persoon om door aanbesteding in het ontstane tekort te voorzien. In minder aantrekkelijke gebieden kan het daarbij noodzakelijk zijn hogere prijzen te bieden om aanbieders te vinden. Naast de zorgverzekeraar kunnen ook patiënten- en consumentenorganisaties een signalerende functie vervullen.

De zorgverzekeraar speelt daarbij een centrale rol

Indien een aanbesteding desondanks niet succesvol is, kan de overheid besluiten dat het nodig is om subsidie (vestigingspremies) te verlenen of op andere wijze te zorgen voor gunstige omstandigheden door het aanbieden van faciliteiten. De hier beschreven gang van zaken heeft echter grenzen. Het is immers voor de overheid principieel onmogelijk om private uitvoerders te verplichten taken uit te voeren. Dit is inherent aan het huidige systeem.

c. Mededingingstoezicht

In een markt in ontwikkeling dient toezicht gehouden te worden op de ontwikkeling van de onderlinge concurrentieverhoudingen door een mededingingsautoriteit als het NMa. Hier doen zich een aantal problemen voor (uitwerking in bijlage 7 punt 3).

In een markt in ontwikkeling moet ook concurrentietoezicht ingesteld worden

Ten eerste heeft de NMa tot nu toe steeds geoordeeld dat de Mededingingswet (MW) nog niet van toepassing was op ziekenhuizen, omdat er onvoldoende ruimte voor concurrentie was. In een persbericht van 24 juni 2003 over het consultatiedocument Concurrentie in de ziekenhuissector heeft de NMa echter aangegeven dat concurrentie tussen aanbieders van ziekenhuiszorg in beginsel mogelijk is en de Mededingingswet dus van toepassing is op de ziekenhuissector.

Ten tweede is er nog onvoldoende zicht op de geografische markt per zorgproduct om fusies te kunnen beoordelen. Hiervoor is verder onderzoek noodzakelijk.

Tenslotte kan de NMa met de MW concurrentie niet afdwingen. In de telecomsector en de energiemarkt zijn sectorspecifieke mededingingsregels ingezet om concurrentie te bevorderen. Of dergelijke maatregelen in de zorg noodzakelijk zullen zijn, is nog niet duidelijk. Het effect van het verlagen van de toetredingsdrempels moet eerst nog blijken.

En moet onderzocht worden of sectorspecifieke mededingingsregels noodzakelijk zijn

Wel is het aan te raden om na te gaan of het noodzakelijk is om:

1. De prijsontwikkeling te bewaken. Bewaking van te hoge prijzen is nodig, omdat er weinig politieke ruimte is om (tijdelijke) prijsstijgingen te tolereren; bewaking van te lage prijzen, omdat er een reëel gevaar dreigt dat zittende aanbieders over zullen gaan tot prijsdumping. Zij hebben immers de mogelijkheid om kosten af te wentelen op diensten waarvoor voorlopig budgettering blijft gelden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat tijdelijk minimum en maximum prijzen vastgesteld of gehandhaafd moeten worden.
2. Richtlijnen op te stellen voor de afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders, om bijvoorbeeld bundeling van producten te voorkomen.
3. Eisen te formuleren voor de informatie die aanbieders ter beschikking moeten kunnen stellen aan de (toekomstige) zorgkamer van de NMa, om de concurrentieverhoudingen te kunnen beoordelen.

5.4 Functionerende zorgmarkt

In een goed functionerende markt bepaalt de wisselwerking tussen vraag en aanbod de optimale marktstructuur. In beginsel kan daarom worden volstaan met het huidige algemene mededingingsinstrumentarium. Net als in een markt in ontwikkeling moet de overheid ook in dit geval de spreiding bewaken.

In een goed werkende markt geldt ditzelfde model

5.5 Taken van de marktmeester

Een aantal taken van het marktmeesterschap in de zorg liggen bij de minister van VWS. Een deel van deze taken kan de Minister bij gedelegeerde instanties neerleggen.

Er moeten taken uitgevoerd worden in het kader van het marktmeesterschap

Ten eerste moet de marktmeester een aantal taken uitvoeren voor die delen van de zorg die onder *aanbodregulering* blijven vallen. Het gaat om taken in het kader van de uitvoering van de WBMV. Er is geen reden om wijzigingen aan te brengen in de huidige situatie waarin de minister van VWS en de Inspectie Gezondheidszorg deze taken vervullen.

In die delen van de zorg waar de *markt ontwikkeld* moet worden, moet de minister van VWS de spreiding bewaken en dreigende tekorten tijdig signaleren. Deze taken kan de Minister

Dit ligt deels bij de minister van VWS

neerleggen bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), en het toezicht daarop bij het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). Kijkend naar de aard van de benodigde informatie en de grote rol die zorgverzekeraars hierin spelen, ligt deze keuze voor de hand. Informatie over tekortschietende spreiding kan ook door de patiëntenorganisaties aan het CVZ geleverd worden. Deze informatie kan in het reeds bestaande reguliere overleg uitgewisseld worden.

Het CVZ heeft voor het bewaken van de spreiding de volgende instrumenten:

- Voor de verplichting tot melding van tekortschietende spreiding door zorgverzekeraars kan het CVZ een meldingsplicht instellen op grond van artikel 35, lid 1 en 2 van de ZFW.
- Voor de toetsing of het gemelde tekort echt een bedreiging voor het marktresultaat betekent en voor melding aan de marktmeester, heeft het CVZ een signaalfunctie op grond van artikel 1 van de ZFW.
- Voor het opheffen van tekorten kan het CVZ de verzekeraar verzoeken een aanbesteding te doen.
- Voor het eventueel opstellen van een subsidieregeling kan het CVZ de Minister adviseren op basis van artikel 1p van de ZFW. Het toetsingsmodel kan de grondslag vormen voor een dergelijke regeling.

Het CVZ kan een deel van de taken van de Minister uitvoeren

Voor de volledigheid vermeldt de RVZ dat deze procedure goed past in het natuurasysteem en/of een systeem van preferred suppliers. Indien de nadruk verschuift naar een restitutiesysteem heeft de zorgverzekeraar minder zicht op de spreiding. Het CVZ zal dan andere bronnen van informatie over de spreiding van het aanbod moeten aanwenden. Hiervoor kan het CVZ bijvoorbeeld de Kamer van Koophandel inschakelen of de informatie van de declaraties van cliënten benutten.

In een markt in ontwikkeling moet ook een adequaat mededingingstoezicht worden opgezet. Dit is eveneens een taak van de marktmeester. Deze taken liggen echter niet bij de minister van VWS, maar bij de (toekomstige) zorgkamer van de NMa. De NMa valt immers onder het ministerie van Economische Zaken. Voor wat betreft instelling van sectorspecifieke mededingingsregels ligt de besluitvorming wel bij de minister van VWS. Hiervoor kan hij advies vragen aan de (toekomstige) zorgkamer van de NMa. Na besluitvorming kan de minister van VWS de uitvoering delegeren aan de (toekomstige) zorgkamer van de NMa.

Een ander deel van de taken van de marktmeester ligt bij de (toekomstige) zorgkamer van de NMa

5.6 Conclusie

Voor die delen van de zorg waarvoor aanbodregulering de beste optie blijft, kan de WBMV benut worden om spreiding actief te sturen. Voor die delen van de zorg waar de introductie van marktwerking gewenst is, moeten toetredingsdrempels weggenomen worden. In deze markt moet de overheid de spreiding bewaken. Adequaat concentratietoezicht is van groot belang voor de ontwikkeling van de markt. Eventueel kan het nodig zijn sectorspecifieke mededingingsregels in te stellen.

De minister van VWS kan in het kader van zijn rol als marktmeester taken uitbesteden aan het CVZ/CTZ. De (toekomstige) zorgkamer van de NMa is verantwoordelijk voor het opzetten van adequaat mededingingstoezicht, en kan zorgdragen voor de uitvoering van besluiten van de minister van VWS over sectorspecifieke mededingingsregels. Het CVZ, CTZ en de NMa beschikken reeds over adequate instrumenten om deze taken uit te voeren.

6 Antwoorden op de beleidsvragen

6.1 Bevindingen over marktresultaat

Vraag 1: Kunnen ziekenhuizen bij de huidige concentratie een optimaal marktresultaat realiseren in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?

Uit de analyse van KPMG BEA blijkt dat de vraag naar de optimale schaal niet eensluidend te beantwoorden is. Een groot ziekenhuis heeft voordelen zoals een breder en gespecialiseerder zorgaanbod, terwijl een klein ziekenhuis weer betere prestaties levert als het gaat om toegankelijkheid en klantvriendelijkheid. Het is op basis van deze bevindingen dan ook niet mogelijk conclusies te trekken over de wenselijkheid van verdere concentratie of juist deconcentratie.

De vraag naar de optimale schaal is niet eensluidend te beantwoorden

6.2 Bevindingen over keuzemogelijkheden

Vraag 2: Kunnen bij de huidige concentratie optimale keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars gerealiseerd worden in termen van diagnostiek, indicatiestelling, zorgverlening of instelling?

Cliënten vinden het zeer belangrijk dat ze kunnen kiezen, zo blijkt uit het consumentenonderzoek dat voor dit advies is gedaan. Tegelijkertijd geven ze aan dat de fusies dit juist moeilijker hebben gemaakt. Ze vinden hun huidige keuzemogelijkheden dan ook onvoldoende, en wensen tenminste twee of drie alternatieven om uit te kiezen. Kiezen voor een huisarts, behandelmethode en specialist heeft daarbij prioriteit boven kiezen voor een instelling. Keuzemogelijkheden voor de electieve en chronische zorg zijn belangrijker voor cliënten dan in acute situaties. Cliënten zeggen bereid te zijn naar behandelaren buiten hun regio te reizen. Of ze dat in de praktijk ook echt doen, is niet duidelijk. Daarvoor moeten hun daadwerkelijke keuzes en reisgedrag in kaart gebracht worden. Ook zorgverzekeraars willen meer keuzemogelijkheden. Voor hen is het van belang dat zij bij de zorginkoop kunnen kiezen uit meerdere contractpartners.

Cliënten willen meer keuzemogelijkheden, vooral voor de behandelmethode en de behandelaar

6.3 Bepalen van gewenste situatie

Vraag 3: Gegeven dat de invloed van de fusies op het marktresultaat onduidelijk is en de keuzemogelijkheden op dit moment tekortschieten, op welk schaalniveau ontstaan dan wel voorwaarden voor een optimaal marktresultaat voor zorgaanbieders en optimale keuzemogelijkheden voor cliënten en zorgverzekeraars?

Niet de schaal van aanbieders is bepalend voor het marktresultaat, maar de spreiding van de zorg. De RVZ heeft daarom een toetsingsmodel ontwikkeld waarmee de overheid de spreiding van het aanbod kan bewaken en de wenselijkheid van veranderingen in het zorgaanbod kan beoordelen. Daarmee krijgt de overheid zicht op de mate waarin de huidige marktstructuur bijdraagt aan een optimaal marktresultaat en kan zij beoordelen of ingrijpen noodzakelijk is.

Niet de schaal van aanbieders, maar de spreiding van de zorg blijft bepalend voor het marktresultaat

Cliënten en zorgverzekeraars geven aan meer keuzemogelijkheden te willen. Vooral cliënten willen uit 2 – 3 opties kiezen. Het is hierbij wel belangrijk het daadwerkelijke keuzegedrag te volgen. Daarnaast is beoordeling van de marktsituatie door de NMa nodig. Ook hiervoor is meer informatie over het keuzegedrag noodzakelijk. Dit geldt overigens uitsluitend voor het deel van de zorg waar marktwerking gewenst is. Voor die delen van de zorg waar aanbodregulering het beste sturingsprincipe blijft, zijn de wensen van cliënt en zorgverzekeraar ondergeschikt aan de eisen van het publieke belang.

6.4 Bereiken van gewenste situatie: aanbevelingen

Vraag 4: Over welke middelen dient de overheid in zijn rol als marktmeester te beschikken om het gewenste situatie te realiseren of bewaken?

Algemene aanbevelingen

In lijn met eerdere adviezen adviseert de RVZ om in de zorg niet te kiezen voor een sterk sturende instantie als de Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA) in het leven te roepen. Daarvoor zijn de belemmeringen voor nieuwe toetreders tot de markt niet groot genoeg. Dit blijkt ook uit het relatief grote aantal nieuwe aanbieders. Bovendien kan zo'n instantie veel negatieve reacties in de sector oproepen. De verdenking dat er toch weer wordt teruggegrepen op regulering en overheidssturing is immers snel gewekt.

De RVZ adviseert niet voor een OPTA voor de zorg te kiezen

Ten tweede adviseert de RVZ om de relatie tussen zorgverlener en ziekenhuis te flexibiliseren. Diversiteit in het aanbod en betere spreiding zullen vooral kunnen ontstaan door (gedeeltelijke) ontkoppeling van zorgverlening en instelling. Veel basiszorg kan namelijk ook buiten het ziekenhuis, in de wijk of bij de cliënt thuis, aangeboden worden. Ontwikkelingen op het gebied van ICT zullen dit nog verder mogelijk maken. Het denken in ‘instellingen’ dient steeds meer plaats te maken voor het denken in spreiding van zorg. Ook fusies moeten beoordeeld worden op hun gevolgen voor de spreiding van de zorg.

De RVZ adviseert ook om de relatie van de instelling en het zorgverleningsproces te flexibiliseren

Het toetsingsmodel voor spreiding kan een goed instrument zijn om deze omslag in het denken te maken. Inzet van het model hoeft daarbij niet beperkt te blijven tot de ziekenhuiszorg. Een dergelijke benadering kan ook voor bijvoorbeeld de AWBZ nuttig zijn.

Specifieke aanbevelingen

Formuleer normen voor het marktresultaat om de spreiding van de zorg te kunnen toetsen. In het kader van dit advies zijn vooral normen voor toegankelijkheid en kwaliteit van belang.

Normen voor de toegankelijkheid van de acute zorg worden behandeld in het door de RVZ uit te brengen advies over *Doelmatige inrichting van de acute zorg* (verschijnt begin 2004). Het RIVM hanteert op dit moment voor de electieve en chronische basiszorg de officieuze norm van 30 minuten per auto.

Voor het gebruik van het toetsingsmodel moet de overheid normen voor het marktresultaat opstellen

Normen voor kwaliteit moeten evidence based zijn. Zo kunnen bijvoorbeeld normen opgesteld worden voor het aantal patiëntcontacten en verrichtingen dat een zorgverlener nodig heeft om zijn vaardigheden adequaat te onderhouden. Op basis daarvan kan dan bepaald worden hoeveel aanbieders er in een bepaald gebied voor bepaalde zorg aanwezig kunnen zijn. De beroepsgroepen zullen een belangrijke rol moeten spelen bij de totstandkoming van deze normen.

Geef het toetsingsmodel een functie binnen de WBMV en breidt de werksfeer van de WBMV uit naar alle delen van de zorg die onder aanbodsturing moeten blijven.

Het toetsingsmodel kan ingebed worden in de WBMV

Om de spreiding adequaat te kunnen toetsen moet de werksfeer van de WBMV uitgebreid worden tot alle zorg, die onder het regime van aanbodregulering zal blijven. Daarmee kan de

WZV voor deze zorg vervallen. De WBMV biedt ook de mogelijkheden om in te grijpen, indien de spreiding tekortschiet.

Neem voor die delen van de zorg, waar introductie van marktwerking gewenst is, de belangrijkste toetredingsdrempels tot de markt weg. In het kader van dit advies is het vooral aangewezen dat de overheid de WZV opheft.

De WZV is een belangrijke toetredingsdrempel tot de markt en kan opgeheven worden

Om meer keuzemogelijkheden te realiseren moet de overheid de toetredingsdrempels tot de markt wegnemen. De WZV kan ook voor deze delen van de zorg opgeheven worden. De noodzaak van een vergunningsvereiste vervalt na het loslaten van de contracteerplicht. Over dat laatste heeft de RVZ al eerder geadviseerd, evenals over winst maken en solvabiliteit. Voor de marktconforme afschrijving van kapitaallasten sluit de RVZ aan bij de nota *Vraag aan bod*.

Laat een aantal taken in het kader van het marktmeesterschap uitvoeren door het CVZ/CTZ. Eventuele besluiten over sectorspecifieke mededingingsregels kan de (toekomstige) zorgkamer van de NMa uitvoeren.

De minister van VWS kan de uitvoering van taken in het kader van het marktmeesterschap uitbesteden

Waar aanbodsturing de beste optie is en blijft, moet de overheid de spreiding van zorg blijven bewaken en waar nodig verbeteren. Uitvoering van die taak kan net als nu bij de overheid en de IGZ liggen.

Het CVZ kan de bewaking van de spreiding uitvoeren voor die delen van de zorg waar introductie van marktwerking gewenst is. Ook hiervoor kunnen de instrumenten binnen de bestaande wetgeving (ZFW) gevonden worden. Het toetsingsmodel moet dan wel ingebed worden in de ZFW, ook de consumentenorganisaties kunnen hierbij een rol spelen.

In die delen van de zorg waar de markt ontwikkeld moet worden moet bovendien mededingingstoezicht worden opgezet. Deze taken liggen bij de (toekomstige) zorgkamer van de NMa, die ressorteert onder het ministerie van Economische zaken. De zorgkamer zal marktinformatie moeten verzamelen, onder andere over het reisgedrag van cliënten. Aanbieders zullen moeten aangeven welke zorg zij leveren en met welke aanbieders zij (verwijs-)afspraken hebben.

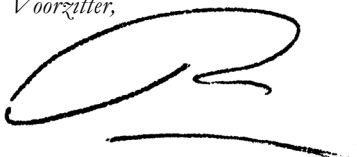
De NMa is ook verantwoordelijk voor een deel van het marktmeesterschap: het concentratietoezicht

Als de markt niet op gang komt, kan de minister van VWS als marktmeester zonnig sectorspecifieke mededingingsregels opstellen. De (toekomstige) zorgkamer van de NMa kan de

Minister daarover adviseren. Ook de uitvoering van het besluit kan vervolgens daar neergelegd worden.

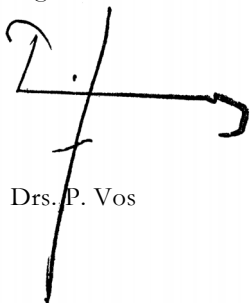
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large, rounded 'S' shape followed by a horizontal line and a small flourish.

Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,

A stylized handwritten signature in black ink, featuring a vertical line with a horizontal crossbar and a small flourish at the end.

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag Marktconcentraties in de zorgsector

Situatieschets

In juli 2001 publiceerde het kabinet zijn standpunt over de vernieuwing van het zorgstelsel Vraag aan bod. Het kabinetsstandpunt bevat onder meer een rolverdeling tussen zorgvrager, zorgaanbieders, verzekeraars en overheid. Het beschrijft ook de beoogde werking van het stelsel. Van doorslaggevend belang daarvoor is de materiële mogelijkheid voor cliënt en verzekeraar om te kiezen voor de zorgverlening respectievelijk verzekeringsmarkt. Dit ligt als het ware besloten in de ‘zes parallelle trajecten voor de omslag van aanbodsturing naar vraaggerichtheid’ die het kabinet beschrijft. “Belangrijk (...) is dat verzekerden en zorgvragers over optimale keuzemogelijkheden beschikken”.

Probleemstelling

Voor de overheid als kadersteller en toezichthouder is het van groot belang te kunnen borgen dat keuzemogelijkheden voor cliënt en verzekeraar ontstaan en bestaan. De huidige situatie in de gezondheidszorg roept vragen op. In het IPO-rapport over marktconcentraties (juni 2000) en in het kabinetsstandpunt hierover (juli 2000) zijn uitspraken gedaan over de huidige situatie en over de trends. Het kabinet stelt zich op het standpunt dat voor de desbetreffende zorgsectoren de bovengrens van de marktconcentraties gaandeweg is bereikt.

In feite gaat het hier over optimale schaalgrootte in relatie tot doelmatigheid. Daarnaast spelen factoren als marktmacht en mogelijkheden voor keuzevrijheid van verzekerden en verzekeraars een rol. Daarover is in de zorgsector weinig bekend. Zijn er zorginhoudelijke criteria? Aanzetten daartoe zijn er wel. Zo noemt het SCP in het rapport Tussen bed en budget een optimale schaalgrootte voor ziekenhuizen van 400 – 500 bedden.

De probleemstelling concentreert zich rond de marktontwikkeling voor de sectoren die gekenmerkt worden door relatieve concentratie van kennis en kapitaal en door complexe vraag – aanbodcombinaties.

Beleidsvragen

- Wat dient men onder optimale keuzemogelijkheden te verstaan?
- Gaat het bij keuzemogelijkheden om diagnostiek en indicatiestelling, om zorgverlening, om zorgverlener, 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 van marktmeester te beschikken?

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

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

Drs. J.C. Blankert

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

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

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Betrokken raadsleden

- Drs. J.C. Blankert
- Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Ambtelijke projectgroep

- Mw. M.G. Wats, arts, projectleider
- Drs. E.G. Brummelman, projectmedewerker
- J.B.J. Drewes, arts
- Mw. mr. M.W. de Lint, projectmedewerker
- Mw. A.J.J. Dees, projectsecretaresse

Samenstelling klankbordgroep

- Drs. J. de Beer, Vereniging GGZ Nederland
- Mw. drs. I. van Bennekom-Stompedissel, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- Dr. J.L.T. Blank, Ecorys-NEI
- Drs. R.A. Brienen, Koninklijke Nederlandse Jaarbeurs
- Drs. S.F.M. Cohen, Consumentenbond
- Dr. G.A. van Essen, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Drs. A.M. Hilbers, Ziekenhuisgroep Twente
- Mw. H. Hillmann, Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
- Drs. W.J. Hofdijk, Torex-Hiscom Leiden
- Drs. E.J. Kloosterhuis, Nederlandse Mededingingsautoriteit
- Mw. drs. J. Klijnsma, Gemeente Den Haag
- Mw. drs. A.M.A. Meijs, St. Anna Zorggroep
- Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort, Achmea Zorgverzekeringen
- Drs. J.M.J. Moors, Ziekenhuis Amstelveen
- Prof. dr. E.J.J. Schenk, Universiteit Utrecht/Utrecht School of Economics
- Drs. M.A.C.J.M. Sniijders, Gemini Ziekenhuis
- Mw. J.W.E.C. Verhoeven, Reuma Patiënten Bond
- M. Verweij, College bouw ziekenhuisvoorzieningen
- A.M. Vosmer, Ziekenhuis De Lievensberg
- Prof. dr. ir. T. de Vries, Universiteit Twente

- Mw. E. van der Wilden, Menzis
- C.J. Witte, GGZ De Rijngest Groep

Geconsulteerden

Zorgaanbieders

- R. Blaisse, internist, Rijnstate ziekenhuis
- J.W. van den Blink, Ziekenhuis Walcheren
- M. Brennetot, Générale de Santé (Frankrijk)
- P.M. Burger, Orde van Medisch Specialisten
- Mevrouw M. Cerovečki, Havenziekenhuis
- J.J.C. Everhard, Verenigd Ziekenvervoer Amsterdam
- Dr. J.F.B.M. Fiolet, Academisch ziekenhuis Maastricht
- R. de Folter, Amphia Ziekenhuis
- Mw. A.G. Hartemink, Thuiszorg Zuidwest Friesland
- H.J. Herberts, arts te Dieren
- P. de Kubber, Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Dr. J.F. Maljers, Alant Medical
- A. Modderkolk, De Open Ankh
- J. Moors, Ziekenhuis Amstelveen
- R. Mouton, De Open Ankh
- Drs. M.P.J.A. Muijser, NRPK (Nederlandse Raad van Privé-klinieken)
- E. Mulder, VU Medisch Centrum
- Mw. M.T.P. Odenthal, oogarts Amsterdam
- B. Osseman, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- R.N. van der Plank, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- H. Rosendal, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
- Dr. N.C. Schaper, Academisch ziekenhuis Maastricht
- Drs. M.A.C.J.M. Sniijders, Gemini Ziekenhuis
- A. Sparreboom, Slingeland Ziekenhuis
- Mw. P. Stellenberg, diabetesverpleegkundige Academisch medisch centrum Amsterdam
- M. Swegmark, Capio (Zweden)
- Dr. R.M. 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 (Hofpoort ziekenhuis)
- Drs. B. Vos, LHV
- H. van Wijk, Rijnstate (Alysis Zorggroep)

Zorgverzekeraars

- M. Berkhout, Amicon Zorgverzekeraars
- M.J.W. Bontje, Zorgverzekeraars Nederland
- Drs. N.R.A.H. Heyne, Ohra en ZN/KPZ regiovertegenwoordiging
- M.J.F. Pijnenburg, CZ Zorgverzekeringen
- Dr. M.J.W. Sprenger, College voor Zorgverzekeringen
- Drs. A.Ph. Waller, Zilveren Kruis Achmea

Consumenten/patiëntenorganisaties

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

Overheid

- Mw. H.E. Akyurek-Kievits, Nederlandse Mededingingsautoriteit
- Drs. P. de Bekker, ministerie van VWS
- K. van de Gendt, Nederlandse Mededingingsautoriteit
- J. Haeck, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Dr. P.F. Hasekamp, ministerie van VWS
- Drs. E.J. Kloosterhuis, Nederlandse Mededingingsautoriteit
- Drs. E.G.M. Knoors, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
- Drs. F.J. Krapels, ministerie van VWS
- M. Verweij, arts, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
- R.W. Vossen, Nederlandse Mededingingsautoriteit

Overigen

- Drs. J.L.T. Blank, Ecorys-NEI
- Mw. drs. D.L. Braal-Verhoog, OPTA
- Mw. D. Delnoij, NIVEL
- Dr. E. Elsinga, ING Bank Marktgroep gezondheidszorg
- P. de Graaf, Hobbema Markt Den Haag
- J. Haakman, Medinova
- Dr. B.A. van der Linden, Universiteit Utrecht
- L. van der Meulen, Prismant
- Drs. M.S. Mulder, OPTA
- Dr. D. Munsterman, SenZor
- H. Sonneschijn, SenZor
- S.P.M. de Waal, Boer & Croon

Bijlage 4

Afbakening

Afbakening ten opzichte van andere RVZ adviezen

In de afgelopen maanden heeft de RVZ twee adviezen uitgebracht over thema's die verwant zijn aan dit advies, namelijk Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Van patiënt tot klant. Een aantal vragen is in deze voorgaande adviezen al beantwoord. Daardoor kan de indruk ontstaan, dat die vragen in het advies Marktconcentraties onbesproken blijven. Om dit te voorkomen schetst de RVZ de wijze, waarop het voorliggende advies zich verhoudt tot de twee eerdere adviezen.

Afbakening ten opzichte van advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg

In het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg beantwoordde de RVZ de vraag van de Minister op de beste invoeringsstrategie voor meer marktwerking in de medisch specialistische zorg. De RVZ gaf daarbij ook aan hoe de publieke belangen gewaarborgd kunnen worden bij de acute zorg, de topreferente en topklinische zorg, de opleidingen en de onderzoeks- en de ontwikkelingsfunctie van de ziekenhuizen. Het advies was een tussentijdse heroriëntatie op de volgende stappen in het ingrijpende en langdurige veranderingsproces van aanbod naar vraagsturing. Alle aspecten van de medisch specialistische zorg en de ziekenhuizen, zoals de kosten van producten, strategisch gedrag van aanbieders en verzekeraars en borging van het publieke belang kwamen daarbij aan bod. Het huidige advies gaat verder in op één van de onderdelen van deze thematiek, namelijk de geografische organisatie van de ziekenhuiszorg. Het advies beschrijft bij welke spreiding en bij welke omvang van de instellingen de beste voorwaarden voor marktwerking en concurrentie ontstaan.

Afbakening ten opzichte van advies Van patiënt tot klant

In het advies Van patiënt tot klant gaf de RVZ aan onder welke voorwaarden instellingen en professionals zich op marktconforme wijze laten leiden door de behoefte van de cliënt en welke prikkels daarbij noodzakelijk zijn. Het advies keek naar knelpunten in de zorg die een belemmering zijn voor de cliënten om een echte klantrelatie te hebben, zoals in andere sectoren. De nadruk lag op de vraag hoe de zorgaanbieder, zowel in de cure- als in de caresector, geprikkeld kan worden om vanuit

het perspectief van de cliënt zorg te verlenen. Dit advies deed ook voorstellen om de positie van de cliënt op de zorgverzekeringsmarkt te versterken. In het huidige advies kijkt de RVZ naar de daadwerkelijke aanwezigheid van keuzemogelijkheden en de wensen van cliënten op het gebied van keuzemogelijkheden. Dit advies gaat na of er in de huidige situatie nog voldoende keuzemogelijkheden zijn voor cliënten en zorgverzekeraars. Vervolgens behandelt het advies de waarde van keuzemogelijkheden (welke prioriteit hebben keuzemogelijkheden) voor de cliënt en de invulling van die wensen (waaruit wil de cliënt kiezen en wat kiest hij/zij dan)? Het advies gaat dus niet in op alle randvoorwaarden en belemmeringen in wet- en regelgeving en in de relationele sfeer, maar kijkt uitsluitend naar de diversiteit van het aanbod en meer specifiek naar de schaal van de zorgaanbieders.

Bijlage 5

Definities

Marktconcentraties

In de titel van dit advies wordt het woord ‘marktconcentraties’ gebruikt. Dit begrip heeft enige toelichting. Er is sprake van concentratie van zorg, als het aantal aanbieders van een bepaalde vorm van zorgverlening en het aantal plaatsen waar een cliënt deze zorg kan ontvangen, afneemt en er is sprake van deconcentratie, indien de cliënt en de zorgverzekeraar uit meer aanbieders en meer locaties kunnen kiezen. Concentratie van ziekenhuiszorg kan op een aantal manieren plaatsvinden.

- *Indien twee of meer aanbieders van ziekenhuiszorg fuseren en samengaan op één (nieuwe) locatie.*
- *Indien twee of meer aanbieders van ziekenhuiszorg fuseren of een samenwerkingsverband aangaan, waarbij een herordening van zorg plaatsvindt. De nieuw gevormde instelling geeft specifieke zorgprofielen aan elk van de locaties binnen die instelling. Bij de fusie van de Reinier de Graaf Groep in Delft is bijvoorbeeld een afsprakenkliniek in Voorburg gecreëerd, een dagbehandelings- en poliklinisch centrum in Naaldwijk en een centrum voor de meer complexe zorg op de hoofdlocatie in Delft. Binnenkort wordt een polikliniek in Ypenburg geopend.*
- *Indien een aanbieder van ziekenhuiszorg een fusie of samenwerkingsverband aangaat met een aanbieder van andere soorten zorg. In eerste instantie lijkt er in deze situatie geen sprake van concentratie. Echter, de twee partners maken in deze gevallen vaak vergaande afspraken over wederzijdse verwijzing. Dit heeft impact op de keuzemogelijkheden voor cliënten. Voorbeelden van deze vorm van concentratie zijn fusies en/of samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen met verpleeghuizen, thuiszorginstellingen of huisartsen. Dergelijke verbanden kunnen ook bestaan tussen algemene of categorale ziekenhuizen en academische ziekenhuizen. Ook in deze gevallen is dus sprake van concentratie van zorg. Deze vorm van concentratie zal in dit advies behandeld worden onder het kopje ‘transmurale samenwerkingsverbanden’.*

Voor dit advies zijn vooral de eerste twee vormen van concentratie van belang. De derde vorm komt aan de orde voor zover deze gevolgen heeft voor de keuzemogelijkheden van cliënten.

Marktresultaat

In de adviesaanvraag staat het begrip ‘marktresultaat’ genoemd. Daaronder wordt hier verstaan ‘doeltreffendheid’. Doeltreffendheid omvat drie aspecten; de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid (beschikbaarheid en bereikbaarheid) en de betaalbaarheid van de zorg. Doelmatigheid komt indirect aan de orde, omdat de doelmatigheid in sterke mate de doeltreffendheid (bijvoorbeeld de betaalbaarheid) kan bepalen.

Marktstructuur

De marktstructuur wordt bepaald door het aantal vragers en aanbieders in een markt en hun relatieve omvang. Voor dit advies zijn daarbij de volgende begrippen van belang: schaal-grootte, concentratie (spreiding) en soorten aanbieders. Bij dit laatste kan men denken aan grote en kleine ziekenhuizen, buitenpoliklinieken, zelfstandige behandelcentra en eventueel ook buitenlandse aanbieders.

Bijlage 6

Patiënten: kiezen of dulden

Inleiding

In deze bijlage wordt een analyse gemaakt van het algemeen maatschappelijk en wettelijk kader, waarbinnen de keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van patiënten in de Nederlandse gezondheidszorg kunnen worden uitgeoefend.

Maatschappelijk en wettelijk kader

Het keuzegedrag en de keuzemogelijkheden van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg zijn van veel factoren afhankelijk. Een aantal daarvan heeft al uitvoerig aandacht gekregen in de eerdere achtergrondstudies. Vier onderwerpen worden niet in deze achtergrondstudies behandeld en zullen hieronder nader worden uitgewerkt. Dit zijn:

1. De maatschappelijke conventies rond ziek zijn.
2. Informele en formele indicatiestelling.
3. Afspraken binnen de gezondheidszorg over protocollering, standaardisering, afstemming, samenwerking, verwijzing en voorschrijven. Daarbij komt ook de transmurale zorg aan de orde.
4. De mondige burger als consument op een gereguleerde en vrije markt.

Maatschappelijke conventies rond ziek zijn

Macroniveau

Ziek zijn is maatschappelijk gezien geen vrijblijvende bezigheid. Aan het opnemen van de rol van zieke zijn een aantal rechten en plichten verbonden. Ziek zijn geeft het recht op adequate medische hulp, zoals vastgelegd in ons sociale zekerheidsstelsel via de ziektekostenverzekeringen. Bij alle discussies over de wijziging van dit stelsel van de afgelopen decennia wordt dit recht niet fundamenteel ter discussie gesteld. Daarnaast levert het ziek zijn ook het recht op om tijdelijk, danwel permanent vrijgesteld te zijn van normale maatschappelijke verplichtingen, zoals arbeid. Dit geldt zowel op het microniveau van de primaire leefomgeving, als op macroniveau. Daarbij is deze ontheffing van de arbeidsverplichting vastgelegd in loondervingwetten, zoals de ZW, AAW, WAO en Wajong. Traditioneel werd aan deze rechten nog een derde recht toegevoegd, namelijk het recht om per definitie niet schuldig geacht te worden aan het ontstaan van de ziekte. Hierover is de laats-

te jaren wel maatschappelijke discussie ontstaan, met name rond de vraag of er toch niet één of andere vorm van persoonlijke aansprakelijkheid in zowel het ziektekostenstelsel, als in het inkomensdervingstelsel zou moeten worden aangebracht. Tot nu toe heeft dit echter niet tot algemeen aanvaardbare voorstellen en maatregelen geleid, waarin de toepassing van een dergelijke aansprakelijkheidsprincipe doorwerking heeft in het al of niet toekennen van voorzieningen of uitkeringen. Wat in ieder geval wel geldt, is dat wanneer men in aanmerking wil komen voor deze rechten, aan een aantal verplichtingen moet voldoen. De belangrijkste is, dat men zich onder deskundige medische behandeling moet stellen. Artikel 28 van de WAO luidt: Het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen weigert de uitkering tijdelijk of blijvend, geheel of gedeeltelijk:

- a. indien de belanghebbende de door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen of de door hen daartoe aangewezen deskundige krachtens artikel 24 in het belang van een behandeling of genezing of tot behoud, herstel of bevordering van de mogelijkheid tot het verrichten van arbeid (...) gegeven voorschriften zonder deugdelijke grond niet opvolgt;
- b. indien de belanghebbende zich niet, zolang als het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen of de door hem daartoe aangewezen deskundige te kennen heeft gegeven dit noodzakelijk te achten, onder geneeskundige behandeling stelt of indien hij de voorschriften van de behandelende arts niet opvolgt;
- c. indien de belanghebbende zich schuldig maakt aan gedragingen, waardoor zijn genezing wordt belemmerd of nalaat voldoende mee te werken om aanpassing aan zijn ziekte of gebrek te verkrijgen.

De Algemene Arbeidsongeschiktheids Wet onder artikel 19 en de Ziektewet onder artikel 45 bevatten soortgelijke bepalingen. Opvallend is, dat deze artikelen niet tot uitgebreide jurisprudentie hebben geleid. Hiervoor zijn twee mogelijke oorzaken. In de praktijk wordt er alleen op aangedrongen en op toegezien, dat men zich onder behandeling stelt, maar niet waar die behandeling uit moet bestaan. Daarbij valt op, dat de beslissing over wat die behandeling moet inhouden aan de behandelend arts wordt overgelaten en de patiënt daarin dus geen keuze heeft. Ten tweede is blijkbaar binnen de ziekerol de verplichting tot behandeling zodanig geïnternaliseerd, dat dit niet tot conflicten leidt. Dit laat onverlet, dat door de werking van de inkomensdervingwetten de gang naar de gezondheidszorg en het opvolgen van de daar verstrekte voorschriften tot een

verplichting wordt, wat de keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van patiënten sterk inkadert.

Een tweede verplichting die uit genoemde artikelen blijkt, is dat men bereid is de periode waarvoor de ontheffingsregeling geldt zo kort mogelijk te laten duren. Dit betekent niet alleen dat men zo mogelijk de oorzaak van de ziekte moet wegnemen en in meer algemene zin ongezond gedrag, maar ook dat men de gang naar de gezondheidszorg en de duur van de behandeling, voor zover men dat zelf in de hand heeft, zo kort mogelijk moet houden. In een tijd van schaarste aan zorg en wachtlijsten is het de vraag of deze regel nog wel effectief gecontroleerd zou kunnen worden. Daarnaast is het aannemelijk, dat deze lange wachttijden ook de uitkeringsduur negatief beïnvloeden.

Het feit, dat in Nederland en veel andere landen de realisering van de rechten op inkomensderving wegens ziekte op deze manier geregeld is, maakt onderdeel uit van de bredere inschakeling van medische expertise bij de regulering van complexe maatschappelijke processen: 'op kritische momenten in de levensloop, bij omstreden maatregelen in het arbeidsproces, in de toewijzing van schaarse voorzieningen en bij de afweging van collectieve risico's, zijn medici in de positie geraakt, dat hun advies gevraagd wordt en dat dit advies vaak doorslaggevend blijkt. In bijna al die gevallen kan medische expertise relevante informatie opleveren, maar zelden zijn alle relevante overwegingen daaruit af te leiden en vrijwel nooit is de redelijke afweging van de geldende belangen op die deskundigheid alleen te baseren.' (De Swaan, 1997, p. 211).

Ondanks deze bezwaren wordt de inschakeling van medische expertise bij arbeidsongeschiktheidsregelingen eigenlijk nooit echt ter discussie gesteld. Bij alle voorstellen tot verandering van de regeling is dat nooit een serieuze optie. Wel wordt gedacht aan uitbreiding van de expertisemacht naar andere beroepsgroepen, zoals fysiotherapeuten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en arbeidsdeskundigen, maar daar wordt meestal van medische zijde (verzekeringsgeneeskunde) succesvol bezwaar tegen gemaakt. Door de instandhouding van deze conventie worden echter belangrijke alternatieven afgesloten. Ook bij de vaststelling van arbeidsongeschiktheid gaat het om een in beginsel omstreden belangenafweging, die wordt afgewikkeld als een kwestie van medische expertise. De vraag in hoeverre iemand inderdaad zijn huidige taken niet meer kan verrichten, weegt het zwaarst. De vraag in hoeverre

die taken dan kunnen worden aangepast en welke andere taken eventueel beschikbaar zijn, blijft veelal onbesproken. Voor zover die arbeidsongeschiktheid niet uitsluitend kan worden bepaald op grond van onderzoeksresultaten, onafhankelijk van de voorkennis en de intenties van de onderzochte, gaat het om een restcategorie van 'vage klachten' en 'psychische problemen'. In feite gaat het dan ook om een conflict tussen een werknemer, die onder die omstandigheden niet wil of niet kan werken, en een bedrijfsleiding, die de omstandigheden niet kan of niet wil veranderen. Onwil en onmacht zijn onontwaarbaar, aan beide zijden, en de medicus brengt een potentieel conflict onder zijn regime met de constatering van arbeidsongeschiktheid. De bredere ontwikkelingen op de arbeidsmarkt blijven daarbij vrijwel geheel buiten beschouwing.' (De Swaan, 1997, p. 212).

Omdat ziek zijn op die manier de enige geldige reden is, waarom men zich aan maatschappelijke verplichtingen kan onttrekken, gaat ervan deze hardnekkige maatschappelijke conventie een bijzondere werking uit. Ook wanneer men niet over een medisch diagnoseerbare aandoening beschikt, zal men voor ontheffing van verplichtingen een medische diagnose moeten zoeken en zich dus tot de gezondheidszorg moeten wenden, ook al valt daar geen oplossing van de problemen te verwachten. Dus naast de wettelijke verplichting tot het zoeken van hulp is er ook een maatschappelijke noodzaak tot het zoeken van een medisch etiket.

Microniveau

Belangrijk is te constateren, dat bovenbeschreven mechanisme ook op microniveau speelt. Ook wanneer men tijdelijk ontslagen wil worden van verplichtingen binnen de primaire leefomgeving, zal men zich aan bovengenoemde verplichtingen moeten houden, zij het vaak in een meer subtiele vorm. De sancties zijn anders dan op het niveau van de algemene maatschappelijke afspraken op macroniveau niet zozeer (ver)korting of zelfs stopzetting van de uitkering, maar een zekere mate van in beschuldigingstelling en isolement. Ingewikkeld is daarbij, dat personen uit de primaire leefomgeving vaak een direct belang hebben bij de continuering van de ziekerol, omdat zij ook afhankelijk zijn van de uitkering. Daardoor ontstaat een ingewikkeld conglomeraat van enerzijds ziek zijn belemmerende en anderzijds ziek zijn bevorderende interacties in de primaire leefomgeving.

Nog in sterkere mate dan de conventies op macroniveau, wordt het ziektegedrag van mensen bepaald door deze interacties. De gesignaleerde tegenstrijdigheden worden nog eens verder op scherp gesteld door de angst bij zowel de zieke, als zijn omgeving, dat er iets ernstigs aan de hand is met mogelijk invaliderende of zelfs levensbedreigende consequenties. Vaak is dit samenspel van tegenstrijdige beweegredenen voor de -potentieel- zieke een nauwelijks te doorgronden en te ontwarren kluwen van motieven om al of niet hulp te zoeken bij de gezondheidszorg. Ook hierdoor worden de keuzevrijheid en de keuzemogelijkheden van patiënten in sterke mate bepaald. Veel huisartsen hebben de ervaring dat hun patiënten zich bij hun gang naar de dokter en hun wensen ten aanzien van verdere diagnostiek en behandeling door deze motieven laten leiden.

Informele en formele indicatiestelling

Is de gang naar de gezondheidszorg eenmaal gemaakt, dan gaan in de spreekkamer ook andere mechanismen gelden bij het keuzeproces. Keuzes worden nu niet meer alleen gemaakt door de patiënt en zijn omgeving zelf, maar ook door de professionals, waarbij hij hulp, uitsluitsel en bevestiging zoekt, en door de instellingen voor gezondheidszorg, waarvoor deze professionals werken. Deze kiezen uit gedeeltelijk weer andere motieven, die enerzijds liggen op het terrein van het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het behoud van de professionele standaard, en anderzijds op principes van efficiency en de rechtvaardige verdeling van schaarse goederen. De professionele motieven komen verder in deze bijlage aan de orde, waar het gaat om kwaliteitsbewakende en –verhogende afspraken binnen de gezondheidszorg in hun relatie tot keuzemogelijkheden. In deze paragraaf gaat het vooraleerst om de keuzes die gemaakt worden door middel van informele en formele indicatiestelling, met name ter rechtvaardige verdeling van schaarse goederen.

Informele indicatiestelling

De Nederlandse gezondheidszorg kent uitdrukkelijk een systeem van indicatiestelling ter bewaking van de toegang tot meer gespecialiseerde voorzieningen in de gezondheidszorg, waarbij in veel gevallen de huisarts als poortwachter optreedt. In het huidige strategisch akkoord wordt de poortwachterfunctie van de huisarts uitdrukkelijk gehandhaafd (strategisch akkoord CDA/VVD/D66, 2003). Binnen het verwijksysteem is deze functie van de huisarts ook uitdrukkelijk vastgelegd. Bij particuliere verzekeraars gelden deze regels soms niet

of minder stringent. In alle gevallen echter zal er tussen huisarts en patiënt een soort van onderhandelingsproces plaatsvinden, met als uitkomst of de patiënt kosteloos het domein van de meer gespecialiseerde gezondheidszorg mag betreden.

Er zijn in toenemende mate mogelijkheden om deze poortwachter en dit onderhandelingsproces te omzeilen (Friele, 1997). Zo kan men zich via spoedeisende en eerste hulpposten rechtstreeks toegang tot de gespecialiseerde zorg proberen te verschaffen. Ook zullen veel huisartsen sommige verwijzingen op wens van de patiënt zonder meer honoreren, zoals met verwijzing naar de oogarts reeds sinds jaar en dag het geval is. Er komen steeds meer ZBC's, waar men zich zonder tussenkomst van de huisarts toe kan wenden, zeker als men bereid is de kosten zelf te betalen. Meer in algemene zin lijkt de huisarts de onderhandeling steeds vaker te verliezen, al of niet onder druk van agressie of onder de dreiging, dat de patiënt dan naar een collega overstapt. In tegenstelling tot de arbeidsongeschiktheidsregelingen ligt in deze situatie de rol van hulpverlener en van indicatiebeoordelaar bij dezelfde persoon, wat de onderhandeling extra ingewikkeld en de onderhandelaar extra kwetsbaar maakt. Volgens sommigen ligt in dit laatste een belangrijke reden voor het verlies aan aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep.

Is er hierbij nog sprake van een min of meer formele indicatiestelling, bijna altijd sprake zal zijn van een meer informele indicatiestelling als uitkomst van het proces van 'loven en bieden' tussen arts en patiënt. Uiteindelijk zal de patiënt willen uitkomen op een diagnose en een behandeltraject, dat zo goed mogelijk aansluit bij zowel de noodzaak van maatschappelijke legitimering van zijn ziek zijn, als bij de wensen en motieven van hemzelf en zijn directe omgeving. Hierdoor zullen zijn keuzes in sterke mate worden bepaald. Dit keuzeprocess beperkt zich niet tot de spreekkamer van de huisarts, maar wordt voortgezet in alle andere spreekkamers, waar hij in zijn gang door de gezondheidszorg binnen zal treden.

Formele indicatiestelling

Formele indicatiestelling heeft vooral ten doel om schaarse goederen zo rechtvaardig mogelijk te verdelen. Daarbij gaat het bij die schaarse goederen overigens niet alleen om schaarse voorzieningen voor gezondheidszorg, maar ook om zaken als – al dan niet aangepaste – woningen, arbeidsplaatsen, aanpassingen aan de woning (WVG) en parkeerplaatsen. Hierbij is een duidelijke parallel te trekken met de arbeidsongeschiktheidsregelingen: ‘net zo functioneert het stelsel van medische indicaties voor schaarse voorzieningen, zoals woningen, verzorgingshuizen, materiële faciliteiten, enzovoort. Ook in deze gevallen wordt een in wezen subjectieve behoefte in schijn geobjectiveerd door haar tot noodzaak te verklaren op grond van een medische argumentatie, die daartoe in de meeste gevallen ontoereikend is en die in alle gevallen het globale distributieprobleem buiten beschouwing laat, alweer met conflictdempende functie (...). Waar die selectie minder omstreden is, geringere consequenties heeft, zoals bij sport- en verkeerskeuringen, zal het medisch advies ook specifiek, zakelijker zijn, omdat het immers geen conflictbeheersende functie hoeft te vervullen’ (De Swaan, 1997, p. 212).

Voor de gezondheidszorg zijn de meest uitgesproken regelingen van formele indicatiestelling ingevoerd voor de sector verpleging en verzorging. Dit is in het kader van de toenemende vergrijzing, de daardoor steeds grotere schaarste aan relatief onbetaalbare voorzieningen voor verpleging en verzorging, waarvoor in het verleden niet voor niets de AWBZ is ingesteld, en de steeds grotere eisen die mensen aan de inrichting van hun woonomgeving stellen, wanneer zij geplaagd worden door ziekte en gebrek, zeer begrijpelijk. Inmiddels is daarvoor sinds een tiental jaren de formele indicatiestelling middels de regionale indicatieorganen (RIO's) van kracht. Het is te verwachten, dat ook in de toekomst, ondanks de toenemende kapitaalkrachtigheid van de oudere bevolking, de vraag naar deels collectief gefinancierde verpleging en verzorging zal blijven toenemen, waarvoor verdeling van schaarste via de weg van formele indicatiestelling noodzakelijk blijft. Daarbij is overigens opvallend, dat niet meer uitsluitend medische criteria bij de beoordeling een rol spelen. Binnen deze formele indicatiestelling zijn ook criteria als aanwezigheid van potentiële mantelzorg in de primaire leefomgeving vaak van doorslaggevende invloed. Frappant is daarbij, dat toepassing van dergelijke, niet medisch objectiveerbare factoren door veel mensen als onrechtvaardig wordt beschouwd.

De vraag is in hoeverre dit en vergelijkbare systemen van formele indicatiestelling ter rechtvaardige verdeling van schaarse collectieve goederen en diensten ruimte zouden kunnen laten voor meer keuzevrijheid en –mogelijkheden. In het verleden is bijvoorbeeld door de RVZ voorgesteld om in ieder geval een éénpersoonskamer in verpleeghuizen tot de keuzemogelijkheden te laten behoren (RVZ 1996).

In een recent rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau wordt voor het aanbrengen van meer vraagsturing in het proces van formele indicatiestelling de volgende suggesties gedaan: ‘een breed scala aan determinanten speelt een rol in de verdeling van de vraag, zij het dat de determinanten per zorgpakket verschillen. De determinanten bieden handvatten voor de sturing van vraag naar verpleging en verzorging. Het verdient aanbeveling daarbij niet alleen te letten op ziektebestrijding en preventie (volgens een biomedisch model), maar ook op leefsituatie en draagkracht, zoals sociaal netwerk, hulp, zorg en andere vormen van ondersteuning (dus meer volgens een sociaal-medisch model). Een tweede aanbeveling is de vraag gedifferentieerd per zorgpakket te sturen, want de determinanten verschillen per pakket. Met andere woorden, richt het beleid niet te zeer op de gemiddelde hulpvrager, maar houdt rekening met verschillen tussen vragers per zorgpakket en zelfs met verschillen binnen een pakket’ (SCP, 2003).

Ook op andere terreinen van formele indicatiestelling, zoals bij de WVG voor aanpassingen voor gehandicapten door de gemeente en bij kostbare medische verrichtingen of bij ingrepen in het buitenland door ziektekostenverzekeraars – eventueel op geleide van CVZ-voorschriften – zal het vaak niet gemakkelijk zijn elementen van vraagsturing in het systeem in te brengen. Per definitie zal formele indicatiestelling de keuzevrijheid altijd in meerdere of mindere mate beperken.

Afspraken in de gezondheidszorg

Een laatste terrein, waarop keuzevrijheid en keuzemogelijkheden mogelijk interfereren met de gang van zaken in de gezondheidszorg, zijn de afspraken die binnen de gezondheidszorg worden gemaakt. Deze afspraken worden gemaakt tussen:

1. beroepsbeoefenaren onderling: richtlijnen, protocollen en standaarden;
2. beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement: instellingsprotocollen;
3. instellingen onderling: transmurale afspraken en samenwerkingprotocollen.

De redenen waarom deze afspraken gemaakt worden, zijn uiteenlopend van aard. Voor een belangrijk deel hebben zij betrekking op het handhaven van de professionele standaard en het bewaken en verhogen van de kwaliteit van zorg. Voor een ander deel hebben zij betrekking op het vergroten van de efficiency binnen de instelling of binnen het totale systeem van zorg. Tenslotte hebben zij als doel om de productie van het systeem te beheersen, te voorkomen dat het systeem een te groot beslag legt op de collectieve middelen in macro-economische zin, de onderlinge concurrentie te vergroten, en tegenwoordig ook om de vraagsturing te versterken. Voor een deel lijken deze doelen strijdig met elkaar en vooralsnog is er geen sturingsconcept ontwikkeld, waarbinnen deze strijdigheden met elkaar worden verzoend.

Richtlijnen, protocollen en standaarden

In de afgelopen jaren zijn op grote schaal door de beroepsgroepen in de gezondheidszorg onderlinge afspraken tot stand gekomen over wat bij bepaalde aandoeningen de beste wijze van diagnostiek en behandeling is. Deze staan bekend als richtlijnen en protocollen. Met name de huisartsen in Nederland zijn hiermee vergevorderd, maar ook de medisch specialisten en veel paramedische beroepen zijn inmiddels op brede schaal tot richtlijnontwikkeling overgegaan. Over het algemeen zouden patiënten baat moeten hebben bij de toepassing van dergelijke richtlijnen, mits niet te stringent toegepast. De kans bestaat echter, dat dergelijke richtlijnen een andere aanpak aanbevelen, dan naar het inzicht van de patiënt wenselijk is. Het is in ieder geval van groot belang om patiëntenorganisaties bij de ontwikkeling van richtlijnen nauw te betrekken. Ook is het van groot belang om de informatie over dergelijke richtlijnen gemakkelijk toegankelijk te maken voor het algemene publiek. Dergelijke richtlijnen zullen dan onderdeel uitmaken van het onderhandelingsproces in de spreekkamer. Mocht over de toepassing van een dergelijke richtlijn onenigheid blijven bestaan tussen professional en patiënt, dan is het niet vanzelfsprekend dat de professional de wensen van de patiënt toch volgt. Daar ligt dus een duidelijke beperking van de keuzevrijheid van de patiënt.

Instellingsprotocollen

Iets soortgelijks geldt ook voor afspraken die instellingen voor gezondheidszorg binnenshuis maken. Ook daarbij is vaak de verhoging van de kwaliteit van zorg uitgangspunt, maar dergelijke afspraken kunnen ook andere redenen hebben. Het meest sprekende voorbeeld daarvan zijn recente initiatieven om de

klantgerichtheid van de instelling te vergroten, zoals de poliklinieken voor specifieke aandoeningen, zoals verdenking op borstkanker, algehele diabetescontrole, etc. Over het algemeen zullen dergelijke kwaliteitsverhogende en meer klantgerichte afspraken bij het publiek op waardering kunnen rekenen, zodat daaruit geen problemen met de keuzevrijheid zullen voortvloeien. Dat ligt anders voor afspraken die de efficiency moeten verhogen, of de doorstroming moeten bevorderen, zoals een strikt ontslagbeleid voor uitbehandelde patiënten.

Transmurale samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen met andere zorgverleners

Zoals in de definities van concentraties in de zorg al werd aangegeven, zijn er op veel plaatsen in Nederland uitgebreide samenwerkingsverbanden ontstaan tussen ziekenhuizen en andere zorgverleners. Hierbij kan men onder andere denken aan verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties, huisartsen. Ziekenhuizen zijn deze samenwerkingverbanden aangegaan om een betere afstemming te garanderen tussen de ziekenhuiszorg en de zorg voor de cliënt in de thuissituatie of het verpleeghuis en vice versa. Deze betere afstemming betreft aan de ene kant zorginhoudelijk afstemming. Hierbij kan men denken aan gezamenlijke protocollen en multidisciplinaire gestructureerde zorgverlening. Anderzijds kennen deze afspraken organisatorische aspecten (Spreeuwenberg en Elfrahmi, 1998). Bij deze organisatorische aspecten gaat het onder andere om het verbeteren van de doorstroming van patiënten van het ziekenhuis naar bijvoorbeeld het verpleeghuis of de thuissituatie. Het is van belang om de omvang en inhoud van deze afspraken nader te analyseren, omdat zij vaak grote impact hebben op de keuzemogelijkheden van cliënten. Eén van de consequenties van dergelijke afspraken kan zijn, dat een cliënt na een heupoperatie niet kan revalideren in het verpleeghuis van zijn keuze.

De omvang en aard van deze afspraken is moeilijk precies vast te stellen. Uit de literatuurlijst blijkt, dat er veel verschillende definities zijn van de hierboven beschreven afspraken. Het NIVEL, de Stichting SenZor en de NVZ hanteren ieder andere definities. Door de grote verschillen in de omschrijving is het ook moeilijk om de landelijke gegevens, voor zover die aanwezig zijn, te interpreteren. Toch kunnen op basis van de literatuur de volgende conclusies getrokken worden:

- Waarschijnlijk zijn de afspraken talrijk (NIVEL, 2002). 85% van de ziekenhuizen werkt aan organisatie overstijgende zorgprocessen, vooral met verpleeghuizen (78%) en met huisartsen (77%). 59% van de ziekenhuizen doet aan

gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking of ketenzorg, meestal via gezamenlijke protocollen voor de overdracht van een cliënt.

- De afspraken hebben vooral de vorm van samenwerkingsovereenkomsten in de zin van intentieverklaringen. Fusies zijn zeldzaam. Van de 108 bij de Stichting SenZor bekende formele afspraken zijn er slechts drie in de vorm van een fusie. Zeventig van deze afspraken zijn in de vorm van een intentieverklaring ingebed.
- De doelgroepen zijn vooral cliënten met chronische aandoeningen als hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, longziekten en kanker.

De vraag is in hoeverre deze afspraken en protocollen de keuzevrijheid en de keuzemogelijkheden van cliënten verminderen. Het is noodzakelijk dat mensen al vooraf op de hoogte worden gesteld van dergelijke afspraken, want als het zorgproces eenmaal is gestart, zal er vaak geen weg terug meer zijn of zal het in ieder geval zeer moeilijk zijn om nog andere keuzemogelijkheden te introduceren. Instellingen met transmurale afspraken zullen hierover dus vóóraf zeer duidelijk moeten zijn.

De mondige burger op gereguleerde en vrije markten

De hedendaagse burger

‘Nederland is welvarender geworden en het opleidingspeil is indrukwekkend gestegen. Mensen zijn steeds vaker uit op zelfbeschikking en hebben veel private koopkracht, maar mogen dat niet uitgeven aan dingen, die zij heel belangrijk vinden, zoals het onderwijs van hun kinderen of dringende medische hulp. De Nederlandse burger is de afgelopen jaren steeds meer consument geworden: op de markt kunnen velen kopen wat zij willen, maar bij essentiële voorzieningen als zorg en onderwijs stuiten zij op grote beperkingen. Bijbetalen om eerder geholpen te worden (privé-klinieken) of om te zorgen dat de school genoeg en goede leraren krijgt: dat mag niet’ (Christen Democratische Verkenningen, 2002, no. 7/8/9, p. 4).

De signalering, dat de ‘burger’, waarmee tegenwoordig een substantieel, maar niet nader omschreven deel van de Nederlandse bevolking wordt aangeduid, steeds mondiger wordt, leidt tot fricties met een groot deel van de collectieve arrangementen, waaronder de gezondheidszorg. Toch is dit verschijnsel van het ontstaan van de mondige burger en de consequenties daarvan voor deze arrangementen beleidsmatig nog maar beperkt geanalyseerd. In een recente analyse van Van den

Brink wordt onderscheid gemaakt in een drietal fricties tussen de politiek en deze nieuwe burger.

Ten eerste krijgen bestuurders en politici te maken met steeds meer actoren en aanspraken, waarin steeds meer tegengestelde belangen zijn vertegenwoordigd. Het proces van beleidsvorming wordt complexer en leidt niet altijd meer tot overeenstemming.

Ten tweede moet de overheid, omdat zij niet langer het kennismonopolie heeft, meer nadrukkelijk verantwoording afleggen. De expansie van oude en nieuwe massamedia brengt met zich mee, dat politici vaker dan voorheen opening van zaken geven. Daardoor is de houding van gewone burgers ten opzichte van gezag en overheid veranderd. Een bestuurder verwerft alleen gezag, wanneer hij of zij in staat is om goed naar burgers te luisteren.

Tenslotte staan de beleidsmakers voor de permanente opgave om nieuwe aanspraken in overeenstemming te brengen met reeds gevestigde. Dat alles maakt besturen een stuk moeilijker dan 25 jaar terug. Maar naast deze problemen ontstaan er ook nieuwe mogelijkheden. Het maatschappelijk engagement onder burgers is de afgelopen decennia sterker geworden. Het zou kunnen betekenen dat burgers vaker een actieve en meer directe rol krijgen in de beleidsvorming (Van den Brink, 2002).

De nieuwe burger als consument

Dit nieuwe burgerschap brengt ook veranderingen met zich mee in de wijze waarop hij zich wil en kan indekken tegen de risico's des levens, zoals werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en ziekte. Binnen de arrangementen van de verzorgingsstaat waren en zijn veel van deze risico's afgedekt via de sociale zekerheid, maar als burgers meer mogelijkheden krijgen gaat het steeds meer als een keurslijf aanvoelen. In een onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau is gekeken naar de preferenties van de 'burger' op dit moment in de zin van hoeveel keuzevrijheid zij ten aanzien van sociale zekerheid zouden willen hebben. Door de wijze van vraagstelling zijn zij daarbij 'gedwongen' als meebepalende mondig burger niet alleen rekening te houden met hun eigen voorkeuren en belangen, maar ook met die van de collectiviteit. Ten aanzien van zeven scenario's mochten de respondenten hun voorkeuren kenbaar maken, rekening houdend met dertien motieven. Vier van deze motieven waren van persoonlijke aard. De andere motieven hadden betrekking op onder andere het solidariteitsbeginsel,

de effecten op de economie, de gewenste mate van overheidsinvloed, en het risico van onderverzekering. Uitkomst van het onderzoek was, dat er maar in beperkte mate sprake is van een persoonlijke behoefte aan meer keuzemogelijkheden op het vlak van de sociale zekerheid, waarbij het voorgenomen gebruik van de diverse keuzemogelijkheden sterk blijkt te variëren (SCP, 2002).

Dergelijke uitkomsten zijn enigszins in tegenspraak met de huidige overheidsvoornemens om meer marktwerking aan te brengen. De verwachting van de overheid is daarbij vooral, dat daarmee het aanbod van publieke dienstverlening verbeterd kan worden. Deze zou op veel terreinen geen gelijke tred houden met maatschappelijke ontwikkelingen en wensen van mensen.

‘De uitdaging is, mogelijkheden te vinden voor verbetering van de publieke dienstverlening, waarbij het uitgangspunt is dat er gehandeld wordt op basis van de werkelijke behoefte van de burger. De oorzaak van veel problemen lijkt te liggen in een aanbod van te veel standaardisatie, te veel regulering, te weinig diversiteit en te weinig keuze. Aanbodsturing lijkt vast te lopen op veel terreinen. Het is dus noodzaak om meer maatwerk in de publieke dienstverlening te bereiken, waarbij de burger als cliënt, patiënt of bijvoorbeeld student centraal staat’ (Ministerie EZ, 2003).

Volgens de studie kunnen vijf effecten van vraagsturing empirisch worden onderbouwd:

1. Vragers krijgen daadwerkelijk meer keuzevrijheid. Hun tevredenheid neemt in veel gevallen toe.
2. De dynamiek in een sector neemt toe. Vragers zijn actiever in het articuleren van hun behoeften, aanbieders zien zich genoodzaakt nieuwe of vernieuwde producten te leveren en nieuwe partijen verschijnen op de markt.
3. De angst, dat invoering van vraagsturing een grote aanzui-gende werking tot gevolg heeft, wordt niet bevestigd. Vraagsturing lokt wel in beperkte mate latente vraag uit, maar door juiste indicatiestelling of een eigen bijdrage kan dit worden beheerst.
4. Oneigenlijk gebruik of fraude doet zich bij vraagsturing slechts in beperkte mate voor, ondanks de grotere verantwoordelijkheid die bij individuen zelf wordt neergelegd.
5. Een duidelijk zichtbaar effect is, dat vraagsturing leidt tot hoge(re) uitvoeringskosten. Enerzijds kunnen die aange-

merkt worden als transitiekosten, anderzijds brengt maatwerk vaak extra kosten met zich mee voor de overheid. Opgemerkt moet worden, dat het onderzoek zich voor de gezondheidszorg beperkt tot de WVG en het PGB, zodat het de vraag is of deze bevindingen in deze vorm geldig zijn voor andere sectoren van de gezondheidszorg.

De mondige burger als consument in de gezondheidszorg

Om na te gaan wat patiënten willen ten aanzien van de gezondheidszorg en welke keuzes zij daarbij willen maken, kan men verschillende wegen bewandelen. Uiteraard is de meest voor de hand liggende methode mensen te bevragen over hun opvattingen en wensen, maar ook kan men mensen wetenschappelijk observeren in hun gedrag dienaangaande. In de afgelopen jaren is er betrekkelijk veel onderzoek verricht naar de beoordeling door consumenten en patiënten van de geboden zorg, naar hun wensen op dit gebied en naar het feitelijk consumentengedrag. Ten behoeve van dit advies heeft de RVZ door het NIPO een onderzoek laten uitvoeren, dat onder de titel 'Kiezen in de gezondheidszorg' als aparte achtergrondstudie bij dit advies zal verschijnen. Ook in de achtergrondstudies bij het recent verschenen advies 'Van patiënt tot klant' is veel aandacht besteed aan dergelijke studies. Veel van het onderzoek op dit terrein is de laatste jaren verricht door de Consumentenbond en het NIVEL.

Dit onderzoek vindt voor een deel plaats op intermitterende basis, waarbij het zogenaamde Patiëntenpanel Chronisch Zieken regelmatig ondervraagd wordt op een aantal actuele aspecten van wat er speelt in de gezondheidszorg en het gezondheidszorgbeleid. Daarnaast worden voor meer specifiekgericht onderzoek, enquêtes uitgevoerd bij steekproeven uit de algemene bevolking door het bureau Intromart.

Uit deze onderzoeken komt wat betreft keuzemogelijkheden voor ziekenhuizen naar voren, dat mensen bij de keuze voor een ziekenhuis met name behoefte hebben aan informatie over de volgende aspecten:

- deskundigheid van het verplegend personeel;
- eventuele wachtlijsten;
- deskundigheid van de specialisten;
- specialisatie/ervaringen van het ziekenhuis.

Dit zijn echter aspecten, waar een aanzienlijke groep op voorhand geen informatie over heeft. Informatie over de bereikbaarheid en de grootte van het ziekenhuis is vaak wel voorhanden, maar de meeste mensen vinden dit minder belangrijk.

Deze en andere praktische informatie verkrijgt men bij voorkeur via een boekje van het ziekenhuis of via de huisarts. Voor informatie over de kwaliteit van de (medische) verzorging wordt meestal op de huisarts teruggegrepen voor informatie. Voor specifieke informatie over de deskundigheid en de specialisatie/ervaringen van het ziekenhuis zou men daarnaast graag over een onafhankelijk orgaan of een andere medicus als informatiebron beschikken (Consumentenbond 2002).

Onderzoek naar de beoordeling en waardering van ziekenhuizen is wel uitgevoerd, maar heeft tot nu geen beslissende gegevens opgeleverd over hoe mensen ten aanzien van ziekenhuiszorg kiezen en welke keuzevrijheid en keuzemogelijkheden voor de toekomst worden gewenst. Dat mensen willen kiezen in dit opzicht is recent wel onderzocht.

91,7% van de bevolking vindt dat zij zelf een keuze moeten kunnen maken bij verwijzing naar de specialist, maar slechts 36,3% is van mening dat dit nu al kan. 76,1% denkt dat dit in de toekomst mogelijk zal zijn. Voor artsen liggen deze percentages op respectievelijk 79,5%, 52,4% en 73,3%. 86,2% vindt dat patiënten precies zouden moeten weten hoe goed de kwaliteit van een medisch specialist is om een goede keuze te kunnen maken, maar slechts 11,0% vindt dat dit nu al kan en maar 35% voorziet dat voor de toekomst. Voor artsen liggen hier de percentages op 49,2%, 2,5%(!) en 30,9%. Voor de kwaliteit van het ziekenhuis in zijn geheel worden vergelijkbare, zij het iets hogere percentages gevonden.

Op de vraag of patiënten rechtstreeks naar de specialist zouden moeten kunnen zonder verwijzing door de huisarts, antwoordt 33,2% van het publiek bevestigend, maar slechts 2,1% denkt dat dit nu al kan en slechts 17% dat dit in de toekomst mogelijk wordt. Voor artsen liggen de percentages op 10,5%, 7,4% en 28,8%. Er is dus nog steeds brede steun voor de poortwachterfunctie van de huisarts. Daartegenover staat, dat 63,7% van de mensen dat de eerste hulpafdeling mensen direct moet helpen, ongeacht de aard van hun klachten. Van de artsen is maar 8,9% het daarmee eens.

Op de vraag of de patiënt altijd meebeslist over zijn zorg bestaat hoge en grote overeenstemming (82 versus 86%), maar het publiek vindt dat dit maar in 40,8% ook nu al gebeurt, terwijl van de artsen 72,5% de situatie nu al als gunstig beoordeelt (Delnoij, 2003).

Bijlage 7

Juridische achtergronden bij het advies marktconcentraties

In deze bijlage geeft de RVZ nadere toelichting op een aantal juridische aspecten van het advies Marktconcentraties. Het gaat daarbij om drie thema's:

- De keuze van de RVZ om het toetsingsmodel voor de spreiding van de ziekenhuiszorg in te bedden in de WBMV voor wat betreft die delen van de zorg waar aanbodregulering het beste sturingsprincipe blijft. Daarbij wordt ook kort besproken waarom de RVZ niet kiest voor de WEZ.
- Een onderbouwing van het advies van de RVZ om de WZV op te heffen voor die delen van de ziekenhuiszorg waarvoor marktwerking het beste sturingsprincipe is.
- Een overzicht van alle juridische aspecten van (het toezicht op) mededinging.

1. Onderbouwing inbedding toetsingsmodel in de WBMV

De RVZ geeft hieronder eerst een onderbouwing van de keuze voor integratie van het toetsingsmodel binnen de WBMV voor die delen van de zorg, waarvoor aanbodregulering gewenst blijft.

Huidige situatie

De overheid heeft de nodige instrumenten ter beschikking om de marktstructuur te bepalen; de zogenoemde structuurwetten. Daarvan zijn vooral de planningswetten Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en Wet bijzondere medische verrichtingen van belang (WBMV). In het huidige systeem van wet- en regelgeving vallen veel vormen van zorgverlening/verrichtingen, waarvoor aanbodregulering de meest aangewezen sturingsvorm is (en voorlopig zal blijven) onder de WBMV.

De WBMV biedt een wettelijk instrumentarium met behulp waarvan de overheid ontwikkelingen op het terrein van de medische zorgverlening (en ontwikkelingsgeneeskunde) kan stimuleren, afremmen, verbieden of concentreren. Daarbij kan

zowel voor een zwaar als voor een licht regime van regulering worden gekozen.

Het zware regime is neergelegd in artikel 2 van de WBMV. Ingevolge het eerste lid van dit artikel is het verboden zonder vergunning medische verrichtingen van een bij de regeling aangegeven aard uit te voeren dan wel apparatuur van een bij de regeling aangegeven aard ten behoeve van het uitvoeren van medische verrichtingen aan te schaffen of te gebruiken. Het verbod dient om 'gewichtige belangen' veilig te stellen, zoals de doelmatigheid, kwaliteit en kosten van de zorgverlening of maatschappelijke en/of ethische aspecten.

Op grond van artikel 5 stelt de Minister planningsregelingen op, waarin de omvang van de behoefte aan verrichtingen en apparatuur als bedoeld in artikel 2 eerste lid onder a en b, alsmede de wijze waarop in die behoefte kan worden voorzien, worden bepaald. Een vergunning kan worden geweigerd indien het verlenen daarvan in strijd zou zijn met de planningsregelingen (artikel 6 eerste lid). Voorbeelden van verrichtingen waarvoor een vergunning vereist is zijn transplantatiegeneeskunde en hartchirurgie.

Met dit instrument is het aanbod strikt te beheersen: de Minister bepaalt in feite wie respectievelijk waar, in welke omvang en onder welke voorwaarden bepaalde aangewezen medische verrichtingen mogen uitvoeren c.q. aanbieden. De vergunning biedt in principe de basis voor vergoeding in het kader van de WTG. Overtreding van de verboden is een economisch delict (artikel 1, onder 4 Wet op de economische delicten). Het Staatstoezicht op de volksgezondheid is belast met het toezicht op de naleving.

Het lichtere regime is neergelegd in artikel 8 van de WBMV. Op grond van dit artikel kan de Minister zijn beleidsvisie bekend maken ten aanzien van 'bijzondere aspecten' van bepaalde medische verrichtingen die deze verrichtingen onderscheiden van andere medische verrichtingen. Een instelling (c.q. zorgaanbieder) kan de Minister verzoeken haar aan te wijzen voor de uitvoering van de bijzondere aspecten van deze verrichtingen. De Minister kan zodanig aanwijzing weigeren als het geven daarvan in strijd zou zijn met zijn beleidsvisie. Alleen instellingen die daartoe door de Minister zijn aangewezen krijgen de meerkosten van de betrokken verrichting in hun budget vergoed op basis van een richtlijn van het CTG dan wel via een subsidie. Het is andere instellingen derhalve niet

verboden om deze verrichting(en) uit te voeren; zij komen echter niet in aanmerking voor die extra vergoeding als zij niet zijn aangewezen.

Een voorbeeld van een verrichting die onder het begunstingsregime is gebracht, is de behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen. Hoewel deze verrichting op zich geen bijzondere verrichting als hierboven bedoeld is, zijn er toch 'bijzondere aspecten' aan verbonden, die een zekere mate van beheersing wenselijk maken. Kennis over deze aandoeningen is aanwezig, maar verspreid over vele instellingen en specialisten. Bundeling van deze kennis kan ertoe leiden dat de zorg op een hoger plan wordt getild. Vaak ontbreekt de mogelijkheid om dit binnen de huidige organisatie van de zorg en het bestaande financiële kader van de grond te krijgen. Deze beleidswens kan door financiële stimulering worden verwezenlijkt: alleen instellingen die daartoe door de Minister zijn aangewezen krijgen de meerkosten van de betrokken verrichting in verband met die bijzondere aspecten in hun budget vergoed op basis van een richtlijn van het CTG dan wel via een subsidie. Aan bijvoorbeeld de vier landelijke kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen wordt jaarlijks door de Minister een subsidie verleend.

Bij de mondelinge behandeling van de WBMV gaf de toenmalige minister van VWS aan te voorzien dat het WBMV-instrumentarium vooral zal worden ingezet bij nieuwe ontwikkelingen in de zorg. Maar de inzet van dit instrumentarium hoeft daartoe niet beperkt te blijven, zo blijkt onder andere uit het voorbeeld van de behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen. Het instrumentarium kan dus ook ingezet worden om een al langer bestaande medische verrichting te kunnen concentreren om 'gewichtige' redenen, zoals de doelmatigheid of de kwaliteit van de zorgverlening.

De keuze voor het zware regime (verbodssysteem) ligt met name voor de hand bij de introductie en groei van nieuwe medische technologie. Naar gelang verrichtingen meer ingeburgerd of van bewezen waarde zijn kunnen meer verantwoordelijkheden aan de veldpartijen worden overgedragen en lijkt het lichte regime (begunstigingssysteem) aangewezen. Afhankelijk van de keuze voor het onderbrengen van verrichtingen waarvoor aanbodregulering (vooralsnog) gewenst is onder het verbodsregime dan wel het begunstigingsstelsel kan het spreidingsmodel worden opgenomen in de planningsrege-

lingen ex artikel 5 van de WBMV dan wel in de beleidsvisie ex artikel 8 van de WBMV.

De nieuwe situatie

De WBMV beslaat in de huidige situatie niet alle zorg die onder het regime van aanbodreguleren moet blijven. Het zal dus noodzakelijk zijn de werkingssfeer van deze wet uit te breiden. Hoewel het onder de werkingssfeer van de WBMV brengen van bepaalde verrichtingen op het eerste gezicht een verdergaande regulering dan thans het geval is kan inhouden (vooral wanneer gekozen wordt voor het verbodsregime van artikel 2), blijkt dit bij nader inzien en vanuit een breder perspectief een misleidend beeld te geven. Veel van de medische verrichtingen waarvoor aanbodsturing vooralsnog gewenst blijft, valt reeds onder de werkingssfeer van de WBMV, zodat de uitbreiding van de werkingssfeer beperkt zal zijn. Maar wat nog belangrijker is, is dat hiermee de mogelijkheid ontstaat om de WZV voor de curatieve zorg buiten werking te stellen (zie hierover verder paragraaf 2 van deze bijlage).

In vergelijking met de WZV biedt het onderbrengen bij de WBMV van die verrichtingen waarvoor aanbodsturing aangegeven is een aantal voordelen: de WBMV spitst zich toe op afzonderlijke verrichtingen en legt accenten daar waar beleidsintensivering gewenst is, terwijl de WZV als aangrijpingspunt de ziekenhuisvoorziening (instelling) heeft. Dit sluit aan bij de conclusie die eerder in dit advies is getrokken, namelijk dat het aangrijpingspunt verlegd moet worden van schaalgrootte van instellingen naar de spreiding van zorg. Verder is de WZV met name gericht op planning van infrastructuur en regulering van bouw, terwijl voor het kunnen uitvoeren van een bijzondere verrichting lang niet altijd bouw is vereist. Voor zover voor de uitvoering van bijzondere verrichtingen bouw noodzakelijk is, kunnen bij de vergunningverlening dan wel in de beleidsvisie daaromtrent voorschriften worden gesteld.

Een tweede voordeel is dat er in de toekomst een regelmatige stroom van vormen van zorgverlening zal zijn die overgaat van een regime van aanbodsturing naar de markt. De gradatie in het WBMV-instrumentarium biedt de mogelijkheid om de transitie van aanbodsturing naar marktwerking te faciliteren. Zo dient op grond van het tweede lid van artikel 2 van de WBMV tenminste eens in de vier jaren te worden geëvalueerd of een verbod om zonder vergunning de aangewezen verrichtingen uit te voeren nog in stand moet blijven. Wanneer het verbodsregime van artikel 2 niet meer noodzakelijk is, maar

tijdelijke ondersteuning nog wel gewenst is, kan een verrichting onder het (financiële) begunstigingssysteem van artikel 8 worden gebracht. Is ondersteuning niet langer aangewezen dan kan de verrichting worden overgelaten aan de markt. Ter illustratie kan gewezen worden op de verrichting dialyse, welke aanvankelijk onder het verbodsregime viel, later onder het begunstigingsysteem en onlangs is vrijgegeven.

Waarom niet de WEZ

In het conceptvoorstel van WEZ worden als belangrijkste motieven voor het vereiste van exploitatietoestemming genoemd:

1. Het creëren van de mogelijkheid om eisen te stellen aan de bestuursstructuur en transparantie van (private) aanbidders.
2. Het kunnen sturen van het aanbod (met name door concentratie te ontmoedigen en niet zozeer door lacunes in het aanbod op te vullen), vooral van bepaalde voorzieningen (opvallend is dat daartoe regelmatig wordt gewezen op de acute zorg).

Hierbij plaatst de RVZ echter twee kanttekeningen.

Ten eerste heeft de wens om het aanbod te kunnen sturen vooral betrekking op bepaalde voorzieningen (c.q. zorgproducten of –functies). Het is evident dat voor een aantal zorgfuncties aanbodsturing (voorlopig) het meest aangewezen sturingsprincipe blijft. Met dit wetsvoorstel blijft echter het totaal van de curatieve zorg onder een regime van aanbodsturing (dus ook die functies c.q. zorgproducten die in beginsel in een marktgeïntendeerde omgeving kunnen gedijen moeten ‘lijden’ onder een nodeloos zwaar regime!) Het voorliggend advies beoogt nu juist daarin een aanzienlijke nuancering aan te brengen, door niet de instelling maar de functies (c.q. producten) als uitgangspunt te nemen; dat is zelfs de essentie van het advies.

Ten tweede wordt in de WEZ weliswaar blijk gegeven van de wens om een omslag te realiseren van aanbodsturing naar vraagsturing (de WEZ wordt bij uitstek geschikt geacht om deze transitie te realiseren), maar er wordt zonder meer voorbij gegaan aan een aantal consequenties die met deze omslag gepaard gaan. In het bijzonder wordt er in deze nota (impliciet) vanuit gegaan dat de contracteerplicht blijft bestaan. In dat geval is het begrijpelijk dat er een behoefte is c.q. blijft bestaan om het aanbod te kunnen sturen en ‘slechts’ geleidelijk de teugels te vieren; een inadequaar aanbod (teveel of te weinig)

komt dan immers voor rekening van de gemeenschap. Inmiddels zijn de piketpalen van het overheidsbeleid inzake meer marktwerking in de zorg echter nadrukkelijker geslagen: er is een voornemen de contracteerplicht van zorgverzekeraars jegens instellingen af te schaffen. Dat is overigens (en zeker niet in de laatste plaats) conform het standpunt van de RVZ. De nota gaat aan deze ontwikkeling voorbij. Wanneer de contracteerplicht daadwerkelijk wordt afgeschaft verschuift het risico van inadequaat aanbod naar de aanbieders; daarmee ontvalt de noodzaak te sturen op het aanbod (met uitzondering van enkele verrichtingen/zorgfuncties).

De RVZ kiest niet voor de geleidelijke weg voor de introductie van marktwerking die met de WEZ gevolgd wordt, maar zet een duidelijkere lijn in waarbij direct meer vrijheden gecreëerd worden. Hiervoor verwijst de RVZ naar het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg.

Conclusie

Samenvattend kan gesteld worden dat de WBMV goed aansluit bij de doelstellingen die met het toetsingsmodel gerealiseerd kunnen worden, namelijk een zo goed mogelijke spreiding van de zorg. Het toetsingsmodel kan in deze planningsregelingen worden opgenomen en zo als toetsingskader fungeren voor vergunningverlening.

2. Opmerkingen bij de afschaffing van de WZV voor de ziekenhuiszorg

Bij de totstandkoming van dit advies heeft de RVZ overwogen om de (WZV-)vergunningsvereiste te handhaven en niet te laten vervallen. Een vergunningsvereiste biedt namelijk de mogelijkheid eisen te stellen aan de transparantie van de exploiterende rechtspersoon, zoals eisen met betrekking tot de bestuursstructuur en de ordelijkheid/controleerbaarheid van de bedrijfsvoering.

Deze gedachte is ook terug te vinden in de toelichting op het conceptvoorstel van Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ). Volgens deze toelichting neemt het belang van het kunnen stellen van dit type eisen toe naar de mate, waarin zorgaanbieders vaker worden gefinancierd uit deels private en deels collectieve middelen en als gevolg daarvan in zowel organisatorische als financiële zin een meer hybride structuur aannemen. (Overigens wordt de exploitatietoestemming in dit wetsvoor-

stel daarnaast gezien als instrument voor het afstemmen van het zorgaanbod op de behoefte in de transitie van aanbodnaar vraagsturing).

Het is echter zeer de vraag of het noodzakelijk is om deze reden een vergunningsvereiste in stand te houden. Daarvoor is een aantal argumenten te geven.

In de eerste plaats zullen veel zorgaanbieders, wanneer winst-oogmerk wordt toegestaan, voor een andere rechtsvorm kiezen dan de stichting. Een BV of een NV ligt dan meer voor de hand. Dit brengt met zich mee dat de exploitant(en) is (zijn) gebonden aan de wettelijke regels die voor deze rechtspersonen gelden (boek 2 van het BW). Daartoe behoren ook regels ten aanzien van de bestuursstructuur, het toezicht op het bestuur en ten aanzien van de transparantie van de bedrijfsvoering (onder andere Wet op de Jaarrekening). Wanneer gekozen wordt voor de NV zal bovendien de naleving van deze regels (c.q. verplichtingen) op een meer vanzelfsprekende wijze worden afgedwongen door de AVA (Algemene Vergadering van Aandeelhouders); dit lijkt een krachtiger waarborg voor naleving dan bijvoorbeeld handhaving door de Inspectie. De aandeelhouders hebben immers een rechtstreeks belang bij naleving.

Wanneer desondanks een noodzaak blijft bestaan tot het stellen van nadere regels aan de exploiterende rechtspersoon, dan lijkt de Kwaliteitswet zorginstellingen hiervoor de meest aangewezen 'kapstok'. Eventueel te stellen eisen, zoals ten aanzien van transparantie van de bedrijfsvoering, zijn immers rechtstreeks te herleiden tot de kwaliteit van zorg. Daarin is bovendien hun legitimatie gelegen; de overheid is immers verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.

3. Mededinging vanuit juridisch perspectief

De Mededingingswet

Met ingang van 1 januari 1998 is de Mededingingswet van kracht gegaan. Deze is sterk geënt op de Europese mededingingsregels. Tot 1998 was de Wet economische mededinging van kracht. Deze wet bepaalde, dat beperkingen in de mededinging toegestaan waren mits er geen sprake was van misbruik daarvan. Per 1 januari 2003 is artikel 16 van de Mededingingswet vervallen. Zolang de WTG echter van kracht is, heeft deze aanpassing weinig praktische consequenties.

In de Mededingingswet zijn de belangrijkste Europese regels (kartelverbod, verbod op misbruik van machtspositie en een preventief systeem van fusiecontrole) als het ware getransplanteerd in de Nederlandse Mededingingswet. Met de invoering van de Mededingingswet heeft een aantal belangrijke veranderingen in het Nederlands mededingingsrecht plaatsgevonden: de overgang van een misbruik- naar een verbodssysteem, van handhaving door middel van economisch strafrecht naar administratieve sancties, handhaving door een in belangrijke mate onafhankelijke instelling en convergentie met het Europese recht.

De Mededingingswet kent drie onderdelen:

- Verbod op collusie (geen mededingingsbeperkende afspraken, behoudens ontheffing of taak van algemeen economisch belang).
- Verbod op misbruik van economische machtspositie.
- Concentratietoezicht (preventief).

Het concentratietoezicht wordt als volgt ingevuld. Op grond van de Mededingingswet dienen voorgenomen fusies tussen ondernemingen, wanneer zij een bepaalde omzetrempel te boven gaan, te worden aangemeld bij de NMa. De NMa kan de fusie verbieden, wanneer de fusie resulteert in een economische machtspositie van de nieuw gevormde onderneming. Vooralsnog toetst de NMa voorgenomen fusies tussen ziekenhuizen echter niet aan de mededingingsregels, omdat ziekenhuizen tot op heden nauwelijks ruimte hebben zich daadwerkelijk als ondernemers te gedragen (zodra de regelgeving voor ziekenhuizen in dit opzicht meer vrijheden laat, zal dit echter anders liggen). Een fundamenteeler probleem van dit instrument is echter dat er geen passend criterium is om te beoordelen wanneer een (gefuseerd) ziekenhuis een economische machtspositie inneemt. Op grond van de Mededingingswet is aangrijpingspunt hiervoor het begrip 'relevante markt'. Er is sprake van een economische machtspositie wanneer een onderneming zich op 'de relevante markt' onafhankelijk kan gedragen van concurrenten en/of afnemers. Gezien de enorme diversiteit aan ziekenhuisproducten kan de relevante markt voor het ene product groot zijn en voor een ander product klein.

De Mededingingswet (MW) is onder meer van toepassing op *ondernemingen*. Totnogtoe heeft de NMa voorgenomen fusies van ziekenhuizen niet getoetst aan de mededingingsregels, omdat de vigerende regelgeving voor ziekenhuizen hen nage-

noeg geen ruimte laat zich als *ondernemers* te gedragen. Recent heeft de NMa echter aangegeven dat er in beginsel nu wel voldoende vrijheid is voor ziekenhuizen om te concurreren en dat dus de Mededingingswet op de ziekenhuissector van toepassing is (Persbericht, 24 juni 2003 consultatiedocument Concurrentie in de ziekenhuissector).

Daarmee is echter niet gezegd dat concentratiebewegingen effectief kunnen worden bestreden. In het vorige hoofdstuk is aangetoond, dat het bij de vraag naar de optimale spreiding gaat om spreiding van *functies* en niet zozeer van *instellingen*. Bij toetsing van een voorgenomen concentratie vormt de geografische markt een doorslaggevende factor. Het is de vraag of de geografische markt voor een instelling, die een hoeveelheid verschillende functies (c.q. producten) aanbiedt, eenduidig is af te bakenen: de geografische markt kan per product verschillen (regionaal, suprarregionaal of zelfs landelijk). Het is noodzakelijk dat hierover meer informatie beschikbaar komt.

De NMa kan concurrentie met alleen de MW niet ex ante afdwingen. Zolang gevestigde ondernemingen geen misbruik maken van machtsposities en ze de mededinging niet beperken door ongeoorloofde kartels, bestaat voor de mededingingsautoriteit geen mogelijkheid om in te grijpen. Hij kan dus ook niet optreden tegen ondernemingen die reeds een machtspositie bezitten. De NMa kan dus uitsluitend voorkomen, dat concurrentiebeperkend gedrag optreedt. Hij kan met de Mededingingswet de marktstructuur en de voorwaarden voor concurrentie niet verbeteren. Indien blijkt dat de toetreding van nieuwe aanbieders niet adequaat verloopt of niet het gewenste effect hebben, namelijk het op gang komen van marktwerking, zal het misschien nodig zijn om sectorspecifieke mededingingsmaatregelen te nemen om de ontwikkeling van de markt te stimuleren.

Bijlage 8

Lijst van afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
AVA	Algemene Vergadering van Aandeelhouders
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Burgerlijk Wetboek
CBZ	College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen
CVA	Cerebraal Vasculair Accident
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose behandelcombinatie
EZ	Ministerie van Economische Zaken
FD	Financieel dagblad
IC	Intensive care
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPO	Interprovinciaal Overleg
MW	Mededingingswet
NCHS	National Centre for Health Statistics
NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opiniepeiling
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingautoriteit
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OPTA	Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit
PGB	Persoongebonden budget
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEH	Spoed Eisende Hulp
VS	Verenigde Staten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jong- gehandicapten
WAO	Wet arbeidsongeschiktheid
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen

WEZ	Wet exploitatie zorginstellingen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelings- overeenkomst
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regerings- beleid
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WVG	Wet voorzieningen gezondheidszorg
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
ZBO	Zelfstandige Bestuursorgaan
ZW	Ziektewet
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 9

Literatuurlijst

Blank, J., et al. Tussen bureau en bed: een empirisch onderzoek naar de relatie tussen overhead en productie van Nederlandse ziekenhuizen. Rotterdam: Ecorys-NEI, 2002.

Bontje, M.J.W. Beperking keuzevrijheid verzekerden door huisartsen; brief aan de leden van de Vaste Kamercommissie van Volksgezondheid en Sport. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2002.

Boonekamp, L.C.M. en R. Huijsman. Bouwen aan een transmurale zorgconcern: taferelen bij de Gorinchemse fusie tussen ziekenhuis en verpleeghuizen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.

Brink, G. van den. Mondiger of moeilijker?: een studie naar de politieke habitus van hedendaagse burgers. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002. WRR V115.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Stand en loop van de bevolking; maand- en jaarcijfers. Voorburg; Heerlen: CBS, 2003.

Ontketening door vraagsturing? Themanummer Christen Democratische Verkenningen, 7, 2002, no. 9.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. Signaleringsrapport ontwikkelingen bedgebruik ziekenhuizen. Utrecht: CBZ, 2002.

College voor Zorgverzekeringen. Evaluatie Transcompartimentale experimenten. Amstelveen: CVZ, 2003.

Delnoij, D.M.J. Transmurale somatische zorg in Nederland. Gezondheidszorg & Management, 3, 1995, no. 6, p. 21-24.

Delnoij, D.M.J., et al. Botsingen in de spreekkamer. Medisch Contact, 58, 2003, no. 11, p. 419-422.

Friele, R.D. en M. Andela. Consumenten over de huisarts als wachter voor de poorten tot de specialistische zorg. Medisch Contact, 52, 1997, no. 41, p. 1275-1277.

Hoogma, R., T. van Grinsven, M. Wesseling. Sturen naar vernieuwing: het managen van transformatieprocessen in de verstandelijk gehandicaptensector met het oog op zorgvernieuwing, deconcentratie en kleinschaligheid. Nijmegen: Twijnstra Gudde, 1998.

Lee, C. van der. Ziekenhuisfusies, procesgang en resultaten: beschouwing vanuit enkele neo-institutionele en organisatiekundige theorieën. Proefschrift Groningen: RUG, 2000.

Linden, B.A. van der, C. Spreeuwenberg, A.J.P. Schrijvers. Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy*, 55, 2001, no. 2, p. 111-120.

Linden, B.A. van der. The birth of integration: explorative studies on the development and implementation of transmural care in The Netherlands 1994-2000. Proefschrift Utrecht: 44, 2001.

Ministerie van Economische Zaken. Vragenderwijs. Den Haag: ministerie van EZ, 2003.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Orde van Medisch Specialisten; Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Positionering Algemene Ziekenhuizen. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: ministerie van VWS, 2001.

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

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nadere uitwerking Vraag en aanbod. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Transmurale somatische zorg: advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer: NRV, 1995.

Nederlandse Mededingingsautoriteit. Concurrentie in de ziekenhuissector. Den Haag: NMa, 2003. Consultatiedocument 3128/16.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Interprovinciaal overleg. Referentiekader spreiding curatieve zorg. Utrecht; Den Haag: NVZ: IPO, 2003.

Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen. Kengetallen algemene ziekenhuizen 2003. Utrecht: NVZ, 2002.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Huisartsencijfers. Utrecht: NIVEL www.nivel.nl.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden. Utrecht: NIVEL, 1996.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Weinig consumenten ervaren voordelen van fusies van ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2002.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Ziekenhuizen: kwaliteit en doelmatigheid. Utrecht: NIVEL, 2002.

Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Keuzevrijheid en keuzemogelijkheden voor patiënten in het zorgstelsel. Utrecht; Zoetermeer: NPCF: RVZ, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Privacy in de verpleeghuizen. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Transmurale zorg: redesign van het zorgproces. Achtergrondstudie bij het advies Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medisch specialistische zorg in de toekomst. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Nieuwe aanbieders onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg. Achtergrondstudie bij het advies Winst en gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Winst en gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerking in de medisch specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Rosenberg, E. De privé-kliniek die bijna alles mag. NRC Handelsblad, 5 april 2003.

Rosendal, H., et al. De effectiviteit van transmurale zorg: een literatuurstudie naar de stand van zaken in Nederland. TSG, 78, 2000, no. 7, p. 426-431.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationale Atlas Volksgezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: Beddenscapaciteit ziekenhuizen 2000. Kleine en grote ziekenhuizen komen verspreid over het land voor. Bilthoven: RIVM, 2002.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Reistijd naar ziekenhuis met afdeling spoedeisende hulp 2001. In: VTV, Nationale Atlas Volksgezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Bilthoven: RIVM, 2002. www.zorgatlas.nl

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Reistijd naar dagelijkse ziekenhuiszorg kan voor bijna iedereen in 30 minuten Nationale Atlas Volksgezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen: Bilthoven: RIVM, 2002. www.zorgatlas.nl

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Verkenning-Daling en differentiatie aantal ziekenhuizen op termijn. Nationale Atlas Volksgezondheid. Volksgezondheid Toekomstverkenningen. Bilthoven: RIVM, 2002. www.zorgatlas.nl

SenZor. Ketenzorg: het antwoord op vraagsturing? Congresbundel. Huizen: SenZor, 2001.

Sociaal Cultureel Planbureau. Zelfbepaalde zekerheden. Den Haag: SCP, 2002.

Spreeuwenberg, C. en D.M.M. Elfahmi. Transmurale zorg: redesign van het zorgproces. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998.

Swaan, A. de. De mens is de mens een zorg. Amsterdam: Meulenhof, 1997.

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

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vernieuwing van het zorgstelsel: brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 27855-17.

Zorgverzekeraars Nederland. Documentatie zorgvernieuwingen. Romp, H. Stelsel discussie.doc. Persbericht: Zorgverzekeraars willen ruimte voor ondernemerschap. Zeist: ZN, 2001.

Zorgverzekeraars Nederland. Documentatie zorgvernieuwingen. Wiegel, H. Brainstorming ziektekostenverzekeringstelsel. Zeist: ZN, 2001.

Zorgverzekeraars Nederland. Documentatie zorgvernieuwingen. Schoor, P. van der. Laatste woord over basisverzekering nog niet gesproken. Zeist: ZN, 2001.

Zorgverzekeraars Nederland. Documentatie zorgvernieuwingen: nooit meer Stalin. Zeist: ZN, 2002.

Zorgverzekeraars Nederland. Documentatie zorgvernieuwingen: basisverzekering. Zeist: ZN, 2002.

Bijlage 10

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	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuis zorg)	€	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 (resultatenonderzoek 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

99/26	Care en cure	€	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	€	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	€	9,08
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	€	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	€	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	€	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	€	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	€	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	€	11,34
99/17	Patiënt en Internet	€	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	€	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	€	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	€	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	€	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	€	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	€	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	€	11,34
99/10E	Europe and health care	€	13,61
99/09	Ethiek met beleid	€	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	€	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	€	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	€	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	€	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	€	11,34

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

96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	€	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	€	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	€	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	€	9,08
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	€	6,81
96/01	Programmatische jeugdzorg	€	9,08

Bijzondere publicaties

01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	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
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	€	13,61
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	€	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	€	1,59
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	€	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	€	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	€	17,92
	De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij: SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop Postbus 200014, 2500 EA Den Haag Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83		

Signalementen

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

Werkprogramma's

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

Jaarverslagen

02/08	Jaarverslag 2001 RVZ		gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ		gratis

00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ	gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ	gratis

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

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

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2003
ISBN: 90-5732-123-8

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 03/08. De prijs van de publicatie is € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg