

Schaal en zorg

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

Den Haag, 2008

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Kaft: Quantes, Rijswijk
Binnenwerk: WPT, Rijswijk
Uitgave: 2008
ISBN: 978-90-5732-196-2

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 08/08.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Fuseren of niet, dat is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De markt – lees patiënt en zorgverzekeraar – moeten een verkeerde fusiebeslissing kunnen afstraffen. Kortom: geen wet, maar markt.

Welk probleem lost dit advies op?

Dreiging van een 'zorgfusietoets'. Het ontbreken van checks & balances bij fusiebeslissingen. Stagnerende ontwikkeling marktwerking.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Meer countervailing power bij fusiebeslissingen. Versterking cliëntenraad. Mededingingsrecht, kwaliteitstoezicht en marktmeesterschap in dienst van de consument. Kwaliteit boven bereikbaarheid.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Meer ondernemersrisico. Verantwoordelijkheid voor schaalbeslissingen onverkort bij governance-systeem. Geen rolverwarring met overheid. Scherp optreden marktmeester.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverzekeraar?

Krijgt als inkoper meer steun van toezichthouders en marktmeester. Moet met selectieve zorginkoop verkeerde schaalbeslissingen afstraffen.

Wat kost het?

Dit advies kan kostenneutraal worden gerealiseerd.

Wat is nieuw?

Pleidooi tegen fusietoets. Prioriteit bij kwaliteit boven bereikbaarheid. Acute zorg is overheidsverantwoordelijkheid. Deconcentratie als wapen tegen schaalvergroting. Stratificatie toekomstige medische zorg. Tucht van de markt, geen wetgeving.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Waarom dit advies?	15
1.1	Aanleiding	15
1.2	Achtergrond	15
1.3	Feiten: een eerste indruk	16
1.4	Probleemstelling: visie RVZ	17
1.5	Adviesdomein, werkwijze en leeswijzer	19
1.6	Wat wil de RVZ met dit advies bereiken?	19
2	Het verband tussen schaal en zorg	20
2.1	Definiëring relevante begrippen	20
2.2	Het verband tussen schaalgrootte en de publieke belangen; de publieke belangen onderling	21
2.3	De relevantie van segmentering van de zorgsector	22
2.4	Conclusie: groot- en kleinschaligheid(concentratie en deconcentratie) in perspectief	24
3	Schaal en zorg nader bekeken	25
3.1	De acute zorg	25
3.2	Planbare medisch-specialistische zorg	25
3.3	Langdurige zorg (AWBZ)	30
3.4	De eerste lijn	32
3.5	Disease management en ketenzorg	34
3.6	E-health	35
3.7	Conclusies	36
4	Borging van de publieke belangen	38
4.1	Verantwoordelijkheidstoedeling per zorgsegment	38
4.2	Risico's voor de publieke belangen	39
4.3	Fusietoets mogelijk als sturingsmiddel voor schaal?	40
4.4	Beoordeling noodzaak aparte fusietoets	44
4.5	Andere juridische instrumenten	45
4.6	Conclusie	47
5	Advies en aanbevelingen	48
5.1	Visie en advies van de Raad	48
5.2	Aanbevelingen	49

Bijlagen

1	Adviesaanvraag	55
2	Verantwoording van de adviesprocedure	57
3	Schaal en belangen in de gezondheidszorg	61
4	Acute zorg	91
5	Eerstelijnszorg	119
6	Schaal en e-health	125
7	Toetsingskader voor spreiding	135
8	Lijst van afkortingen	147
9	Literatuurlijst	149
	Overzicht publicaties	151

Schaal en zorg

Samenvatting

Parlementaire onrust	<p>Aanleiding</p> <p>Parlementaire onrust is de aanleiding voor dit advies. De Tweede Kamer maakt zich grote zorgen over fusies van zorginstellingen. Die zouden negatieve gevolgen hebben voor kwaliteit, bereikbaarheid en diversiteit van het zorgaanbod. En dus moet de minister van VWS fusies kunnen verbieden, vindt de Tweede Kamer: een aparte fusietoets voor de zorgsector moet er komen. De minister vraagt de RVZ om advies.</p>
Toenemende schaalvergroting	<p>Feiten</p> <p>Eerst de feiten. Onmiskenbaar vertoont het zorgaanbod een neiging zijn schaal te vergroten, onder andere door fusie. Dat is wel verklaarbaar. Schaalvergroting is soms puur financiële noodzaak, bijvoorbeeld om kleinschalige zorg te kunnen bieden. En verder dwingen wetenschap en technologie zorgaanbieders steeds meer tot schaalvergroting, tot concentratie van kennis. Maar de verklaring die het meest hout snijdt is dat zorgaanbieders onzeker zijn en veel risico's zien. De zorgsector is in transitie - van overheid naar markt - en dat stimuleert kennelijk defensief gedrag. Dat komt tot uiting in hun schaalbeslissingen, in hun neiging tot schaalvergroting.</p>
Maar bereikbaarheid en kwaliteit niet verminderd	<p>Steeds meer vervangt samenwerking tussen zorginstellingen of tussen professionals, bijvoorbeeld om ketens te kunnen vormen, de fusie. Het aantal rechtspersonen in de zorgsector is duidelijk afgenomen, het aantal locaties niet. Dat is in de AWBZ zelfs toegenomen. De bereikbaarheid van Nederlandse zorginstellingen was en is dus goed. Wel schiet de acute zorg, die het hart vormt van de bereikbaarheid, in kwalitatief opzicht te kort, afgemeten aan de internationale standaard. Er zijn geen aanwijzingen dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van het zorgaanbod zijn aangetast door de schaalvergroting.</p>
Onenigheid: wie gaat over schaal? Overheid of veld?	<p>Probleem</p> <p>Als de publieke belangen - kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid - dus niet in gevaar zijn, wat is dan wél het probleem? Dat is onenigheid over de verantwoordelijkheid. Wie gaat er over schaalbeslissingen: de overheid of de zorginstelling zelf? De beleidslijn van de afgelopen jaren is overigens glashelder: daar gaat de zorginstelling over en de markt moet een verkeerde schaalbeslissing afstraffen. Maar die markt werkt nog niet goed en straft niet af. De overheid bemoeit zich nog steeds nadrukkelijk met de zorgsector. Dat schept enerzijds verplichtingen (en creëert verwachtingen), veroorzaakt anderzijds onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid. Strekt de ministeriële 'stelselverantwoordelijkheid' zich nu wel of niet uit</p>

over schaalbeslissingen van zorgaanbieders? Daarover bestaat geen politieke overeenstemming.

Relatie tussen publieke belangen en schaal onduidelijk

Een afgeleid probleem is dat het erg lastig is om schaalvergroting te toetsen aan de publieke belangen. Zo is kwaliteit soms gediend met schaalvergroting, maar bereikbaarheid met schaalverkleining. Daar komt bij dat reisafstand voor de patiënt wel is te meten, maar kwaliteit niet. Een ernstige zaak. Zorgelijk, tenslotte, is het dat de ophef over de fusies ons doet vergeten dat er te weinig beleid is gericht op innovatie, zorg op maat en kleinschalige zorgverlening.

Schaal is meer dan rechtspersoon!

Verband tussen schaal en zorg

Om te beginnen dit. In de parlementaire discussie over fusies en schaalvergroting gaat het alleen over het juridische aspect, over het ontstaan van nieuwe en grotere rechtspersonen, instellingen. Maar schaal heeft ook van doen met het niveau waarop zorg bij de klant komt (aan huis, in de eerste lijn, in een kleine dagopvang, in een ziekenhuis). En dat laatste is voor de patiënt het belangrijkste. Grootchaligheid in juridische zin kan heel goed samen gaan met kleinschalige zorg op maat, is daarvoor vaak zelfs een economische voorwaarde.

En: verband tussen schaal en zorg is complex

Dit geeft aan dat het verband tussen schaal en zorg veel complexer is dan het lijkt. Het is niet zo dat kleinschalig altijd identiek is met kwaliteit, met klantvriendelijkheid, met doelmatigheid; het omgekeerde kan ook waar zijn. Daarbij komt dat er nogal wat externe krachten van invloed zijn op het verband tussen schaal en zorg. Zo moet men tegenwoordig, wil men verantwoorde zorg kunnen geven, steeds vaker kennis en techniek bundelen. Dat betekent concentratie. Dat betekent schaalvergroting. Dit alles pleit voor 'beleid op maat', pleit tegen generieke maatregelen voor de hele zorgsector.

Grootchaligheid hoeft niet ten koste te gaan van kwaliteit en bereikbaarheid

Er zijn, zoals gezegd, geen harde aanwijzingen gevonden dat grootchaligheid in de zorg ten koste gaat van kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid. Kwaliteit wijst voor sommige zorgfuncties eerder in de richting van het tegendeel: grootchaligheid is soms noodzaak. Verdere schaalvergroting kan wel ten koste gaan van de bereikbaarheid. Dat is het geval als schaalvergroting gepaard gaat met concentratie van functies en/of het opheffen van locaties. Dit is niet denkbeeldig. De risico's voor zorgaanbieders nemen immers toe.

Bereikbaarheid op dit moment geen probleem

Een eventuele afname van bereikbaarheid is overigens voor de meeste zorgsegmenten geen probleem: de bereikbaarheid is zonder meer goed in Nederland en snelle bereikbaarheid is objectief gezien veelal niet noodzakelijk, behalve bij acute zorg. Iets anders is dat (eventuele) afname van bereikbaarheid niet strookt met de preferenties van de klant. Maar daarbij speelt het probleem dat die klant wel zijn reistijd kent, maar niet de te verwachten kwaliteit. Hij kan die zaken dus niet goed afwegen.

Drie segmenten apart bekijken	<p>Segmentering zorgsector nodig!</p> <p>Dit waren twee nuanceringen. Er is nog een derde nodig. Het verband tussen schaal en zorg neemt binnen onderdelen, segmenten, van de zorgsector steeds een andere vorm aan. En dus is segmentering nodig om tot een goed oordeel over schaalvergroting te kunnen komen. Drie segmenten springen eruit: de acute zorg, de planbare medisch-specialistische zorg en de langdurige zorg (de AWBZ-zorg).</p>
1. Acute zorg: stevige maatregelen zijn nodig!	<p>Eerst de acute zorg. Heeft men die goed georganiseerd, dan heeft men de bereikbaarheid van de zorg op orde. Is dat het geval? Nee, maar met een aantal gerichte maatregelen en investeringen is dat goed te realiseren. De belangrijkste zijn deze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het wettelijk regelen (overheidsverantwoordelijkheid!) van een segment acute zorg, strikt te beperken tot onmiddellijk te verlenen zorg (definitie in advies, § 3.1) en in organisatorische, ruimtelijke en financiële zin af te grenzen van niet-acute zorg; - deze zorg heeft de vorm van een keten met de spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis als kern; - een geavanceerde ambulancehulpverlening die zeer snel ter plekke kan zijn en die logistiek en medisch gekoppeld is aan de dichtstbijzijnde geïndiceerde klinische voorziening. <p>Behalve deze maatregelen en investeringen, zijn besparingen mogelijk (onder meer op het aantal SEH's en meldkamers).</p>
2. Planbare medisch-specialistische zorg: concentratie van kennis, kunde en kapitaal	<p>Dan de planbare medisch-specialistische zorg. Die is in de greep geraakt van, grotendeels autonome, ontwikkelingen: de wetenschap en de technologie. Die dwingen tot steeds verder gaande specialisatie en tot concentratie van kennis, kunde en kapitaal. Tegelijkertijd is voor andere handelingen ook het omgekeerde het geval. Een aantal ingrepen kan tegenwoordig heel goed buiten het ziekenhuis plaatsvinden, in professionele samenwerkingsverbanden en/of in de eerste lijn. Wij zien dus concentratie én deconcentratie, groot - én kleinschaligheid.</p>
Het landschap zal radicaal veranderen: 1 ^e lijn, topziekenhuizen, focusklinieken	<p>Ondersteund door toezicht en bekostiging, zullen deze trends het ziekenhuislandschap radicaal gaan én moeten veranderen. Dit landschap zou er over een paar jaar zo uit moeten zien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - een krachtige eerste lijn, waarin ook gespecialiseerde medische diagnostiek wordt geboden (combinatie met aantal polifuncties); - concentratie van medische kennis, kunde en technologie in UMC's en topklinische ziekenhuizen; - en daartussen kleine medische klinieken met focus, ingebed in een netwerk met de grote ziekenhuizen en dicht bij de eerste lijn en de langdurige zorg gesitueerd. <p>In dit landschap dus geen kleine ziekenhuizen met een breed functiepakket.</p>

3. Langdurige zorg: grootschalig bestuur combineren met kleinschalige zorg

Tenslotte de langdurige zorg (de AWBZ-zorg). Dit is het segment waarin grootschaligheid van bestuur en beheer uitstekend samengaat met kleinschaligheid van zorg- en dienstverlening. En zo brengen zorgaanbieders het ook in de praktijk. De ontwikkelingen gaan de goede kant op. Versnelling is nodig en mogelijk:

- door radicaler wonen en zorg te scheiden. Dit door de verantwoordelijkheid voor de financiering van het vastgoed volledig bij de zorgaanbieder te leggen;
- door in de tarieven kleinschaligheid te honoreren, grootschaligheid te ontmoedigen;
- door de bekostiging van het zorgaanbod afhankelijk te maken van een persoonsgebonden budget;
- door de zorgkantoren te vervangen door risicodragende zorgverzekeraars.

Drie manieren om kwaliteit en bereikbaarheid te verbeteren:

- de eerste lijn
- e-health
- ketenzorg

Drie oplossingen voor bereikbaarheidsproblemen

Met de zojuist gepresenteerde aanpak per segment voorkomt men veel bereikbaarheidsproblemen en verhoogt men bovendien de kwaliteit. Maar er kan en moet meer. Er zijn drie manieren om kwaliteit en bereikbaarheid aanzienlijk te verbeteren en zo mogelijk toekomstige problemen op die terreinen te voorkomen:

- door de eerste lijn om te vormen tot een stelsel van brede wijkgebonden centra voor ondersteuning, preventie, care en cure;
- door e-health substantieel uit te breiden als substituut voor reguliere zorg;
- daar waar mogelijk ketenzorg en disease management als alternatieven voor instituutgebonden zorg te bevorderen.

Op deze drie terreinen liggen voor de minister van VWS de grootste mogelijkheden om 'schaalbeleid' te ontwikkelen. Dan zal hij zich wel verantwoordelijk moeten maken voor de verdere ontwikkeling van deze terreinen (regisseur).

Tweede Kamer: fusietoets voor de zorgsector

Een aparte fusietoets voor de zorgsector?

De Tweede Kamer vindt dat de minister van VWS een aparte fusietoets voor de zorgsector moet bewerkstelligen. De NMa zou dan stringenter kunnen optreden tegen fusieplannen.

RVZ: niet doen!
Disproportioneel

Een zorgfusietoets - vormgegeven in een aparte wettelijke regeling - is een te zwaar, disproportioneel middel om de eventuele risico's van schaalvergroting te weren. Het bestaande mededingingsrecht is in beginsel toereikend, hoewel het op onderdelen kan worden versterkt. De ratio van het mededingingsrecht is juist de consument te beschermen en tegemoet te komen aan zijn preferenties door afnemers keuzemogelijkheden te laten behouden en perverse prikkels van schaalvergroting (misbruik maken van machtspositie) tegen te gaan.

Beter is het de NZa te versterken: de marktmeester

Omdat geen eenduidig causaal verband bestaat tussen de schaalgrootte van zorginstellingen en effecten op de publieke belangen, is het niet logisch fusieplannen op voorhand als aangrijpingspunt voor overheidsinterventie te hanteren. Het waken voor misbruik van economische machtsposities ligt meer voor de hand. Daarom is de Raad er voorstander van de taak van de marktmeester in de zorg, de NZa, te versterken. De NZa monitort de ontwikkelingen van de verschillende deelmarkten en dient daarbij prioriteit te geven aan het monitoren van de effecten van schaalvergroting op de publieke belangen. Het door de Raad in zijn advies Marktconcentraties (2003) gepresenteerde spreidingsmodel kan daarvoor als leidraad dienen. Zo nodig moeten de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht worden uitgebreid.

Tweede Kamer: twijfel over marktwerking

De visie van de RVZ

Aanleiding voor dit advies is de vrees van de Kamer dat schaalvergroting in de zorg schadelijk is voor de publieke belangen, met name voor de bereikbaarheid van de zorg. Wij hebben daarvoor geen bewijs gevonden. Wel zijn er aanwijzingen dat problemen kunnen ontstaan. Kamervragen weerspiegelen vooral twijfels over marktwerking.

Acute zorg: géén marktwerking! Andere segmenten: méér marktwerking!

Wat de aansturing van de acute zorg betreft, deelt de Raad die twijfel. Daar acht de Raad volledige overheidsregulering (centrale planning en bekostiging) aangewezen. Wat de chronische (langdurige) en electief curatieve zorg betreft, deelt de Raad die twijfel niet, integendeel. De risico's die door schaalvergroting in deze segmenten kunnen ontstaan zijn eerder een gevolg van een tekort dan een teveel aan marktwerking. In de visie van de Raad is de dominante oriëntatie van zorgaanbieders op het verkrijgen van voldoende marktaandeel een tijdelijke fase, in de overgang naar een vraaggestuurd stelsel van zorg. In deze transitiefase is er veel onzekerheid, en zoeken zorgaanbieders - geconfronteerd met toenemende (financiële) risico's - naar evenwicht en stabiliteit. Het is nu zaak om door te pakken.

Schaalgrootte: verantwoordelijkheid zorgaanbieder

De Raad adviseert de minister de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor besluitvorming over schaalgrootte te respecteren. Een aparte fusietoets voor de zorg, zoals door de Kamer voorgesteld, past niet in situaties waarin marktwerking het dominante ordeningsprincipe is. Er is nog een reden zo'n fusietoets uit de weg te gaan. Het verband tussen schaal en kwaliteit/bereikbaarheid van zorg is complex. Het is onbegonnen werk dit verband te reguleren met één toets.

Maar die dan wel zo spoedig mogelijk onderwerpen aan de tucht van de markt

Gegeven de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de schaalgrootte, zullen zij ook de risico's en consequenties daarvan volledig moeten dragen. Daarom moet voortgang gemaakt worden met de invoering van integrale prestatieprijzen en met de uitbreiding van het B-segment en met het stimuleren van selectieve zorginkoop. Maar bovenal moet de transparantie van kwaliteit worden afgedwongen. Alleen zo creëert men

een doeltreffende toets (door consument en zorginkoper) op schaalbeslissingen. Het governance-systeem is daarvoor verantwoordelijk; de markt toetst.

Publieke belangen: kwaliteit gaat boven bereikbaarheid

De minister moet duidelijkheid verschaffen over de publieke belangen in relatie tot schaal en zorg, de onderliggende normen en de onderlinge rangorde. Als het er echt op aankomt, gaan kwaliteit van zorg en de uitkomsten daarvan boven alles, zelfs als dit ten koste gaat van een ander publiek belang, zoals bereikbaarheid.

Minister: bevorder zorg op maat door 1^e lijn, e-health, ketenzorg

De uitdaging voor de overheid ligt in het met kracht bevorderen van deconcentratie van zorgverlening, zorg op menselijke maat en community based care. De sleutel daartoe ligt in het bevorderen en versterken van de eerste lijn, van e-health, van disease management (dat wil zeggen de integratie van preventie, care en cure) en van scheiden van wonen en zorg.

Aanbevelingen RVZ

Geen aparte fusietoets, wel kwaliteit en bereikbaarheid borgen. Hoe doe je dat? Hieronder een aantal suggesties.

Aanbevelingen

- Geen fusietoets.
Samenwerking NMa/
NZa verbeteren

- Zie af van een aparte fusietoets voor de zorg. Bevorder dat in het samenwerkingsprotocol tussen NMa en NZa wordt vastgelegd dat de NMa specifiek ingaat op de zienswijze van de NZa, voor zover deze afwijkt van haar uiteindelijke fusiebesluit (motiveringsplicht).

- NZa: scherper optreden

- Mochten risico's van schaalvergroting voor de publieke belangen zich manifesteren, kies er dan voor de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht uit te breiden. De Raad zou de NZa ook willen suggereren haar monitoringstaak scherper toe te passen op de effecten van schaalbeslissingen.

- Wtzi: voorwaarden

- Maak zo nodig gebruik van de toelating ex Wtzi om voorwaarden te stellen aan categorieën zorgaanbieders.

Rol cliëntenraad groter

- Overweeg de mogelijkheid in de WMCZ een bepaling op te nemen die het bestuur van een zorgonderneming verplicht een door de cliëntenraad aangedragen alternatief voor fusie te (doen) onderzoeken en die aan het bestuur een motiveringsplicht oplegt wanneer het bij zijn oorspronkelijke voornemen blijft.

Acute zorg anders

- Heroverweeg de sturing en financiering van de acute zorg zoals omschreven in dit advies.

Doorpakken met marktwerking

- Ga verder op de ingeslagen weg van (gereguleerde) marktwerking voor de overige zorgsegmenten (Zorgverzekeringswet én AWBZ). Dat wil zeggen: integrale prestatiebekostiging, uitbreiding vrije prijsvorming, selectieve zorginkoop op korte termijn.

Wettelijke kwaliteitsnormen

- Bevorder de ontwikkeling van normen die een minimumaantal verrichtingen/behandelingen per jaar eisen. Wanneer daaraan niet voldaan kan worden, moet onverkort duidelijk zijn dat het verboden is de desbetreffende verrichting/behandeling uit te voeren. Creëer een wettelijke grondslag voor kwaliteitsnormen.

Afschaffen
beschermings-
constructies
Bevorder brede 1^e lijn,
e-health en ketenzorg

- Schaf beschermingsconstructies voor kleine ziekenhuizen af. Stap af van de gedachte dat ziekenhuizen over een breed pakket medisch-specialistische functies moeten (kunnen) beschikken (IGZ).
- Regisseer de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn, zoals beschreven in dit advies. Bevorder, in bekostiging (NZa) en in kwaliteitsbeleid (IGZ) ook overigens kleinschalige provisie van zorg met behulp van e-health, disease management, scheiden wonen en zorg. Beloon innovatie in plaats van instandhouding.

1 Waaron dit advies?

1.1 Aanleiding

Parlementaire onrust over fusiegolf bij zorgaanbod

Parlementaire onrust vormt de aanleiding voor dit advies. De Tweede Kamer confronteerde de minister van VWS eind 2007 met zijn zorg over het aantal fusies van zorginstellingen. De Kamer drukte zijn zorg uit in twee moties waarin hij de minister oproep tot actie. In april 2008 kwam de Tweede Kamer hierop terug naar aanleiding van een 'megafusie' in de AWBZ. De minister zou fusies kritischer moeten beoordelen op publiek belang. De minister zegde toe in een brief aan de Kamer een standpunt in te nemen. Hij vroeg de RVZ om een spoedadvies. Dit ligt nu voor u. Zie verder bijlage 1 voor de Kamerdiscussie.

1.2 Achtergrond

De fusiegolf: 3 oorzaken:

De zorgen van de Tweede Kamer komen niet uit de lucht vallen. Onmiskenbaar vertoont het zorgaanbod de neiging tot schaalvergroting. Door te fuseren, door samen te werken, door bondgenootschappen te sluiten. Vanwaar deze neiging elkaar op te zoeken? Drie verklaringen.

1. Schaalvergroting profijtelijk

1. Schaalvergroting is, althans in de beleving van veel zorgaanbieders, profijtelijk en staat als organisatiedoel scherper op het netvlies dan schaalverkleining. Hoewel dit een reflex is uit het verleden van overheidsbemoediging en aanbodregulering, is hij nog wel van invloed op schaalbeslissingen. Deze reflex vertonen zorgaanbieders ook nu langzaam maar marktwerking in de plaats komt van overheidsregulering en wel met het doel de markt uit te schakelen.

2. Kennis en technologie vereisen schaal

2. Steeds meer sturen kennis en technologie de zorgverlening. Er komen meer mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Investeren in technologische innovatie en in kennis vereist een zekere schaalomvang. En wij willen ziekten integraal en in ketenvorm bestrijden. Dat willen wij, omdat de ziekten van deze tijd vragen om zorg die over de grenzen van instellingen heen gaat. De tijd is voorbij dat de patiënt aan één instelling voldoende had. Dit alles hoeft misschien niet automatisch tot schaalvergroting te leiden, maar bevordert het denken daarover wel.

3. Cumulatie van risico's bij zorgaanbieder

3. Zorgaanbieders lopen meer risico's dan vroeger. De consument krijgt inzicht in de kwaliteit van zijn zorgverlening en stelt zijn gedrag daarop in. De zorgverzekeraar - en daarachter patiënt en werkgever - zou de komende jaren weleens selectiever kunnen inkopen, waardoor de opbrengsten niet meer zijn gegarandeerd. En als er straks integrale prestatieprijzen zijn, niet meer centraal vastgesteld, zal de zorgaanbieder scherp moeten sturen op kapitaallasten en op zijn overige kosten. Dan is er nog het dreigende tekort aan personeel. De cumulatie van deze - deels reële, deels gepercipieerde - risico's is nogal eens de aan-

zet tot schaalvergroting. Risico's spreiden en onzekerheid reduceren zijn dominante motieven.

Fusies: symptoom van transitie en onzekerheid

Dit roept, bij nadere beschouwing, het beeld op van transformatie en van onzekerheid. De zorgsector beweegt zich van overheidsregulering naar marktordening, zweeft tussen deze twee in en is onzeker over zijn strategie. Tegen deze achtergrond zullen wij op dit moment schaalbeslissingen moeten beoordelen. Deze beslissingen dragen nogal eens het kenmerk van het stelsel, waarin zij tot stand komen, onduidelijkheid over verantwoordelijkheid en koers, onduidelijkheid over het aangrijpingspunt voor de sturing: aanbod of vraag.

Algemeen verbod werkt niet, wel versterking vraagzijde

Kort en goed: schaalbeslissingen zijn heel vaak reactief en defensief. En dat brengt ons al direct tot deze centrale gedachte. Als men iets aan fusies wil doen, dan niet door een verbod, maar door de oorzaken van het reactief en defensief handelen weg te nemen. Hoe? Door de vraagzijde te versterken. Door ondernemerschap te stimuleren met ruimte en risico. Door innovatie aan te jagen.

1.3 Feiten: een eerste indruk

Wat zijn de gevolgen?

Maar is er inderdaad sprake van systematische schaalvergroting? En zo ja, wat zijn daarvan de gevolgen voor markt en consument? Voor dit moment deze eerste indruk (onderbouwing o.m.: Blank et al., 2008; Brummelman, 2008; Van Zijl et al., 2008: SCP, 2006).

Veel samenwerking. Fusie minder populair

- Inderdaad zien wij binnen het zorgaanbod veel activiteiten gericht op samenwerking of samenvoeging en wel op vijf niveaus: provisie, eigendom, locatie, kosten en kennis. Zorgaanbieders passen op deze niveaus uiteenlopende vormen van integratie toe: van fusie tot professionele samenwerking. De fusie is, in ieder geval bij ziekenhuizen, op de terugtocht (Van Zijl et al., 2008). Andere vormen van samenwerking dienen zich aan (bijvoorbeeld inkoopcentrales, shared services centers, coöperatieve verenigingen, lokale professionele netwerken).

Grootschaligheid en kleinschaligheid gaan samen

- Groot- en kleinschaligheid sluiten elkaar niet uit. Grootschalig eigendom gaat nogal eens samen met kleinschalige provisie van zorg, is daarvoor soms zelfs een voorwaarde (bijvoorbeeld wanneer kleinschalige provisie verliesgevend is). In die situaties dwingt wet- en regelgeving de zorgaanbieders tot grootschaligheid.

AWBZ: meer fusies dan in Zvw

- In de AWBZ, in het bijzonder in de thuiszorg, is bestuurlijke schaalvergroting, in de vorm van fusie, het verst voortgeschreden, ook over de grenzen van traditionele marktsegmenten heen. In de ziekenhuissector gaat het - na de fusiegolf van de afgelopen 20 jaar, minder hard. In zowel AWBZ als Zvw is de samenwerking vaak (en van nature) regionaal, maar de laatste jaren steeds vaker ook landelijk. Dit laatste als reactie op het landelijk opereren van zorgverzekeraars en op het vaak landelijk karakter van collectiviteiten in de Zvw.

- Weinig nieuwe toetreders
 - Schaalverkleining niet algemeen
 - Relatie tussen schaal en kwaliteit complex
 - Acute zorg nog niet goed georganiseerd
 - Tussen schaal en innovatie ingewikkelde relatie
- Wij zien nog geen substantiële groei van het aantal nieuwe toetreders, bijvoorbeeld zelfstandige behandel centra (zbc's).
 - Schaalverkleining als ondernemingsstrategie, in het bijzonder innovatieve schaalverkleining, is zeker niet algemeen. Ontwikkelingen in de Zvw (zorginkoop) kunnen de kleinschaligheid gaan bevorderen (zie RVZ-advies Zorginkoop, 2008). In de langdurige zorg (AWBZ) is het aantal zorglocaties in de afgelopen decennia al wel toegenomen. De gehandicaptenzorg is een goed voorbeeld.
 - Over de gevolgen voor de publieke belangen dit. Per saldo heeft het bovenstaande anno 2008 niet geleid tot een verminderde bereikbaarheid of beschikbaarheid van de zorg. Nederland beschikt, ook in internationaal perspectief, nog steeds over een goed gespreid netwerk van zorgvoorzieningen. De kwaliteit van zorg neemt soms toe door schaalvergroting (bijvoorbeeld bij bepaalde medisch-specialistische ingrepen), maar kan daardoor, als de organisatie zich niet aanpast, ook afnemen (bijvoorbeeld door bureaucrativering). Over het algemeen zal schaalvergroting op instellingsniveau niet direct leiden tot kwaliteitsverbetering, die op maatschapsniveau mogelijk wel. Of schaalvergroting leidt tot meer doelmatigheid is moeilijk te zeggen. Dit hangt af van het gekozen organisatiemodel en ook van het object van schaalvergroting. Zo heeft schaalvergroting bij vastgoed of bij inkoop gunstige effecten. Een en ander betekent dat men schaalbeslissingen niet moet willen reguleren met generieke maatregelen.
 - In de acute zorg zijn de publieke belangen nog niet voldoende geborgd. Hier is de bereikbaarheid van zorg op zich zelf niet het probleem. Probleem is de bereikbaarheid en beschikbaarheid van adequate, kwalitatief verantwoorde zorg.
 - De relatie tussen innovatie en schaal is ingewikkeld. In de curatieve zorg is schaalvergroting soms nodig om innovaties te kunnen realiseren. In de AWBZ-zorg zien wij innovatie vaak juist in de kleinschaligheid ontstaan.

1.4 Probleemstelling: visie RVZ

4. Problemen, namelijk:
1. Wie is verantwoordelijk?
2. Wat zijn criteria voor schaal?
- Rond het thema schaal en zorg spelen zich vier problemen af.
1. Wie is verantwoordelijk voor schaalbeslissingen? De parlementaire discussie over fusies van zorginstellingen laat zien dat de realiteit van het nieuwe zorgstelsel - gereguleerde marktwerking, minister op afstand, veld aan zet - politieke vragen over verantwoordelijkheid en sturing oproept. Dit is voor de werking van het nieuwe besturingsparadigma een probleem. Voor alle duidelijkheid: de verantwoordelijkheid voor schaalbeslissingen ligt onverkort bij zorgaanbieders. De minister ziet toe op het functioneren van het zorgstelsel.
 2. Hoe moet je schaalvergroting beoordelen? Nog los van de vraag wie verantwoordelijk is voor schaalbeslissingen, is het onduidelijk waarom men die beslissingen kan en moet toetsen. De Tweede Kamer noemt

bereikbaarheid en kwaliteit, maar ook keuzemogelijkheden, leefbaarheid en maatschappelijke functie, bureaucratie. De Raad voegt daaraan de betaalbaarheid (doelmatigheid) toe. Deze uitkomstmaten alle, onverkort, toepassen op schaalbeslissingen is niet mogelijk: zij zijn lang niet altijd verenigbaar, soms zelfs onderling strijdig. Wij missen dus een werkbaar beoordelingskader (schaaltoets) en een hiërarchie van publieke belangen. In zijn advies Marktconcentraties uit 2003 heeft de RVZ een toetsingskader voor spreiding ontwikkeld. Dit is opgenomen in bijlage 7. Essentieel is het onderscheid tussen fysieke bereikbaarheid van zorg en bereikbaarheid van verantwoorde zorg. Die twee zijn niet identiek!

3. Voldoende checks and balances?

3. Levert de actuele schaalvergroting iets op? Omdat schaalbeslissingen worden gefinancierd met publiek geld, is het gerechtvaardigd na te (laten) gaan of zij voldoende publieke waarde opleveren, bijvoorbeeld in termen van efficiency of kwaliteit. Er zijn twijfels over de meeropbrengst van schaalvergroting én over de gevolgen voor de 'checks and balances' in de zorgsector. En toch, zie punt 1, moeten wij aanvaarden dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor schaalbeslissingen. Dit kan maar een ding betekenen: de markt moet voorzien in de 'checks & balances'. De markt, dat wil zeggen de consument en de zorgverzekeraar. Op dit moment kunnen deze niet voldoende 'countervailing power' ontwikkelen en blijven verkeerde schaalbeslissingen nogal eens onbestraft.

4. Klantgerichtheid belangrijker dan schaal?

4. Is het zorgaanbod wel voldoende klantgericht en innovatief? Moet de discussie niet vooral gaan over de afstemming van het zorgaanbod op de vraag, dus over zorg op maat, zorg aan huis, klantgerichtheid en dus over innovatie en kleinschalige provisie? Dat de discussie uitsluitend gaat over grootschalig, veelal institutioneel en gebouwgebonden, zorgaanbod is al zorgelijk. Zorgelijker nog is het dat er weinig prikkels voor innovatief en kleinschalig zorgverlenen zijn. Er is geen gezonde balans tussen klein- en grootschaligheid, geen natuurlijk substitutiemechanisme, en dat beïnvloedt schaalbeslissingen negatief. In het verlengde hiervan ligt een ander probleem. De zorgconsument is heel vaak nog niet in staat een verantwoorde keuze te maken uit zorgaanbod. Kwaliteitstransparantie ontbreekt. Dat beïnvloedt de reisbereidheid van de consument en is dus relevant voor bereikbaarheid. Kwaliteitstransparantie plaatst de discussie over bereikbaarheid in een ander daglicht. Transparantie stuurt reisbereidheid, stuurt keuzes.

1.5 Adviesdomein, werkwijze en leeswijzer

Onderwerp advies: schaal van zorgaanbod	Dit advies heeft betrekking op besluitvorming over de schaal van het zorgaanbod geregeld in de Zorgverzekeringswet en in de AWBZ. Op schaalbeslissingen bij zorgverzekeraars gaat de Raad niet in.
De onderbouwing van het advies	<p>In bijlage 2 legt de Raad verantwoording af over de manier waarop dit advies is totstandgekomen: onderbouwing, overleg. Tegelijkertijd met dit advies verschijnen drie externe achtergrondstudies:</p> <ul style="list-style-type: none">- Blank, J. et al., Schaal en zorg. TU Delft, IPSE Studies, 2008;- Gronden, J. W. van de en H.M. Stergiou, Fusietoets in de zorg: Hoe past een dergelijke toets in het Europese en nationale economische recht?, Radboud Universiteit Nijmegen, 2008.- Zijl, P.J.M. van et al., Schaal en zorg. Zorg Consult Nederland, 2008. <p>R. Mouton schreef voor dit advies het essay Schaalgrootte van zorginstellingen: implicaties van vraagsturing. Achtergrondstudies en essay zijn, samen met een intern vignet Schaal en Zorg internationaal, opgenomen in een aparte publicatie van de RVZ. Medewerkers van de RVZ schreven onderbouwende vignetten over de publieke belangen, over acute zorg, over de eerste lijn en over e-health.</p>
Leeswijzer	<p>Na dit inleidende hoofdstuk, gaat de Raad in op het verband tussen schaal en zorg (hoofdstuk 2). Dit verband past hij vervolgens toe op een aantal relevante vormen van zorg, zoals acute zorg (hoofdstuk 3). Daaruit leidt hij de risico's voor de publieke belangen af, waarna hij kan ingaan op de suggestie van de Kamer om een aparte fusietoets voor de zorg in het leven te roepen (hoofdstuk 4). Dit resulteert in conclusies en standpuntbepaling: de visie van de RVZ op de probleemstelling en de oplossingen (hoofdstuk 5). In dit hoofdstuk formuleert de Raad ook aanbevelingen voor de minister en de staatssecretaris van VWS.</p>

1.6 Wat wil de RVZ met dit advies bereiken?

RVZ wil bijdrage leveren aan parlementaire discussie	<p>De Raad hoopt met dit advies een bijdrage te leveren aan de parlementaire discussie over fusies van zorginstellingen. Hij doet dit door duidelijkheid te scheppen over de problemen en over centrale begrippen (schaal, bereikbaarheid etc.), door publieke belangen te prioriteren en tegen elkaar af te wegen en door de taak van de minister op dit vlak af te zetten tegen die van zorgaanbieders. Verder gaat de Raad na of het nodig is de beoordeling en toetsing van fusies in de zorgsector op een andere manier te beoordelen dan nu het geval is. De Raad bekijkt de mogelijkheden die de minister heeft om zijn stelselverantwoordelijkheid, ook als het draait om schaalbeslissingen, waar te maken.</p>
--	--

2 Het verband tussen schaal en zorg

2.1 Definiëring relevante begrippen

Schaalgrootte:
verschillende
betekenissen

Voordat een verband wordt gelegd tussen schaal en zorg, is het van belang om enkele begrippen nader te duiden, omdat ze gemakkelijk leiden tot spraakverwarring en misverstanden (zie ook bijlage 3, vignet Schaal en belangen in de gezondheidszorg). Dat geldt in het bijzonder voor het begrip *schaalgrootte*. Schaal verwijst naar ‘omvang’, maar van wat precies? Soms doelt men daarmee op de juridische entiteit, dat wil zeggen de rechtspersoon die een zorginstelling drijft, soms op de plaats waar de zorg geleverd wordt. Het is belangrijk dit verschil in duiding voor ogen te houden. Groot- en kleinschaligheid kunnen zo beschouwd immers goed samengaan: grootschaligheid op organisatie- of instellingsniveau, kleinschaligheid in de uitvoering van zorg. Het verschil is bovendien relevant voor het aangrijpingspunt voor de sturing van schaal. Maar daarover later meer.

Tweede Kamer: vele
publieke belangen in
geding

De Kamer associeert schaalvergroting met een scala van belangen. Ook deze belangen worden op verschillende wijzen geïnterpreteerd. We beperken ons hier tot de publieke belangen, waarvoor de minister van VWS verantwoordelijkheid draagt: kwaliteit, bereikbaarheid (als onderdeel van het ruimere begrip toegankelijkheid) en betaalbaarheid van zorg.

Kwaliteit: in de enge zin

Het begrip *kwaliteit* kan eng of juist ruim worden opgevat (zie ook het RVZ-advies *Zorginkoop*, 2008). In de meest ruime zin valt onder dit begrip bijvoorbeeld ook klantgerichtheid, dat wil zeggen de mate waarin het aanbod is afgestemd op de vraag en/of wensen van de klant. Wanneer wij in dit advies spreken over kwaliteit, dan hebben we het in beginsel over kwaliteit in enge zin, dat wil zeggen het medisch-inhoudelijke proces en de uitkomsten daarvan, tenzij expliciet anders aangegeven.

Bereikbaarheid:
reisafstand

Bereikbaarheid heeft betrekking op de fysieke afstand tot de plaats waar de zorg geleverd wordt of op de tijd die nodig is om telefonisch contact te krijgen met een hulpverlener. Omdat de bereikbaarheid van de plaats waar de zorg geleverd wordt mede bepaald wordt door fysieke belemmeringen (waterwegen), de toegankelijkheid van openbaar vervoer, het wegennet en verkeersdrukte (files), wordt bereikbaarheid ook in dit geval meestal uitgedrukt in een tijdseenheid: het aantal minuten dat nodig is om ter plaatse te komen.

Betaalbaarheid:
doelmatigheid

Betaalbaarheid van de zorg verwijst naar de kosten op macroniveau, uitgedrukt in het percentage van het BNP dat besteed wordt aan zorg. Als de doelmatigheid op het niveau van individuele zorginstellingen (microdoelmatigheid) afneemt, bijvoorbeeld door schaalbeslissingen, neemt ook de betaalbaarheid van de zorg (op macroniveau) af; de zorg wordt in verhouding duurder.

2.2 Het verband tussen schaalgrootte en de publieke belangen; de publieke belangen onderling

Schaal en publieke belangen

De Kamer vreest dat schaalvergroting in de zorg op organisatie- of instellingsniveau negatief uitwerkt op de genoemde publieke belangen. Is deze vrees terecht? Daartoe onderzocht de RVZ wat het verband is tussen schaalgrootte en de desbetreffende belangen.

1. Kwaliteit: er is nog geen transparantie

Schaal en kwaliteit

De empirie laat geen eenduidig verband zien tussen schaalgrootte en de kwaliteit van de geleverde zorg (Blank 2008, RVZ 2003). Vooralsnog is niet aangetoond dat grotere instellingen betere uitkomsten van het medische proces genereren dan kleinere instellingen, of omgekeerd. Dat een verband moeilijk is aan te tonen heeft vooral te maken met het gebrek aan inzicht (en transparantie) over de uitkomsten van het primaire proces en de onderliggende normen. Daarin komt met de ontwikkeling van prestatie meting in de zorg wel snel verbetering.

Kwaliteit complexere zorg vereist concentratie

Wat opvalt is dat in toenemende mate een minimaal aantal verrichtingen van een bepaald type per jaar als kwaliteitsnorm wordt gesteld. Een voorbeeld daarvan is de behandeling van slokdarmkanker. Op grond van deze ontwikkeling is te voorzien dat verbetering van de kwaliteit vooral in de complexere curatieve zorg in hoog tempo om schaalvergroting vraagt. De verklaring hiervoor ligt in het feit dat in de medische zorg wetenschap en technologie steeds meer bepalend worden voor diagnostiek en behandeling. De kennis en kunde nemen toe, evenals de mogelijkheden. Dit leidt tot een verdergaande behoefte aan specialisatie. En dat vereist in veel gevallen nu eenmaal concentratie. Kennis stuurt schaal.

2. Betaalbaarheid: grenzen aan schaalvoordelen

Schaal en betaalbaarheid

Uit onderzoek blijkt dat met schaalvergroting tot een bepaald punt voordelen zijn te behalen, daarna krijgen schaalnadelen de overhand (Blank, 2008). De meeste Nederlandse zorginstellingen (met uitzondering van de huisartsenpraktijken) hebben dit optimum inmiddels bereikt of zijn dit zelfs gepasseerd. Zij hebben een schaal bereikt, waar schaalvoordelen op de gebruikelijke manier niet gemakkelijk meer zijn te realiseren.

Meer financieel risico bij zorgaanbieder: op zoek naar schaalvoordelen

Naarmate het financiële risico voor zorgaanbieders toeneemt, zullen zij zoeken naar andere wegen om schaalvoordelen te realiseren, bijvoorbeeld door bepaalde ondersteunende activiteiten gezamenlijk te ondernemen, zoals inkoop van hulpmiddelen, salarisadministratie. Ook is denkbaar dat zij proberen schaalvoordelen te materialiseren via sluiting van locaties en/of beëindiging van zorgfuncties op locaties. Het aanbieden van zorg op hele kleine schaal is over het algemeen immers relatief duur. Door zorg te concentreren kunnen kosten worden bespaard en kan een scherpere prijs worden gesteld. Daarmee kan de zorgaanbieder zijn onderhandelings- en concurrentiepositie versterken.

Schaalvergroting en prijsliberalisering: pas op voor misbruik marktmacht!

Schaalvergroting kan ook leiden tot vergroting van het marktaandeel en een dominante marktpositie van de zorgaanbieder. Bij verdere liberalisering van de prijzen stelt dit de zorgaanbieder in staat hogere prijzen te bedingen voor zijn diensten. Dit kan de microdoelmatigheid voor de instelling weliswaar verbeteren, maar tegelijkertijd zal de betaalbaarheid voor de burger verslechteren.

3. Bereikbaarheid: geen eenduidig verband met schaalgrootte

Schaal en bereikbaarheid

Op het eerste gezicht lijkt de bereikbaarheid van zorg niet gediend met schaalvergroting. Maar de gevolgen van schaalvergroting voor bereikbaarheid zijn niet eenduidig. Schaalvergroting kan, maar hoeft niet, gepaard te gaan met concentratie of herverdeling van functies en het sluiten van locaties. Ondanks de vele fusies in de ziekenhuiszorg in de afgelopen twintig jaar bijvoorbeeld, is het aantal locaties nauwelijks aangetast. In de langdurige zorg is het aantal locaties waar zorg geleverd wordt zelfs toegenomen. En de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg is door schaalvergroting in de vorm van huisartsenposten aanmerkelijk verbeterd. De bereikbaarheid van de zorg in Nederland is zonder meer goed.

Geen negatieve effecten en soms zelfs verbetering bereikbaarheid

Het effect van schaalvergroting op de bereikbaarheid van zorg is tot nog toe dus te verwaarlozen en kan ook juist bijdragen aan een betere bereikbaarheid. Naarmate zorgaanbieders meer risico gaan lopen (op omzet, op vastgoed) en meer met elkaar gaan concurreren (door selectieve zorginkoop) kan deze tendens echter wel ombuigen. Zoals gezegd, kan het vanuit concurrentieoverwegingen voor de zorgaanbieder aantrekkelijk(er) worden om zorgfuncties op één locatie te concentreren.

2.3 De relevantie van segmentering van de zorgsector

Schaal en publieke belangen: tegenstrijdigheid!

De onderscheiden belangen kunnen tegengestelde eisen stellen aan de (optimale) schaalgrootte. Kwaliteit en betaalbaarheid nopen in toenemende mate tot grootschaligheid, terwijl de bereikbaarheid soms beter gediend is met kleinschaligheid (op provisieniveau).

Oorzaak: segmenten van zorgsector verschillen onderling

- de acute zorg

- de electieve curatieve zorg

- de chronische zorg

- de verblijfsfunctie

Bereikbaarheid alleen bij acute zorg van levensbelang

Electieve curatieve zorg: kwaliteit boven bereikbaarheid!

Of dit een probleem is en welk belang in dat geval prioriteit heeft, verschilt per zorgsegment, omdat de objectieve noodzaak van bereikbaarheid per segment verschilt:

- acute zorg: bereikbaarheid is letterlijk van levensbelang, 'elke seconde telt'. De eerste basale levensreddende interventies - het stabiliseren van de patiënt - moeten binnen enkele minuten worden uitgevoerd, bij voorkeur op de plaats waar het incident zich heeft voorgedaan. Ook de vervolgbehandeling in een gespecialiseerd ziekenhuis moet soms binnen een gefixeerde tijd bereikbaar zijn (gouden uur bij traumapatiënten).
- electieve curatieve zorg: bereikbaarheid van de zorg binnen x aantal minuten is objectief gezien niet noodzakelijk om (verdere) gezondheidsschade te beperken of te voorkomen. De Treeknormen gaan zelfs uit van acceptabele wachttijden in termen van weken.
- chronische zorg: ook hier is snelle bereikbaarheid van de zorg objectief gezien niet noodzakelijk om (verdere) gezondheidsschade te voorkomen. Wel zijn er aanwijzingen dat gezondheidsschade op langere termijn kan optreden, naarmate de reisafstand toeneemt. Omdat bij chronische aandoeningen veelvuldige controles moeten plaatsvinden en de reisafstand dus even zo vaak moet worden overbrugd, zien sommige patiënten van deze controles af.
- verblijf: snelle bereikbaarheid is vanuit medisch oogpunt niet noodzakelijk voor de patiënt. Vanuit sociaal oogpunt is bereikbaarheid overigens wel een relevante factor. Verblijfsvoorzieningen moeten bij voorkeur in de samenleving zijn gesitueerd.

Het objectieve belang van snelle bereikbaarheid is alleen van toepassing op acute zorg, in het bijzonder de eerste minuten na het ongeval of incident. Ook in de aansluitende acute zorgfase is bereikbaarheid van vitaal belang, maar als het erop aankomt gaat kwaliteit in deze fase voor (mits de bereikbaarheid in de eerste acute fase goed geregeld is; zie bijlage 4, vignet Acute zorg).

Een mogelijk conflict tussen bereikbaarheid en kwaliteit kan zich verder voordoen binnen de electieve curatieve zorg, gegeven de toenemende noodzaak tot specialisatie en dus schaalvergroting. In dat geval gaat kwaliteit - en de eisen die daaruit voortvloeien ten aanzien van schaalgrootte - voor, ook als dat ten koste gaat van de bereikbaarheid.

2.4 Conclusie: groot- en kleinschaligheid (concentratie en deconcentratie) in perspectief

Grootschaligheid vaak goed voor kwaliteit; bereikbaarheid is wel in het geding, maar is dat een probleem?

Er zijn geen harde aanwijzingen gevonden dat grootschaligheid in de zorg ten koste gaat van de kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid. Kwaliteit wijst voor sommige zorgfuncties eerder in de richting van het tegendeel: grootschaligheid is soms noodzaak. Verdere schaalvergroting kan ten koste gaan van de bereikbaarheid; dat is het geval als schaalvergroting gepaard gaat met concentratie van functies en/of het opheffen van locaties. Dit risico is niet denkbeeldig als gevolg van het toenemende risico voor zorgaanbieders. Een eventuele afname van bereikbaarheid is voor de meeste zorgsegmenten geen probleem: de bereikbaarheid is zonder meer goed in Nederland en snelle bereikbaarheid is objectief gezien veelal niet noodzakelijk, behalve bij acute zorg. Iets anders is dat (eventuele) afname van bereikbaarheid niet strookt met de preferenties van de klant (RVZ, 2003).

3 Schaal en zorg nader bekeken

Schaal en zorg: per segment verschillend!

Binnen de verschillende segmenten van de zorgsector neemt het verband tussen schaal en zorg steeds een andere vorm aan. In dit hoofdstuk willen wij voor verschillende (deel)segmenten nagaan welke rol schaal speelt voor de provisie van zorg. Wij doen dit als volgt.

Eerst 3 segmenten waarin bereikbaarheid relevant is

Eerst bespreken wij de drie zorgsegmenten waarbinnen bereikbaarheid een vitale parameter is: de acute zorg, de planbare medisch-specialistische zorg en de langdurige zorg (3.1 t/m 3.3).

Daarna 3 segmenten die bereikbaarheidsproblemen kunnen oplossen

Daarna presenteren wij drie andere vormen van zorg die kunnen fungeren als oplossingen voor bereikbaarheidsproblemen in de eerste drie segmenten, namelijk: de eerste lijn, disease management en e-health (3.4 t/m 3.6). Dus: drie potentiële probleemgebieden en drie potentiële oplossingsrichtingen.

3.1 De acute zorg

Acute zorg: stringenter eisen aan bereikbaarheid dan elders

Of de zorg snel bereikbaar moet zijn, hangt voor een belangrijk deel af van de vraag of het om acute of om niet-acute zorg gaat. Bij acute zorg gaat het letterlijk om leven en dood of om ernstige gezondheidsschade. Daarom moet men bij acute zorg stringenter eisen aan de bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid stellen dan bij de rest van de zorg.

Als daaraan is voldaan: publiek belang geborgd

De RVZ stelt zich op het standpunt dat als aan die eisen is voldaan, het publieke belang van bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid voor een groot deel is geborgd. Overigens zullen daarmee ook kwaliteit en betaalbaarheid zijn geborgd. Op dit moment is dit niet het geval. De eisen zijn in het vignet Acute zorg geformuleerd (zie bijlage 3). Zij kunnen als volgt worden samengevat.

Eis 1: beperk domein acute zorg

Eis 2: 1 keten, 1 SEH, integratie 1^e/2^e lijn

Eis 3: aanrijtijd naar 8 minuten én gericht vervoer

Eis 4: geavanceerde ambulancehulpverlening en kwaliteit

Eis 5: aparte overheidsfinanciering

1. Beperk acute zorg strikt tot zorg die binnen enkele minuten tot enkele uren 'verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen'. Zo gedefinieerd is het een wezenlijk ander domein dan planbare zorg of huisartsenzorg (buiten kantooruren). Acute zorg is ook wezenlijk iets anders dan 'acute zorgvraag' (die betrekking heeft op een door een patiënt ervaren of geobserveerde situatie; zie bijlage 3). Naast acute zorg in de hier bedoelde zin, moet er uiteraard een 7x24-uurs aanbod van 'eerste hulp' (inclusief telefonische triage) zijn, alwaar men terecht kan met 'acute zorgvragen' (een loket). Dit kan leiden tot een beroep op het systeem voor acute zorg (zie punt 2).
2. Eén keten van acute zorg, 24 uur per dag, gekoppeld aan één locatie, de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis. De huisartsenzorg buiten kantooruren is idealiter geïntegreerd met deze goed bereikbare locatie voor acute zorg waar mensen fysiek terecht kunnen. Voor acute klachten (de 'acute zorgvraag') moet één telefoonnummer bestaan, gekoppeld aan een landelijke triagesysteem. Dit laat onverlet dat de telefonische bereikbaarheid van de huisarts voor reguliere zorg en voor 'eerste hulp' moet worden verbeterd.
3. De ambulancehulpverlening moet de acute patiënt gericht naar geïndiceerde en gespecialiseerde ziekenhuiszorg vervoeren. De norm voor de aanrijtijd moet worden teruggebracht tot acht minuten in plaats van de huidige vijftien minuten, eventueel te realiseren met hulp van de brandweer.
4. Als ambulancehulp op tijd ter plekke is en hulp kan worden geboden, eventueel met ICT/ e-health - voor-zieningen, onder leiding van een arts/medisch specialist verbonden aan het beoogde (gespecialiseerde) ziekenhuis, is de bereikbaarheidsnorm voor ziekenhuizen van 45 minuten uit de Wtzi (inclusief het inschakelen van ambulancezorg) volgens de RVZ adequaat. Voorwaarde: de inzet van geavanceerde ambulances.
5. Acute zorg moet een eigen financiering hebben, gebaseerd op een wettelijke regeling waarin rekening wordt gehouden met de kosten van paraatheid en op herkenbare voorzieningen in de ziekenhuizen (vergelijk het A-0 segment of de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV)). Acute zorg is overheidsgeruleerd en kent dus geen marktwerking (bijvoorbeeld in de vorm van onderhandelingen over prijzen of van selectieve zorginkoop). Omdat de in punt 1 genoemde 'eerste hulp' een 7x24-uurs bereikbaarheid vereist, is een beschikbaarheidstoelage nodig.

Investering nodig, maar besparingen mogelijk

Realisatie van deze eisen vereist nieuw beleid en ook investeringen (vooral in de ambulancehulpverlening). Besparingen zijn ook mogelijk: op de huisartsendiensten, door vermindering van het aantal SEH's en door efficiencywinst bij de meldkamers. De minister moet de situatie in landelijke gebieden van geval tot geval bekijken en geen algemene, landelijke maatregelen nemen.

3.2 Planbare medisch-specialistische zorg

Conclusies over bereikbaarheid planbare zorg

De bij dit advies behorende achtergrondstudie van Blank et al. en het vignet Schaal en zorg internationaal bevatten cijfers over de spreiding en de bereikbaarheid van medisch-specialistische zorg. Verder is de NZA-monitor over zbc's (jan. 2007) relevant. Hieruit kan men vier conclusies trekken.

1. Minder rechtspersonen, aantal locaties stabiel

1. Het aantal rechtspersonen is afgenomen, het aantal ziekenhuislocaties niet. De bereikbaarheid van medisch-specialistische zorg, gemeten in reistijd per locatie, is zonder meer goed te noemen en niets wijst er op dat deze op korte termijn zal verminderen.

2. Ziekenhuizen groot en breed functiepakket

2. Nederlandse ziekenhuizen zijn, internationaal gezien, groot. Zij beschikken, in tegenstelling tot buitenlandse ziekenhuizen, over een breed pakket medisch-specialistische functies. Er is geen systematisch verband tussen dit pakket en de zorgbehoefte in het werkgebied. Ook is er geen mechanisme om dit te toetsen of te sturen. Nederland heeft geen stratificatie-instrumentarium.

3. Hebben geen optimale schaalgrootte

3. Een schaalgrootte van ongeveer 500 bedden noemt men in de internationale literatuur als het optimum voor kwaliteit en doelmatigheid. Nederlandse ziekenhuizen hebben vanuit een kostenperspectief een niet-doelmatige omvang. Een eventuele verdergaande schaalvergroting zal dan ook niet zonder meer efficiencywinst opleveren. Daarvoor is het nodig de organisatie en de fysieke infrastructuur aan te passen. Dat gebeurt nu soms wel, soms niet. De markt reikt hier de bestuurder idealiter het afwegingsmechanisme aan. Dit pleit voor meer efficiencyprikkelers uit de markt.

4. Aantal zbc's toegenomen

4. Het aantal zbc's is de laatste jaren flink toegenomen. Dit heeft een positief effect op de bereikbaarheid van medisch-specialistische zorg. Kanttekening: dit effect is vooral merkbaar in de Randstad.

Trends:

Naast de feiten, zijn enkele trends in de ziekenhuiswereld relevant.

- Minder fusies meer samenwerking

- Ziekenhuizen gaan de laatste tijd samenwerkingsverbanden aan zonder te fuseren. Zij concentreren zich dan op samenwerking rond een zorgfunctie en op een ziekte. De samenwerking heeft soms een landelijk, soms juist een regionaal karakter. Soms zijn de partners gelijkwaardig (bijvoorbeeld een aantal topklinische ziekenhuizen), soms ook niet en dan kan de samenwerking leiden tot stratificatie van zorgniveau (een differentiatie van zorgaanbod (keten) binnen het

- samenwerkingsverband). Voorbeeld: de A-12 ziekenhuizen in Zuid-Holland.
- Specialisten organiseren zich regionaal
 - Medisch-specialisten vormen (regionale) netwerken van kennis en zorg. Deze netwerken kunnen ontstaan rond een specialisme, maar ook rond een ziekte of rond een keten van interventies. Zo ontwikkelt zich naast en buiten het ziekenhuis een nieuwe vorm van (regionale) medisch-specialistische zorg.
 - Steeds meer specialisatie; concentratie van kennis en kunde
 - Medisch-specialistische zorg is in toenemende mate het resultaat van concentratie van hoogwaardige, wetenschappelijke en technologische kennis. Zeer gespecialiseerde diagnostiek wordt bepalender voor vervolgbeslissingen. In het algemeen geldt voor het topsegment: de specialisatie neemt toe. Vroeg of laat slaat deze ontwikkeling neer in standaarden en in de kwaliteitsnormen van de IGZ (minimale volumina per verrichting). Dat zal concentratie van kennis bevorderen, mogelijk gevolgd door de vorming van regionale netwerken, waarbinnen de nadelige effecten van concentratie deels teniet kunnen worden gedaan. Zie het voorbeeld in de box.
 - Meer ziektegerichte ketens
 - Er zullen waarschijnlijk, mede hierdoor, maar ook uit overwegingen van efficiency en professionalisering, meer ziekte-georiënteerde medisch-specialistische behandelcentra komen, deels zelfstandig (bijvoorbeeld als zbc), deels als onderdeel van een programma voor disease management (bijvoorbeeld een regionale diabetesketen), maar deels ook binnen ziekenhuizen (zorgstraten en –paden). Dus: naast concentratie (de vorige trend), zien wij deconcentratie.
 - 4 beleidsontwikkelingen van invloed op schaalbeslissingen
 - Naast deze zorginhoudelijke trends, zijn er tenminste vier beleidsontwikkelingen die van invloed zijn op schaal en bereikbaarheid: de uitbreiding van het B-segment, de introductie van integrale prestatieprijzen (kapitaallasten voor eigen rekening), selectieve zorginkoop en stringenter kwaliteitstoezicht door de IGZ.

Een voorbeeld van noodzakelijke concentratie van kennis en kunde

Concentratie van oncologische chirurgie

Eierstokkanker, ovariumcarcinoom, wordt pas in een laat stadium ontdekt. Methodes om deze vorm van kanker in een vroeg stadium op te sporen bestaan niet. Het komt er bij deze kankervorm aan op een effectieve behandeling.

Jaarlijks krijgen 1100 Nederlandse vrouwen te horen dat ze aan deze vorm van kanker lijden. Deze patiënten worden in vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen behandeld. De behandeling bestaat uit verwijdering van de tumor, eventueel gevolgd door chemotherapie. Dat laatste is afhankelijk van het stadium van kankerontwikkeling. Elk Nederlands ziekenhuis krijgt dus te maken met gemiddeld één patiënt met eierstokkanker per maand.

Uit het onderzoek van Floor Vernooij blijken grote verschillen in de overlevingskansen van patiënten met eierstokkanker. (Floor Vernooij, 'Ovarian cancer treatment in The Netherlands 1996-2003.' Utrecht 2008, blz. 43 e.v.). Daarvoor onderzocht zij 8621 patiënten. Patiënten met eierstokkanker in vroege stadia in de leeftijdscategorie 50 tot 75 jaar hadden in semi-gespecialiseerde en gespecialiseerde ziekenhuizen een veel hogere overlevingskans dan patiënten in algemene ziekenhuizen. Het gaat hierbij om een verschil van 30 procent in semi-gespecialiseerde en maar liefst 42 procent in gespecialiseerde ziekenhuizen.

Effectieve behandeling van eierstokkanker (volgens Vernooij een 'silent-killer') vergt chirurgische technieken die niet tot de standaardopleiding van algemene gynaecologen horen. Operatie door gynaecologisch oncologen zou de kans op optimale operatie-uitkomsten en dus ook op de prognose kunnen verbeteren. Maar dat vraagt om specialisatie en dat kan niet zonder concentratie van deze deskundigheid in meer gespecialiseerde ziekenhuizen.

Gevolgen trends groot, vooral als men voor kwaliteit kiest

Deze trends zullen, denkt de Raad, in hun gecombineerde werking, maar vooral door een stringenter kwaliteitsregime gebaseerd op een minimumaantal verrichtingen, grote gevolgen hebben voor schaal en bereikbaarheid van planbare medisch-specialistische zorg. Relatief kleine, zelfstandige ziekenhuizen met een breed functiepakket zouden wel eens geconfronteerd kunnen worden met ernstige problemen met de continuïteit. Wanneer men kiest voor kwaliteit, wanneer men kwaliteit in de hiërarchie van publieke belangen bovenaan zet, dan zal men de gevolgen daarvan moeten aanvaarden, te meer daar deze positief zijn voor patiënten.

Kunstmatig in stand houden locaties onaanvaardbaar

Het kunstmatig in stand houden van kwalitatief onverantwoorde ziekenhuislocaties vindt de Raad onaanvaardbaar. Het is anderzijds juist wel gewenst bepaalde ziekenhuislocaties open te houden in verband met bereikbaarheid.

Mogelijkheden voor klein ziekenhuis: netwerk, focus

Hiervoor zijn zeker mogelijkheden, als men voldoet aan de volgende uitgangspunten:

- grootschaligheid van bestuur, bedrijfsvoering en kennismanagement;
- kleinschalige zorgverlening gewenst, maar onderdeel van een grootschalig, regionaal netwerk van medisch-specialistische kennis;
- specialisatie binnen dit netwerk van de relatief kleine ziekenhuis-kernen met als profiel: nauwe samenwerking met de eerstelijnscentra (en buitenpoli's), concentratie op enerzijds preventie, screening en vroegdiagnostiek, anderzijds op de zorg (waaronder monitoring) voor chronisch zieken (op basis van disease management en met toepassing van e-health);
- focus-ziekenhuizen (klinieken), gespecialiseerd in een of enkele medische ingrepen;
- in kwaliteitstoezicht en zorginkoop vormen deze locaties herkenbare en verhandelbare eenheden. De IGZ hanteert strikte kwaliteitsnormen die locatie-specifiek zijn te maken (bijvoorbeeld minimale aantallen ingrepen).

Taakdifferentiatie in drie niveaus van medische zorg

Samengevat: de Raad pleit krachtig voor taakdifferentiatie binnen het medisch bedrijf. Doe zoveel mogelijk, maar generalistisch en diagnostisch, in de eerste lijn (zie verder 3.4), die dus ook 'breed' van opzet moet zijn. Concentreer specialistische kennis in grote ziekenhuizen. Ontwikkel hiertussen relatief kleine medisch-specialistische locaties met focus en functionaliteit voor zowel de eerste lijn als voor het grote ziekenhuis. Dit zou de grondslag voor de kwaliteitsnormen van het externe toezicht moeten zijn.

3.3 Langdurige zorg (AWBZ)

In langdurige zorg heeft schaal een andere betekenis dan in de cure

In de AWBZ (care) heeft schaal een andere connotatie dan in de Zorgverzekeringswet (cure). In de care associeert men schaal met deconcentratie van zorg, met zelfstandig wonen, met het scheiden van wonen en zorg. Schaal is: de menselijke maat.

Grootschaligheid: ultimum refugium. Eerste optie: zorg aan huis

Hier zien wij dat de grootschalige, institutionele zorg steeds meer ingezet wordt voor de zwaarste categorie patiënten (als ultimum refugium). De eerste keuze zal zijn zelfstandig wonen met zorg aan huis of, indien nodig, wonen in groepsverband. En dat is ook het beste schaalniveau: het huis van de cliënt.

Dus: kleinschalige provisie van zorg. Maar facility vereist vaak grootschaligheid

Achter deze kleinschalige zorg, kan de facilitaire en logistieke ondersteuning (administratie, vastgoedmanagement, ICT) grootschalig georganiseerd zijn, evenals het bestuur. Deze grootschaligheid kan verschillende vormen aannemen: die van een gefuseerde instelling of die van een

samenwerkingsverband. De keuze voor grootschaligheid wordt in de regel gedaan op grond van een risico-inschatting. Men kiest dan voor spreiding van risico, door bijvoorbeeld met een woningcorporatie in zee te gaan voor het vastgoedbeheer, maar ook om een stevige positie op de woningmarkt te verwerven (dit ten behoeve van het zelfstandig wonen van cliënten).

Grootschaligheid
veronderstelt
kleinschaligheid en vice
versa

Zo zien wij dus tegelijkertijd kleinschaligheid van zorg en grootschaligheid van organisatie en bestuur. De kleinschaligheid wordt bevorderd door de wens van de cliënt, door het persoonsgebonden (of -volgend) budget en door de toenemende risico's van grootschalige investeringen in bouwprojecten. De grootschaligheid ontstaat door bewegingen op het vlak van de zorginkoop (de wens 'countervailing power' ten opzichte van de zorginkoper te ontwikkelen). Maar grootschaligheid kan ook het gevolg zijn van de noodzaak gespecialiseerde zorgvormen (bijvoorbeeld voor kleine groepen patiënten) of researchmogelijkheden te ontwikkelen. Dit speelt in de geestelijke gezondheidszorg. Kleinschalig en grootschalig trekken samen op. Grootschaligheid kan zelfs voorwaarde zijn voor kleinschalige provisie, bijvoorbeeld wanneer kleinschaligheid in zelfstandige vorm nauwelijks exploitabel is door vigerende tariefstelling (dagbesteding voor gehandicapten). Zie Zijl, P.J.M. van, et al. (2008).

Continuïteit van zorg
door integratie extra-
en intramuraal

Deconcentratie van institutioneel, grootschalig zorgaanbod kan integratie van intra- en extramuraal zorginstellingen impliceren. In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft deze integratie zich al voltrokken. Om de continuïteit van zorg in de keten te bevorderen, vonden extra- en intramuraal instellingen voor ggz elkaar. In deze gevallen leidde schaalvergroting tot betere ketenzorg en tot meer continuïteit van zorg. Het is vooral in de GGZ erg belangrijk dat de schakels in de keten (bijvoorbeeld de opnamefunctie en de extramuraal vervolgbehandeling) zich in elkaars nabijheid bevinden. Concreet: klinische psychiatrie in de bebouwde kom. In de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg zal dit ook gebeuren, maar is een alternatief voorhanden: de intramuraal instelling schakelt over op extramuraal zorgverlening (thuiszorg, dienstverlening, dagzorg) en wordt zo een concurrent voor de traditionele extramuraal en thuiszorginstellingen.

Voorbeelden van
intersectorale
samenwerking: een trend

Een andere tendens is de samenwerking en integratie met zorginstellingen werkzaam op andere terreinen. Voorbeelden hiervan zijn:

- ouderenzorg en gehandicaptenzorg ontwikkelen gezamenlijk woonconcepten (zelfstandig en/of beschermd wonen);
- GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg werken samen in de zorg voor dubbel gehandicapten;
- verpleeghuizen en ziekenhuizen richten transferafdelingen op;
- GGZ en ziekenhuis ontwikkelen voorzieningen voor integrated care;
- GGZ en ouderenzorg werken samen in de psycho-geriatrie/geronto-psiatrie;
- GGZ en 1^e lijn ontwikkelen een nieuw anderhalf de lijns concept voor psychische hulpverlening.

Deze integratie is goed voor de patiënt

Deze integratieve bewegingen slechten de muren tussen de care en de cure, tussen de financieringssystemen en tussen de echelons. Zie verder het RVZ-advies *Beter zonder AWBZ?* (2008). Omdat hier sprake is van synergie, van toegevoegde waarde, die het resultaat is van ketenvorming, moeten deze bewegingen positief worden beoordeeld. Dit laat onverlet dat er in de AWBZ ook fusies plaatsvinden waarbij de synergie onduidelijk is. Maar ook hier zou moeten gelden: de tucht van de markt moet het werk doen, lees: moet het werk kunnen doen.

Schaalgroote én bereikbaarheid toegenomen maar zorginkoopmarkt is wel aandachtspunt

Algemeen oordeel: in de langdurige zorg is de bereikbaarheid van de zorg toegenomen. Wij zien dit heel sterk in de gehandicaptenzorg, waar, met behulp van gericht overheidsbeleid, veel is bereikt. Tegelijkertijd is de bestuurlijke schaalgroote toegenomen (zie Zijl, P.J.M. van, et al., 2008 voor de verpleeghuizen). Het laatste kan, bijvoorbeeld in de thuiszorg, op de zorginkoopmarkt tot onevenwichtigheid leiden. En verder zal het veld zelf moeten bewaken of de interne bureaucratie (managementlagen) niet te veel toeneemt. Ook dan is het echter primair de tucht van de markt die verkeerde beslissingen in deze moet afstraffen.

In AWBZ ontbreken echter de checks and balances. Tucht van de markt corrigeert niet

Dit zal alleen gebeuren wanneer óf de bekostiging op basis van een persoonsvolgend of -gebonden budget plaatsvindt óf de zorgkantorfunctie wordt vervangen door een risicodragende zorgverzekeraar in de Zvw. Op dit moment ontbreekt het in de AWBZ aan 'checks & balances', aan marktwerking, aan prijsprikkels aan de vraagzijde. Inadequate schaalbeslissingen worden dan ook niet voldoende afgestraft. De sterke concentratietendens in de thuiszorg is overigens voor een groot deel een gevolg van de wijze waarop de Wmo is geïmplementeerd. Omdat dit buiten de scope van het advies valt, gaat de Raad hier niet op in.

3.4 De eerste lijn

Eerste lijn: belangrijk voor verbetering bereikbaarheid, maar

De RVZ ziet in versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn een essentiële mogelijkheid om grootschaligheid in de tweede lijn te compenseren. Het is bovendien een conditio sine qua non voor de noodzakelijke

dan wel schaalvergroting verbetering van de bereikbaarheid van de eerste lijn. Deze verbetering hoeft geen betrekking te hebben op de spreiding van de voorzieningen en op reistijd (zie hiervoor Blank et al., 2008). Wel is het nodig de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg en de samenwerking te verbeteren (zie ook 3.1).

De kerndisciplines Onder eerstelijnszorg verstaat de Raad: de huisarts, de thuiszorg, de apotheker, de praktijkverpleegkundige en de fysiotherapeut als kerndisciplines. Deze disciplines bieden idealiter een geïntegreerd, gemeenschappelijk product. Zie verder het vignet Eerstelijnszorg (bijlage 5).

1^e en 2^e lijn (care en cure): communicerende vaten Men kan de ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg en die in de langdurige zorg niet los zien van de eerste lijn: het zijn communicerende vaten. Door omstandigheden afgedwongen, dat wil zeggen noodzakelijke, grootschaligheid in de tweede lijn kan men soms compenseren door uitbreiding en versterking van de (kleinschalige) eerste lijn. Deze compensatie is gewenst en moet dus worden bevorderd. Mogelijkheden hiertoe zijn de bekostiging (meer risico op tweedelijns (DBC's), minder risico op eerstelijns zorg (capitation fee), de zorginkoop, stimulering van investeringen in zorginnovatie (disease management, ICT) en vergroting van het risico op vastgoed (kapitaallastenbeleid). Maar eerst zullen de kerndisciplines in de eerste lijn het eens moeten worden over een zorgconcept en over een organisatievorm.

De RVZ heeft er in een aantal adviezen op gewezen dat de ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn absolute voorwaarde is voor vorderingen op een aantal terreinen:

Geïntegreerde, brede 1^e lijn voorwaarde op veel terreinen

- disease management en ketenzorg; stepped care (GGZ);
- scheiden van wonen en zorg en bevorderen zelfstandig wonen van mensen met een beperking;
- renovatie van de AWBZ en verbetering van langdurige zorg en chronische ziekenzorg (onder meer door betere vroegdiagnostiek);
- selectieve zorginkoop;
- participatie en maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Hef echelonnering op, creëer anderhalve lijn en integrated care

In deze grote beweging is het nodig het bestaande onderscheid in eerste en tweede lijn (de echelonnering) gedeeltelijk op te heffen. En hetzelfde geldt voor care, cure en preventie en voor psychisch en somatisch. Medische en verpleegkundige kennis moet men op een wezenlijk andere manier organiseren. Zo is het nodig en inmiddels ook mogelijk, dat bepaalde specialistische interventies in de eerste lijn plaatsvinden (psychiatrisch spreekuur, geriatriesch consultatiebureau, diagnostiek). Het ziekenhuis heeft omgekeerd soms behoefte aan generalistische medische kennis. De GGZ kan voor een belangrijk deel in de eerste lijn worden geboden. De medische zorg in verpleeghuizen en die in instellingen voor verstandelijk gehandicapten zou men een plaats kunnen geven in eerste-

lijns centra, die diensten verlenen aan zelfstandig wonende cliënten en aan de intramurale instellingen. Op deze manier ontstaan tussen eerste en tweede lijn 'anderhalfdelijns' voorzieningen, waarbij de onvermijdelijke extramuralisering van intramurale zorg een belangrijke rol speelt (buitenpoli's, zbc's etc.). Dit alles vereist een relatieve schaalvergroting van de huidige eerstelijnszorg. En in dit concept is eerstelijnszorg niet primair 'generalistisch', maar vooral 'integraal' (dus: integrated care).

Dit alles ter compensatie van concentratie in de gespecialiseerde zorg

De Raad ziet deze ontwikkeling als een integraal onderdeel van de schaalvergroting in de institutionele en gespecialiseerde zorg. Maatregelen op het terrein van schaal en zorg zouden primair gericht moeten zijn op de ontwikkeling van het zojuist beschreven nieuwe zorgconcept. Hetzelfde geldt overigens voor deconcentratie en voor e-health. Deze drie behoren in de praktijk samen te hangen. Vooral op die manier borgt men publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid/bereikbaarheid, betaalbaarheid). De recent verschenen nota van de minister van VWS over de eerstelijnszorg bevat nog geen concrete maatregelen op dit terrein. Op dit moment bestaan er nog financiële belemmeringen voor het realiseren van de nieuwe, brede eerstelijnszorg.

3.5 Disease management en ketenzorg

Steeds meer chroniciteit, dus steeds meer disease management nodig

Het grootste deel van de gezondheidszorg bestaat uit interventies binnen een beperkt aantal grote ziekte-categorieën, in het bijzonder chronische aandoeningen (hartfalen, COPD, reuma, diabetes, depressie, kanker). Deze interventies zijn steeds vaker onderdeel van een ziekte-georiënteerde zorgketen of van een programma voor disease management. Daarin komen alle noodzakelijke interventies bijeen: diagnose en behandeling, preventie, care en cure, medische en maatschappelijke, somatische en psychische, generalistische en specialistische. Dit brengt continuïteit van zorg, zo belangrijk voor mensen met een chronische ziekte, dichterbij.

Alles wordt anders; van instituut naar functie

Men kan hier twee dingen over zeggen. In de eerste plaats dat hier de blauwdruk ligt voor de toekomstige gezondheidszorg. En in de tweede plaats dat die blauwdruk sterk afwijkt van de huidige, institutionele, beroep-, discipline- en gebouwgebonden zorg. Dit is van belang voor de discussie over schaal en zorg. Die discussie grijpt nog aan op traditionele zorgparameters (instellingen, budgetten en bedden), terwijl in toeneemende mate - denkt én hoopt de RVZ - zorg met andere, aan disease management ontleende, parameters moet worden beoordeeld.

Dat maakt de discussie over schaal en zorg deels achterhaald

In feite zet deze ontwikkeling de discussie over schaal en zorg op haar kop. Wij zullen andere, namelijk functionele in plaats van institutionele, beoordelings- en beloningsmaatstaven moeten ontwikkelen. En: stimuleren van deze nieuwe vorm van zorg zal een aantal problemen met schaalvergroting kunnen oplossen.

Schaalniveau: ziekte en zieke; continuïteit belangrijker dan bereikbaarheid

De ziekte en de patiënt zijn straks het schaalniveau, niet meer het zorgaanbod. Dat volgt de patiënt en zijn ziekte. Continuïteit van zorg in plaats van bereikbaarheid van zorg.

3.6 E-health

E-health uiterst relevant!

Ook e-health en telemedicine zijn uiterst relevant voor de discussie over schaal en zorg. In een apart vignet, Schaal en e-health, werkt de Raad deze relatief nieuwe vorm van zorg uit (zie bijlage 6).

Ook e-health maakt schaaldiscussie (lees 'locatiedenken') achterhaald

De RVZ ziet deze ontwikkeling als één van de belangrijkste mogelijkheden de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. In feite plaatst massale uitrol van e-health (die wij tot nu toe helaas niet zien) de discussie over schaal en zorg in een ander perspectief. E-health is bij uitstek zorg waarin niet het instituut, maar de functie (kennis, zorg) centraal staat. In die zin is e-health een alternatief voor de traditionele zorgverlening.

E-health is een uitgelezen kans om:

E-health dé manier om kwaliteit, bereikbaarheid, betaalbaarheid/ effectiviteit te verbeteren

- de kwaliteit van de acute zorg te verbeteren;
- de zorg voor chronisch zieken zo in te richten dat meer kansen op maatschappelijke participatie ontstaan (waardoor de kwaliteit van leven toeneemt); domotica ondersteunt dit; e-health betekent: regie over je leven houden, ook als je chronisch ziek bent;
- de effectiviteit van de zorg te verbeteren door een beroep te doen op zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en zorg;
- reistijden te verminderen;
- relatief dure gebouwgebonden zorgverlening te vermijden.

Er zijn vier succesvoorwaarden voor massale uitrol van e-health:

Maar: 4 succesvoorwaarden

1. e-health moet vis à vis – zorg vervangen (substitutie, dus besparingen); laat zorgaanbieders die een traditionele DBC weten te vervangen door een innovatief e-health product de besparing behouden;
2. ontwikkeling van nieuwe gunstig geprijsde e-health DBC's;
3. standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling (en beveiliging) zullen door de rijksoverheid wettelijk moeten worden opgelegd (dit in verband met ketenzorg); zie hiervoor het vignet Schaal en e-health;
4. schaalvergroting bij instellingen die e-health aanbieden (in verband met betere facilitaire en logistieke ondersteuning) accepteren.

Programmatistische aanpak nodig De RVZ pleit voor een actieve en programmatistische aanpak van de minister.

3.7 Conclusies

Schaal en zorg; per zorgsegment verschillend In dit hoofdstuk lieten wij zien dat het verband tussen schaal en zorg voor verschillende (deel)segmenten van zorg verschillende vormen aanneemt. De schaal van de care is wezenlijk anders dan die van de cure. Dat is een belangrijke constatering.

Bereikbaarheid zorg is goed; kwaliteit en kunde zijn aandachtspunten (voor IGZ en NZa) Verder kunnen wij op grond van de feiten concluderen dat de bereikbaarheid (gemeten in reistijd) van zorgvoorzieningen in Nederland goed is. Twee andere zaken vragen echter wel aandacht (van IGZ respectievelijk NZa), namelijk de kwaliteit van zorg - deze vraagt soms om groot- en soms om kleinschaligheid - en de keuzemogelijkheden op de zorgverlenings- en op de zorginkoopmarkt.

Toezicht met behulp van minimumnormen voor bereikbaarheid Er is nog een derde aandachtspunt. Schaalvergroting door fusie levert soms pas efficiencywinst op als de fusieorganisatie bestaande locaties opheft. Het toezicht cq marktmeesterschap door IGZ en NZa moet de precaire balans tussen doelmatigheid en bereikbaarheid nauwlettend volgen op basis van minimumnormen voor de bereikbaarheid. Deze normen moeten onderdeel zijn van het kwaliteitsbeleid, zodat dit uiteindelijk altijd de doorslag geeft.

Conclusie 1: drie niveaus medische zorg; drastische vermindering aantal ziekenhuizen geen probleem Uit de bespreking van de verschillende zorgsegmenten kan men de volgende algemene conclusies over schaal en zorg afleiden.

1. Voor de ziekenhuizen geldt dat schaal de uitkomst moet zijn van regionale netwerken van medisch-specialistische kennis. Hierin zijn bepaalde vormen van zorg noodzakelijkerwijs grootschalig georganiseerd (als gevolg van concentratie van professionaliteit en (diagnostische) technologie), maar andere kunnen juist kleinschalig worden aangeboden. Deze netwerken ontstaan op grond van enerzijds doelmatigheid, anderzijds kwaliteitsoverwegingen, waarbij de preferenties van patiënten en zorginkopers moeten meespelen. De netwerken zijn opgebouwd uit drie niveaus van medische zorg:

- een goed geoutilleerde en geïntegreerde eerste lijn met enkele specialistische diagnostische functies;
- relatief kleine focus-klinieken voor óf care óf cure;
- UMC's en top-klinische ziekenhuizen met een breed functiepakket.

De IGZ houdt toezicht op grond van expliciete kwaliteitsnormen die de randvoorwaarden voor de netwerkvorming bevatten. Zelfstandige, relatief kleine ziekenhuisorganisaties moeten in deze netwerken een

plaats krijgen als trait d'union tussen medisch-specialistische zorg en eerste lijn c.q. langdurige zorg. Meer marktwerking én stringent toezicht ook op netwerk- en ketenvorming (IGZ, NZa) zijn noodzakelijk. In zo'n constellatie is een drastische vermindering van het aantal rechtspersonen dat een ziekenhuis exploiteert geen bezwaar voor bereikbaarheid, wél een stimulans voor kwaliteit.

Conclusie 2: vermijd marktwerking in acute zorg

2. In de acute zorg dient men iedere vorm van marktwerking te vermijden. Hier moet onverkort overheidsverantwoordelijkheid gelden. Indien men de acute zorg (wettelijk) regelt, zoals beschreven, heeft men de bereikbaarheid van zorg voor een belangrijk deel geborgd. En kan men tegelijkertijd in de planbare zorg de markt meer kansen geven.

Conclusie 3: overheid moet deconcentratie bevorderen (1^e lijn/e-health/disease management)

3. Daarnaast ligt de uitdaging voor de overheid, als het gaat om schaal en zorg, in het met kracht bevorderen van deconcentratie van zorgverlening, zorg op menselijke maat en community based care vooral in de bekostiging (NZa) en in het kwaliteitstoezicht (IGZ). Mogelijkheden hiertoe: brede wijkgebonden eerstelijnscentra, e-health, disease management en scheiden van wonen en zorg. Realisatie vereist een goed geregisseerd public- private programma, waarin deze mogelijkheden in samenhang- en over de grenzen van Zvw, AWBZ en Wmo heen - worden benut. Overigens kan men uitvoering van dit deconcentratieprogramma niet los zien van het beleid ten aanzien van grootschalig zorgaanbod: het zijn twee kanten van één medaille en er zal sprake moeten zijn van bevordering van substitutie in de tariefstelling.

4 Borging van de publieke belangen

4.1 Verantwoordelijkheidstoedeling per zorgsegment

Vorig hoofdstuk: het belang van segmentering

In hoofdstuk 3 hebben we geïllustreerd hoe schaal en zorg in verschillende zorgsegmenten samen gaan of idealiter samen kunnen gaan. Ook is geconstateerd dat het belang van snelle bereikbaarheid per zorgsegment verschilt en daarmee ook de kans op conflicten tussen de verschillende publieke belangen.

Ook de besturing segmenteren

Voor de toedeling van verantwoordelijkheid - met daaraan gekoppeld het toepasselijke besturingsparadigma - betekent dit volgens de Raad het volgende:

- acute zorg/bijzondere medische verrichtingen

a. acute zorg en bijzondere medische verrichtingen: overheidsregulering door middel van planning en bekostiging van acute zorg voorzieningen; dus geen marktwerking (wél doelmatigheids-prikkels!);

- electieve-curatieve zorg

b. electieve-curatieve zorg: marktwerking binnen door overheid gestelde kaders; uitvoering verantwoordelijkheid veldpartijen; loopt via zorginkoop, integrale prestatieprijzen, geleidelijke uitbreiding vrije prijzen en wettelijke minimumnormen voor kwaliteit, alleen evidence based medicine (rest: aanvullende verzekering, dus geen overheidsverantwoordelijkheid);

- chronische zorg

c. chronische zorg (langdurige zorg): marktwerking binnen door overheid gestelde kaders; uitvoering verantwoordelijkheid veldpartijen (betreft de 'zorg'; 'participatie' daarvan losmaken en volledig beleggen bij lokaal bestuur); eventueel klein deel AWBZ (gehandicaptenzorg) blijvend onder overheidsverantwoordelijkheid; pgb-financiering; overheid stelt minimumnormen kwaliteit vast als onderdeel zorgaanspraak; belangrijke rol eerste lijn, waarin gemeente participeert;

- wonen en welzijn

d. wonen en welzijn: verantwoordelijkheid lokaal bestuur: geen bemoeienis minister VWS; geen onderdeel basispakket/AWBZ; de 'inclusieve samenleving': kabinetsbeleid.

Consequenties voor de ministeriële verantwoordelijkheid

Toegesplitst op schaalbeslissingen, betekent dit:

- volledige ministeriële verantwoordelijkheid voor de acute zorg en bijzondere medische verrichtingen. Deze onder meer vormgeven in planning, separate financiering/bekostiging en kwaliteitsnormering;
- ministeriële 'eind'verantwoordelijkheid voor chronische en electieve-curatieve zorg, dat wil zeggen; niet voor de uitvoering (marktwerking), wel voor de randvoorwaarden en functioneren stelsel;
- geen specifieke ministeriële verantwoordelijkheid VWS voor participatie, wonen en welzijn, voor niet evidence based-zorg en voor aanvullende verzekering.

4.2 Risico's voor de publieke belangen

Risico's kun je nooit uitsluiten:

Hoewel daar vooralsnog geen aanwijzingen voor zijn, is niet uitgesloten dat zich binnen die zorgsegmenten waar marktwerking het dominante besturingsparadigma is risico's voor de publieke belangen manifesteren. Risico's kun je nooit uitsluiten:

- beperking inkoopmogelijkheden

Keuzemogelijkheden

Als schaalvergroting door middel van fusies op lokaal of regionaal niveau plaatsvindt bestaat het risico dat er voor inkopers van zorg (zorgverzekeraar en patiënt) weinig keuzemogelijkheden overblijven. Zelfs wanneer er op provisie-niveau veel diversiteit is en ogenschijnlijke keuze, is een consequentie van fusie op het niveau van de rechtspersoon dat de facto maar één contractpartner bestaat voor inkopers van zorg.

- aanbod volgt de vraag niet

Klantgerichtheid

In een zich ontwikkelende markt, waarin marktposities (nog) moeten worden bevochten, bestaat de kans dat (zorg)ondernemers een dominante oriëntatie hebben op het verkrijgen van marktaandeel en marktmacht en dus op schaalvergroting op ondernemingsniveau. De voorkeur van de klant gaat uit naar kleinschalige provisie-eenheden, dichtbij huis. De aandacht van de zorgaanbieder voor de preferenties van de klant kan door die dominante oriëntatie op marktpositie in het gedrang komen. Het aanbod van zorg wordt dan onvoldoende afgestemd op de preferenties van de patiënt.

- lage kwaliteit/hoge prijs door te weinig concurrentie

Kwaliteit en betaalbaarheid

Zorgondernemingen die een economische machtspositie innemen kunnen misbruik maken van die positie, omdat ze te weinig concurrentiedruk ondervinden. Zij kunnen dan de kwaliteit laten versloffen en/of een te hoge prijs voor hun producten en diensten rekenen.

- opheffen onrendabele lijnen door vrije prijsvorming?

Bereikbaarheid

Naarmate vrije prijsvorming toeneemt, zullen zorgaanbieders naar manieren zoeken om hun onderhandelings- en concurrentiepositie te verbeteren. Zij zullen op kosten willen besparen. Daarmee neemt, tenslotte, het risico toe dat zij overgaan tot concentratie van zorgfuncties en/of het opheffen van locaties.

Deze risico's versterken de roep om een fusietoets voor de zorg

Juist om deze potentiële risico's te vermijden heeft de Kamer de minister de suggestie gedaan om een aparte fusietoets in het leven te roepen waarmee een dam kan worden opgeworpen tegen verdere schaalvergroting in de zorg. Voorgenomen fusies van zorginstellingen zouden moeten worden beoordeeld op hun consequenties voor de publieke belangen. In de volgende paragrafen onderzoekt de Raad de mogelijkheden van zo'n toets, mede in het licht van het relevante Europeesrechtelijke kader, alsmede de meerwaarde daarvan naast het reeds vigerende preventieve fusietoezicht

uit hoofde van de Mededingingswet (zie vooral ook J.W. van de Gronden en H.M. Stergiou, 2008).

4.3 Fusietoets mogelijk als sturingsmiddel voor schaal?

Fusiecontrole op grond van de Mededingingswet

De werkwijze van de NMa

Zorginstellingen die willen fuseren moeten dit voornemen (wanneer hun gezamenlijke omzet een drempelbedrag te boven gaat) melden aan de NMa. Uitsluitend de NMa is bevoegd voorgenomen fusies te beoordelen. Als de NMa op grond van een eerste onderzoek concludeert dat er geen reden is om aan te nemen dat de voorgenomen fusie de daadwerkelijke mededinging op de relevante markt significant zou kunnen belemmeren (vooral door het ontstaan of versterken van een economische machtspositie), mogen de zorginstellingen de fusie tot stand brengen. Vreest zij dat de voorgenomen fusie de mededinging wel wezenlijk kan beperken dan is voor de fusie een vergunning vereist. In de vergunningsfase onderzoekt de NMa gedetailleerd of er na de fusie voldoende concurrentiedruk blijft bestaan, die disciplinerend werkt op de nieuwe (gefuseerde) zorgonderneming. Ontbreekt na de fusie enige concurrentiedruk van betekenis, dan wordt de vergunning geweigerd; is deze er naar verwachting wel, dan wordt vergunning verleend. Een vergunning kan ook onder voorwaarden worden verleend ('remedies'). Dergelijke voorwaarden kunnen de fuserende partijen verplichten om bepaalde bedrijfsonderdelen af te stoten, waardoor de gesignaleerde concurrentieproblemen worden opgelost. Zie het recente fusiebesluit inzake Eveen, Philadelphia en Woonzorg Nederland.

Criteria NMa: ogenschijnlijk 'economisch', in feite afgeleid van belang burger

Hoewel de toetsingscriteria die de NMa hanteert in economische termen zijn verrat, neemt dit niet weg dat getoetst wordt op effecten van een voorgenomen fusie op de publieke belangen. Het doel van de preventieve fusiecontrole is immers het voorkomen dat zorgaanbieders dusdanig machtig worden dat er voor patiënten en (andere) zorginkopers feitelijk niet veel meer te kiezen is. Door ervoor te zorgen dat er na de fusie alternatieven beschikbaar zijn en blijven, wordt bewerkstelligd dat de gefuseerde zorgonderneming zich richt op de wensen en preferenties van de afnemers van zorg (zoals een goede bereikbaarheid) en goede kwaliteit van zorg levert tegen een redelijke prijs.

NMa houdt geen rekening met de fysieke verschijningsvorm van de zorg; indirect speelt die wel een rol

De NMa houdt niet rechtstreeks rekening met de (eventuele) effecten van een fusie op de bereikbaarheid van de zorg c.q. het aantal locaties waar zorg geleverd wordt. Eventuele voornemens van de fuserende instellingen om zorgfuncties te concentreren en/of locaties te sluiten vormen als zodanig geen beoordelingscriterium voor het al dan niet verlenen van een vergunning. Het aangrijpingspunt voor beoordeling van een fusie vormt immers de juridische entiteit en niet de fysieke verschijningsvorm(en), ofwel locatie(s). De NMa is in deze gebonden aan de bepalingen en

toetsingscriteria van de Mededingingswet, die weer sterk geënt is op het Europese mededingingsrecht. Indirect speelt de bereikbaarheid bij de fusietoets wel een rol. Bij het afbakenen van de relevante markt wordt de reisbereidheid van patiënten onderzocht, zoals die zal zijn na de fusie. Dat bepaalt immers of er alternatieven en daarmee concurrentiedruk zijn. De verwachting is dat naarmate de transparantie over de kwaliteit van zorginstellingen toeneemt, ook de reisbereidheid van patiënten zal toenemen. Daarmee zal ook de relevante markt ruimer worden afgebakend en dat betekent weer dat er meer (potentiële) concurrenten zijn en een fusieverbod dus minder snel in de rede ligt.

NMa kent ook 'efficiencyverweer'; daarin kan kwaliteit een rol spelen

De publieke belangen kunnen ook aan de orde komen in zogenoemde efficiencyverweren. In zo'n verweer beroept de vergunningaanvrager zich bijvoorbeeld op het argument dat de kwaliteit van zorg of de betaalbaarheid schaalvergroting vereisen. Een voorbeeld is de casus van de Zeeuwse ziekenhuizen. Door de ziekenhuizen is onder meer betoogd dat zij geen verantwoorde zorg kunnen (blijven) leveren wanneer zij niet mogen fuseren. In het relatief dunbevolkte Zeeland zouden de patiëntenaantallen per ziekenhuis zodanig laag zijn, dat de betrokken medisch specialisten onvoldoende in staat zijn hun vaardigheden op peil te houden. Een dergelijk verweer wordt niet snel gehonoreerd, zeker niet wanneer de fusie zou resulteren in een monopoliepositie van de nieuwe zorgonderneming. Wil een efficiencyverweer slagen, dan is een gedegen onderbouwing noodzakelijk. Zo zal overtuigend moeten worden aangetoond dat de kwaliteit van zorg in dit geval alleen door middel van fusie kan worden geborgd en niet door middel van samenwerkingsverbanden die een minder beperkend effect hebben op de mededinging. Maar als een dergelijk verweer slaagt, leidt dit tot toestemming voor de fusie (en dus tot schaalvergroting).

NMa vraag NZa om advies over de publieke belangen

De publieke belangen komen tenslotte aan de orde in de zienswijze van de NZa. Hoewel uitsluitend de NMa bevoegd is fusies te beoordelen, voorziet het samenwerkingsprotocol NMa-NZa in een rol voor de NZa bij fusies in de zorg. Krachtens dit protocol vraagt de NMa de zienswijze van de NZa. In deze zienswijze gaat de NZa in op de vraag of de voorgenomen concentratie de marktstructuur zodanig wijzigt dat dit nadelige gevolgen heeft voor de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid (waaronder bereikbaarheid) van de zorg. Gelet op het beoordelingskader van de Mededingingswet kan de NMa evenwel slechts in beperkte mate rekening houden met deze zienswijze.

Verwachting: publieke belangen onderdeel fusietoets Mededingingswet, meer kans op toestaan fusies!

Resumerend: in de fusietoets uit hoofde van de Mededingingswet (Mw) wordt in beginsel niet rechtstreeks naar de publieke belangen gekeken. Voor zover de publieke belangen in de fusiebeoordeling wel rechtstreeks een rol spelen, wat mogelijk het geval is in een efficiencyverweer, zullen ze eerder leiden tot het toestaan van een fusie dan tot een fusieverbod. Hetzelfde effect valt te verwachten van een verhoging van de transparan-

tie over de door zorginstellingen geleverde kwaliteit. Het doel van een zorgfusietoets, zoals door de Kamer beoogd, is juist een fusieverbod op te kunnen leggen wegens mogelijke risico's voor de publieke belangen, ook als dit vanuit mededingingsoverwegingen niet is aangewezen.

(On)mogelijkheden van een aparte zorgfusietoets

In de recente discussie over schaalvergroting in de zorg is een aantal mogelijkheden genoemd om aan de wens van de Kamer tegemoet te komen, namelijk:

Een aparte
'zorgfusietoets' mogelijk?
4 opties

1. wettelijke criteria voor fusiecontrole uitbreiden met een 'publieke belangentoets';
2. opname van een wettelijk verbod op marktconcentraties in de zorg, waarbij de fuserende instellingen een marktaandeel van bijvoorbeeld 30% of meer verwerven;
3. de minister van EZ de bevoegdheid geven een fusie te verbieden, die de NMa juist heeft toegestaan;
4. de minister van EZ de bevoegdheid geven beleidsregels vast te stellen op basis waarvan hij een aanwijzing kan geven aan de NMA dat deze de Mededingingswet stringenter moet toepassen.

Opties 1 en 2: niet in
overeenstemming met
de Mededingingswet,
aparte wet denkbaar

De eerste twee opties zijn niet te realiseren binnen het kader van het algemene mededingingsrecht. De Mededingingswet moet toepasbaar zijn in alle sectoren en moet bovendien in overeenstemming zijn met het Europese mededingingsrecht en met de bepalingen van het EG-verdrag inzake het vrije verkeer. Deze opties vergen een aparte – sectorspecifieke – regeling. Het is niet uitgesloten dat dit is te realiseren (Van de Gronden en Stergiou, 2008); vergelijk bijvoorbeeld de Tijdelijke wet mediaconcentraties, die in het leven is geroepen om een publiek belang (pluriformiteit van het omroepbestel) te borgen.

Maar die botst met EU-
regime vrij verkeer!

Bij invoering van deze twee opties loopt de nationale wetgever evenwel het risico dat hij het Europese regime voor het vrije verkeer van kapitaal of de vrijheid van vestiging schendt. Een fusietoets die uitgevoerd wordt op grond van op publieke belangen georiënteerde criteria, belemmert in het buitenland gevestigde zorgondernemingen om organisaties in Nederland over te nemen en daarmee actief te worden op de Nederlandse zorgmarkt. In het verleden heeft het Hof van Justitie van de EG beperkingen van het vrije verkeer in de zorg gerechtvaardigd en proportioneel geacht met het oog op de noodzaak om zorgactiviteiten als ziekenhuisdiensten te plannen.

En introductie
marktwerking maakt
uitzonderingspositie
onaannemelijk

De vraag is evenwel in hoeverre het argument van de noodzaak van planning nog opgaat in zorgsectoren waar marktwerking is geïntroduceerd en de overheidsregie afneemt. Indien dit argument niet meer als valide wordt beschouwd, bestaat het risico dat de eerste twee genoemde opties niet proportioneel en daarmee in strijd zullen zijn met het Europese recht

(Van de Gronden en Stergiou, 2008). Daarnaast moet een nationale zorgfusietoets voorzover deze betrekking heeft op ondernemingen die voldoen aan de omzetrempels van de Europese Concentratieverordening, eerst aangemeld worden bij de Europese Commissie.

Over opties 1 en 2 meer in de volgende paragraaf

Nog afgezien van de juridische risico's, rijst de vraag of invoering van de opties genoemd onder 1 en 2 ook de aangewezen weg is. Daarover meer in de volgende paragraaf.

Optie 3: verdraagt zich niet met status NMa

Ook optie 3 vergt aanpassing van het regelgevend kader. Thans bepaalt artikel 47 Mw dat de Minister van EZ een fusie kan toestaan, die de NMa heeft verboden. Artikel 47 Mw zou zo kunnen worden aangepast, dat de Minister van EZ ook fusies kan verbieden die de NMa juist heeft toegestaan. Hoewel deze optie wellicht sneller is te realiseren dan de opties 1 en 2, verdraagt een dergelijke bevoegdheid, op grond waarvan een bewindspersoon kan ingrijpen op zaaksniveau bij de NMa, zich moeilijk met de status van zelfstandig bestuursorgaan van de NMa. Krachtens deze status opereert zij onafhankelijk van het politieke proces (Van de Gronden en Stergiou, 2008). Op grond hiervan moet deze optie dan ook van de hand worden gewezen.

Bovendien, men kan altijd de hulp van de rechter invoeren

Voor zover er twijfels zijn over de wijze waarop de NMa de Mw in de zorg toepast, kan overigens het oordeel van de rechter worden gevraagd. Op grond van artikel 93 Mw kan elke belanghebbende beroep instellen tegen fusiebesluiten van de NMa bij de rechtbank Rotterdam. Consumentenorganisaties zijn in de wet expliciet aangewezen als belanghebbende. Van deze mogelijkheid is met betrekking tot fusiebeoordelingen in de zorgsector tot op heden nog geen gebruik gemaakt.

Optie 4: is mogelijk, maar vereist aanpassing Mededingingswet-regels

Tenslotte vergt ook de laatstgenoemde mogelijkheid (optie 4) aanpassing van het regelgevend kader. De minister van EZ kan op grond van artikel 5d lid 1 Mw beleidsregels vaststellen ten aanzien van de aan de NMa toegekende bevoegdheden. Krachtens het tweede lid van deze bepaling mogen deze beleidsregels betrekking hebben op niet-economische belangen voorzover het de toepassing van artikel 6 lid 3 Mw (uitzondering op kartelverbod) betreft. Artikel 5d lid 2 Mw zou zodanig gewijzigd kunnen worden dat de Minister van EZ ook beleidsregels over niet-economische belangen op het terrein van het fusietoezicht kan vaststellen. Op grond van deze beleidsregels kan hij zonnodig aanwijzingen geven aan de NMa, bijvoorbeeld over de wijze waarop de relevante markt moet worden afgebakend.

En dat moet passen in het Europese mededingingsrecht

Vanzelfsprekend dient deze bevoegdheid te worden benut binnen de kaders van het Europese mededingingsrecht en het vrije verkeer. De verenigbaarheid met dit kader zal pas blijken bij het daadwerkelijk gebruik maken van de aldus gecreëerde bevoegdheid en is in die zin juridisch minder risicovol dan de opties 1 en 2.

4.4 Beoordeling noodzaak aparte fusietoets

Is een zorgfusietoets ook nodig?	In de vorige paragraaf hebben we besproken welke mogelijkheden er zijn om een zorgfusietoets in het leven te roepen. In deze paragraaf bespreken we de vraag of zo'n toets ook noodzakelijk is. De vraag is dus of een aparte fusietoets - en daarmee een nieuwe sectorspecifieke wettelijke regeling - aangewezen is om de publieke belangen in de zorg te borgen.
Aparte fusietoets: disproportioneel middel dat ondernemersvrijheid inperkt	Nog afgezien van de vraag hoe deze nieuwe wettelijke regeling zich zou moeten verhouden tot de preventieve fusietoets van de Mededingingswet, vindt de Raad dit een te zwaar en disproportioneel middel. Het impliceert een forse beperking van de ondernemersvrijheid van bestuurders van zorginstellingen, die verantwoordelijk zijn voor het functioneren en de continuïteit van de zorgonderneming. In het kader van die verantwoordelijkheid moeten zij belangen afwegen en ook kunnen afwegen. Als er een gegronde reden is om deze ondernemersvrijheid in te perken – zoals voor de acute zorg geldt - dan moet dit zeker niet worden nagelaten. Die gegronde reden ontbreekt hier echter.
Risico's schaalvergroting klein: minder fusies	Zoals eerder gesteld, zijn er geen aanwijzingen dat schaalvergroting in de zorg een bedreiging vormt voor de publieke belangen. Wel is gewezen op mogelijke risico's voor de toekomst. De kans dat deze risico's zich manifesteren is echter klein. We zien in de praktijk een verschuiving optreden in de (Van Zijl et al., 2008). In toenemende mate kiezen zorgaanbieders niet voor een (volledige) juridische fusie, maar voor andere samenwerkingsverbanden, waarbij het aantal rechtspersonen (en dus ook de keuzemogelijkheden voor de inkopers en afnemers van zorg) in tact blijft.
Meer concurrentie en adequaat toezicht beste garantie	Meer concurrentie zal zorgaanbieders dwingen meer klantgericht te werken en meer rekening te houden met de preferenties van afnemers. Het vigerende toezicht van overheidswege is in beginsel toereikend om perverse prikkels die van concurrentie kunnen uitgaan tegen te gaan. De NMa en de NZa bewaken de keuzemogelijkheden en betaalbaarheid voor de burger door ervoor te zorgen dat geen dominante marktposities ontstaan en voor zover deze er al zijn te voorkomen dat zorgaanbieders misbruik maken van deze positie. De IGZ bewaakt de kwaliteit van zorg, ongeacht de schaalgrootte van de zorginstelling.
Geen aparte fusietoets dus	De Raad wijst een aparte fusietoets voor de zorg dus af. Mocht evenwel in de toekomst blijken dat schaalvergroting in de zorg daadwerkelijk afbreuk doet aan de publieke belangen dan ligt optie 4 het meest voor de hand.
Bestaande fusiecontrole kan beter door motiveringsplicht NMa	De Raad ziet overigens wel mogelijkheden om de fusiecontrole uit hoofde van de Mw binnen het bestaande regelgevend kader te versterken. Zoals gezegd is in het samenwerkingsprotocol NMa-NZa vastgelegd dat de NMa de zienswijze van de NZa op de voorgenomen fusie vraagt. De

NZa hanteert daarbij een ‘publiekebelangentoets’ als uitgangspunt. De praktijk tot voor kort was dat de NMa in het fusiebesluit een samenvatting van deze zienswijze geeft. In het kader van de voorgenomen fusie tussen Eean, Philadelphia en Woonzorg Nederland heeft de NZa voor het eerst zelf haar zienswijze openbaar gemaakt (overigens nadat de NMa in de gelegenheid is gesteld aan te geven welke passages uit hoofde van de WOB vertrouwelijk dienen te blijven). De Raad vindt dit een goede ontwikkeling, die moet worden aangevuld met de werkafpraak dat de NMa specifiek ingaat op de zienswijze van de NZa, voor zover deze afwijkt van het uiteindelijke fusiebesluit (motiveringsplicht).

4.5 Andere juridische instrumenten

Wet marktordening gezondheidszorg (WMG)

Geen fusietoets, wél versterking rol marktmeester

Omdat er geen eenduidig causaal verband is tussen schaalvergroting en effecten op de publieke belangen, vindt de Raad het niet logisch de fusiecontrole te verzwaren. Wel is het zaak om grote zorgaanbieders kritisch te volgen en zo nodig in te grijpen wanneer zij misbruik maken van hun positie. De Raad ziet dan ook meer in het versterken van de rol van de marktmeester in de zorg.

Taak NZa onder meer monitoren marktwerking

Eén van de taken van de NZa is het monitoren van de ontwikkeling van de verschillende deelmarkten in de zorg, die onderhevig zijn aan marktwerking. De NZa beschikt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) over bevoegdheden om in te grijpen wanneer deze ontwikkeling negatief dreigt uit te werken op de publieke belangen. Met name is de NZa bevoegd om verplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders die over ‘aanmerkelijke marktmacht’ (AMM) beschikken.

Deze taak uitbreiden is mogelijk; dit onderzoeken

Deze bevoegdheid is echter niet ongeclausuleerd. Dergelijke verplichtingen moeten namelijk ertoe strekken ‘de mededinging te bevorderen’. Zo kan de NZa wel ingrijpen wanneer een zorgaanbieder die over aanmerkelijke marktmacht beschikt onredelijk hoge prijzen bedingt, maar niet wanneer een zorgaanbieder besluit bepaalde zorgfuncties te concentreren en/of een locatie te sluiten. De wet is op dit punt vrij eenvoudig aan te passen. De WMG bevat namelijk reeds een bepaling die het mogelijk maakt bij ministeriële regeling de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht uit te breiden. Nader onderzoek naar de vraag of de ‘doelbinding’ van de AMM-bevoegdheden ruimer opgevat kan worden is nodig. Gelet op de considerans van deze wet lijkt de WMG daarvoor wel aanknopingspunten te bieden.

Wtzi geeft minister mogelijkheid in te grijpen

Wet toelating zorginstellingen (Wtzi)

Op grond van de Wtzi heeft een zorgaanbieder een toelating nodig van de minister van VWS om zorg te verlenen waarop ingevolge de Zvw of AWBZ aanspraak bestaat. De minister kan aan de toelating voorwaarden

verbinden, ook nadat de toelating is verleend. Dit instrument geeft de minister niet de bevoegdheid om op individueel niveau in te grijpen; eventuele voorwaarden dienen te gelden voor een categorie zorginstellingen. Een voorbeeld hiervan vormen de beleidsregels, waarin de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten voor instellingen die acute zorg verlenen zijn vastgelegd. Het instrument toelating biedt de minister dus een mogelijkheid om de publieke belangen rechtstreeks te dienen. De monitorfunctie van de NZa kan hiervoor als voedingsbron dienen.

Zonder Wtzi biedt de WBMV een mogelijkheid

Het beleidsvoornemen van de minister is evenwel om de toelating te schrappen (brief Met zorg ondernemen). Als dit voornemen werkelijkheid wordt, hebben de beleidsregels die op basis van de Wtzi zijn vastgesteld een andere wettelijke grondslag nodig. De Raad is van mening dat de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) hierin ten dele kan voorzien: de acute zorg en de hoogrisico, laagvolume interventies bijvoorbeeld kunnen onder dit regime gebracht worden.

Fusiebepaling in WMCZ aanscherpen

Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)

Op grond van de WMCZ is het bestuur van een zorginstelling verplicht een voornemen tot fusie voor advies voor te leggen aan de Cliëntenraad. Het bestuur mag alleen van dit advies afwijken als een ‘commissie van vertrouwenslieden’ heeft geoordeeld dat dit redelijk is. Bovendien moet het bestuur schriftelijk motiveren waarom het een afwijkend besluit heeft genomen. Deze voorschriften zijn aan te scherpen door bijvoorbeeld in de WMCZ een bepaling op te nemen dat het bestuur verplicht is een door de cliëntenraad aangedragen alternatief voor fusie te (doen) onderzoeken en wanneer het bestuur bij zijn oorspronkelijke voornemen blijft, dit besluit te motiveren.

4.6 Conclusie

Aparte zorgfusietoets disproportioneel; mededingingsrecht toereikend, maar versterken

Een zorgfusietoets - vormgegeven in een aparte wettelijke regeling - is een te zwaar, disproportioneel middel om de eventuele risico's van schaalvergroting te weren. Het bestaande mededingingsrecht is in beginsel toereikend, hoewel het op onderdelen kan worden versterkt. De ratio van het mededingingsrecht is juist de consument te beschermen en tegemoet te komen aan zijn preferenties. De vraag of er voldoende concurrentie blijft bestaan, is bedoeld om afnemers keuzemogelijkheden te laten behouden en om perverse prikkels van schaalvergroting (misbruik maken van machtspositie) tegen te gaan.

Beter: marktmeesterschap versterken (NZa-monitor)

Omdat geen eenduidig causaal verband bestaat tussen de schaalgrootte van zorginstellingen en effecten op de publieke belangen, is het niet logisch voorgenomen fusiebesluiten op voorhand als aangrijpingspunt voor overheidsinterventie te hanteren. Het bestrijden van misbruik van economische machtsposities ligt meer voor de hand. Daarom is de Raad

er voorstander van de taak van de marktmeester in de zorg, de NZa, te versterken. De NZa monitort reeds de ontwikkelingen van de verschillende deelmarkten en dient daarbij prioriteit te geven aan het monitoren van de effecten van schaalvergroting op de publieke belangen. Het door de Raad in zijn advies Marktconcentraties (2003) gepresenteerde spreidingsmodel kan daarvoor als leidraad dienen. Zo nodig moeten de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht worden uitgebreid.

Bestaande instrumenten
beter gebruiken

De Raad pleit derhalve voor terughoudendheid in het optuigen van nieuw instrumentarium. Hij heeft een voorkeur voor het aanscherpen en beter benutten van bestaande instrumenten: WMG, maar ook Wtzi (of WBMV) en WMCZ. Dit past ook beter bij de verantwoordelijkheids-toedeling die voortvloeit uit een stelsel van (gereguleerde) marktwerking.

5 Advies en aanbevelingen

5.1 Visie en advies van de Raad

Zorgen parlement over fusies weerspiegelen twijfel over marktwerking

Aanleiding voor dit advies is de vrees van de Kamer dat schaalvergroting in de zorg schadelijk is voor de publieke belangen, met name voor de bereikbaarheid van de zorg. We hebben daar geen bewijs voor gevonden. Wel zijn er aanwijzingen dat problemen kunnen ontstaan. Kamervragen weerspiegelen vooral twijfels over marktwerking.

Voor acute zorg is die twijfel terecht

Wat de aansturing van de acute zorg betreft, deelt de Raad die twijfel. Daar acht de Raad volledige overheidsregulering (centrale planning en bekostiging) aangewezen.

Maar voor overige zorg niet. Daar juist méér marktwerking; doorpakken dus

Wat de chronische (langdurige) en electieve-curatieve zorg betreft, deelt de Raad die twijfel niet, integendeel. De risico's die door schaalvergroting in deze segmenten kunnen ontstaan zijn eerder een gevolg van een tekort dan een teveel aan marktwerking. In de visie van de Raad is de dominante oriëntatie van zorgaanbieders op het verkrijgen van voldoende marktaandeel een tijdelijke fase, in de overgang naar een vraaggestuurd stelsel van zorg. In deze transitiefase is er veel onzekerheid en zoeken zorgaanbieders - geconfronteerd met toenemende (financiële) risico's - naar evenwicht en stabiliteit. Het is nu zaak om door te pakken.

Geen aparte fusietoets. Die staat haaks op marktwerking

De Raad adviseert de minister de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor besluitvorming omtrent schaalgrootte te respecteren. Een aparte fusietoets voor de zorg, zoals door de Kamer voorgesteld, past niet in situaties waar marktwerking het dominante ordeningsprincipe is.

Bovendien: verband tussen schaal en publieke belangen te complex voor 1 toets
Doorpakken betekent: meer risico bij zorgaanbieder

Er is nog een reden zo'n fusietoets uit de weg te gaan. Het verband tussen schaal en kwaliteit/bereikbaarheid van zorg is zeer complex. Het is onbegonnen werk dit verband te reguleren met één toets.

Gegeven de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor de schaalgrootte, zullen zij ook de risico's en consequenties daarvan volledig moeten dragen. Daarom moet voortgang gemaakt worden met de invoering van integrale prestatieprijzen en met de uitbreiding van het B-segment. En bovenal moet de transparantie van kwaliteit worden afgedwongen. En verder selectieve zorginkoop waar mogelijk bevorderen. Alleen zo creëert men een doeltreffende toets (door consument en zorginkoper) op schaalbeslissingen. Het governance-systeem is daarvoor verantwoordelijk; de markt toetst.

Minister: geef voorrang aan kwaliteit boven bereikbaarheid

De minister moet duidelijkheid verschaffen over de publieke belangen in relatie tot schaal en zorg, de onderliggende normen en de onderlinge rangorde. Als het er echt op aankomt, gaat kwaliteit van zorg en de

uitkomsten daarvan boven alles, zelfs als dit ten koste gaat van een ander publiek belang, zoals bereikbaarheid.

En: bevorder deconcentratie met behulp van brede eerste lijn, e-health, disease management, scheiden wonen/zorg.

Hoe dit te realiseren? Zie volgende aanbevelingen

De uitdaging voor de overheid ligt in het met kracht bevorderen van deconcentratie van zorgverlening, zorg op menselijke maat en community based care. De sleutel daartoe ligt in het bevorderen en versterken van de eerste lijn, van e-health, van disease management (dat wil zeggen de integratie van preventie, care en cure) en van scheiden van wonen en zorg.

Geen aparte fusietoets, wel kwaliteit en bereikbaarheid borgen. Hoe doe je dat. In de volgende paragraaf een aantal suggesties.

5.2 Aanbevelingen

Geen fusietoets. Samenwerking NMa/ NZa kan beter (motiveringsplicht NMa)

Eventueel NZa-taak AMM uitbreiden. En: scherpere monitoring door NZa

Gebruik Wtzi (eventueel WBMV)

Versterk rol cliëntenraad met behulp van WMCZ

- Zie af van een aparte fusietoets voor de zorg. Dit middel is disproportioneel. Bevorder dat in het samenwerkingsprotocol tussen NMa en NZa wordt vastgelegd dat de NMa specifiek ingaat op de zienswijze van de NZa, voor zover deze afwijkt van haar uiteindelijke fusiebesluit (motiveringsplicht).
- Mochten zich risico's van schaalvergroting voor de publieke belangen manifesteren, kies er dan voor de bevoegdheden van de NZa in het kader van aanmerkelijke marktmacht uit te breiden. De Wet marktordening gezondheidszorg biedt de mogelijkheid dit snel en relatief eenvoudig te regelen. De Raad zou de NZa ook willen suggereren zijn monitoringstaak scherper toe te passen op de effecten van schaalbeslissingen. Het toetsingsmodel van KPMG en RVZ uit 2003 kan hierbij behulpzaam zijn (zie bijlage 7).
- Maak zo nodig gebruik van de toelating ex Wtzi om voorwaarden te stellen aan categorieën zorgaanbieders.
- Overweeg de mogelijkheid in de WMCZ een bepaling op te nemen die het bestuur van een zorgonderneming verplicht een door de cliëntenraad aangedragen alternatief voor fusie te (doen) onderzoeken en die aan het bestuur een motiveringsplicht oplegt wanneer het bij zijn oorspronkelijke voornemen.

Pas sturing/financiering acute zorg aan	<ul style="list-style-type: none"> - Heroverweeg de sturing en financiering van de acute zorg: <ul style="list-style-type: none"> - vermijd iedere vorm van marktwerking, dus: overheidsregulering; - breng de aanrijtijd voor ambulancezorg terug tot 8 minuten (vergelijk: de brandweer); - organiseer één keten van acute zorg, 24 uur per dag, gekoppeld aan de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis (één telefoonnummer en één locatie waar mensen fysiek terecht kunnen met acute klachten); - bevorder de integratie van de huisartsenzorg buiten kantooruren met de SEH; - stel wettelijke kwaliteitseisen aan het verlenen van acute zorg; - tref een wettelijke regeling voor de financiering (budgettering) van de acute zorg (tarief voor de paraatheid, de beschikbaarheid en de prestatie).
Doorpakken met de marktwerking in de overige segmenten	<ul style="list-style-type: none"> - Ga verder op de ingeslagen weg van (gereguleerde) marktwerking voor de overige zorgsegmenten waarvoor u verantwoordelijkheid draagt. Dat wil zeggen: integrale prestatiebekostiging, uitbreiding vrije prijsvorming, selectieve zorginkoop.
Bevorder wettelijke minimumnormen gekoppeld aan verbod	<ul style="list-style-type: none"> - Bevorder de ontwikkeling van normen die een minimumaantal verrichtingen/behandelingen per jaar eisen. Wanneer daaraan niet voldaan kan worden, moet onverkort duidelijk zijn dat het verboden is de desbetreffende verrichting/behandeling uit te voeren. Creëer een wettelijke grondslag voor kwaliteitsnormen.
Schaf beschermingsconstructies kleine ziekenhuizen af Bevorder de nieuwe eerste lijn	<ul style="list-style-type: none"> - Schaf beschermingsconstructies voor kleine ziekenhuizen af. Stap af van de gedachte dat ziekenhuizen over een breed pakket medisch-specialistische functies moeten (kunnen) beschikken. - Stimuleer de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn: <ul style="list-style-type: none"> - ontwikkel een ambitieuze zorgvisie, die niet uitgaat van bestaande beroepen en instellingen, maar van disease management en publieke gezondheid (cq patiënt, gezondheid en ziekte); - formuleer duidelijke doelstellingen en draag deze actief uit; - bevorder de substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg met behulp van de bekostiging (zie hiervoor het RVZ-advies Zorginkoop: capitation fee in de eerste lijn; DBC's in de tweede); - maak van ketenzorg en de geïntegreerde eerste lijn een duidelijk herkenbare prioriteit binnen de beleidsorganisatie van het ministerie van VWS.
Draag NZa op deconcentratie met kracht te bevorderen	<ul style="list-style-type: none"> - Bevorder, in bekostiging (NZa) en in kwaliteitsbeleid (IGZ) ook overigens kleinschalige provisie van zorg met behulp van e-health, diseasemanagement, scheiden wonen en zorg. Beloon innovatie in plaats van instandhouding.

Stimuleer e-health

- Stimuleer e-health door:

- het gebruik van standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling (en beveiliging) wettelijk op te leggen;
- aparte, gunstig geprijsde, DBC's voor e-health te ontwikkelen en door zorgaanbieders besparingen door toepassing van e-health te laten behouden.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

In het Werkprogramma 2008 van de Raad staat het onderwerp Schaal en zorg opgenomen. Het werkprogramma vermeldt hierover het volgende:

“De concentratiebewegingen in de zorgsector zijn de afgelopen jaren in een stroomversnelling geraakt. Deze schaalvergroting heeft gevolgen voor allerlei partijen in de sector. Individuele grote zorgondernemingen zijn in toenemende mate partij bij het bepalen van beleid; concentraties staan soms op gespannen voet met het beleid van marktwerking, maar zijn soms onontkoombaar om de toegang en kwaliteit te blijven borgen. Er bestaat tegelijkertijd een brede maatschappelijke roep om kleinschaligheid, in het bijzonder in de langdurige zorg. Daarin streeft men naar regie bij de zorgvrager (en niet bij de zorgaanbieder) en naar zorg op de individuele maat. Dit alles speelt zich af binnen een zorgstructuur die zich van oudsher al kenmerkte door, aan de ene kant, veel schaalgrootte en weinig specialisatie en, aan de andere kant, kleinschalige beroepsuitoefening door solisten. Moet de overheid, met het oog op deze ontwikkelingen, een zelfstandig structuurbeleid voeren en zo ja hoe moet dat er dan uit zien? Wat zijn de doelen van zo'n beleid: spreiding, bereikbaarheid, keuzemogelijkheden, countervailing power op de zorginkoopmarkt, zorg op menselijke maat? Is het stimuleren van meer gespecialiseerde werkvormen een oplossing om schaal en kleinschaligheid te combineren? Moeten er in de 'wijken' meer poliklinische voorzieningen en gezondheidscentra komen? Hoe moeten wij kortom kijken naar 'schaal'? In de laatste instantie is dit ook een keuze tussen de professional (als individuele zorgaanbieder) en de zorginstelling. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg wil hierover in 2008 een advies Schaal en zorg publiceren.”

De Tweede Kamer heeft, eind 2007, bij de behandeling van de begroting van VWS, langdurig met de minister gediscussieerd over fusies in de gezondheidszorg. De Kamer maakt zich zorgen, hetgeen vooral blijkt uit twee breed gesteunde moties. Door fusies ontstaan steeds meer groot-schalige zorginstellingen, constateert de Tweede Kamer. Is die schaalvergroting geen bedreiging voor bereikbaarheid, kwaliteit, diversiteit, leefbaarheid en keuzevrijheid en leidt zij niet tot meer bureaucratie?

Die vraag legt de Tweede Kamer de minister voor. De minister geeft aan voor het zomerreces van 2008 met een antwoord te komen en vraagt de RVZ om zijn advies over Schaal en zorg met spoed uit te brengen.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad

Mevrouw mr. A-M. van Blerck-Woerdman

De heer prof. dr. W.N.J. Groot

Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep

- De heer drs. P. Vos projectmanager
- Mevrouw mr. M.W. de Lint projectmanager
- Mevrouw drs. M.E.M. Huijben projectmedewerker
- Mevrouw I.A. de Prieëlle projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving.

De gesprekspartners is niet gevraagd formeel in te stemmen met het advies.

Gevolgte procedure

Het adviesproject is begonnen met een startgesprek tussen representanten van het ministerie van VWS als opdrachtgever en de RVZ als opdrachtnemer. Het startgesprek is gehouden op 28 januari 2008.

Achtergrondstudies

De Raad heeft twee externe achtergrondstudies en een essay laten uitvoeren. Instituut IPSE, verbonden aan de TU Delft (dr. J.L.T. Blank et al.) heeft een achtergrondstudie geschreven over onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg'. Door prof. mr. J.W. van de Gronden en mr. H.M. Stergiou MA (Radboud Universiteit Nijmegen) is een achtergrondstudie geschreven over de vraag hoe een 'zorgfusietoets' past in het Europese en nationale economische recht. Drs. R. Mouton (De Open Ankh) heeft een essay geschreven over schaalgrootte en langdurige zorg. De vier achtergrondstudies zijn in een aparte RVZ-publicatie (Schaal en zorg: achtergrondstudies) opgenomen, welke tezamen met het advies is uitgebracht.

Vignetten

Het secretariaat van de Raad heeft over een aantal onderwerpen vignetten opgesteld. De vignetten zijn opgenomen in bijlage 3 met uitzondering van het vignet Internationale vergelijking. Dit vignet is opgenomen in de aparte RVZ-publicatie, vanwege de samenhang met de door Blank et al. uitgevoerde achtergrondstudie.

Bijeenkomsten

Tijdens het adviestraject zijn twee bijeenkomsten georganiseerd. Eén met zorginstellingen die bezig zijn (geweest) met fusies, deze bijeenkomst is door Zorg Consult Nederland georganiseerd en één met alle betrokken brancheorganisaties, georganiseerd door de RVZ.

Deelnemers bijeenkomst 'Schaal en zorg' op 7 april 2008

- De heer dr. A.F.I. Bannenbergh, Corona
- Mevrouw mr. A-M. van Blerck-Woerdman, raadslid RVZ
- De heer C.G.M. Diemel, Stichting Koraal Groep
- De heer R. Feijen, GGZ Drenthe
- Mevrouw drs. M.H. Groenendijk, Stichting Zorgspectrum
- De heer prof. dr. W.N.J. Groot, raadslid RVZ
- De heer drs. G.H. Ingenhoest, ZorgAccent & Thuiszorg
- De heer P.H.E.M. de Kort, Rivas Zorggroep
- De heer drs. L.A.J.M. Middelhoff, MEE Zuidoost Brabant
- De heer R. Mouton, Stichting De Open Ankh
- De heer drs. Th. P.M. Schraven, Zorg Consult Nederland (voorzitter)
- Mevrouw drs. M. Sint, Isala klinieken*
- De heer drs. J.H.W.P. Stienen, Zorggroep Almere
- De heer drs. F.F.L. Vlak, Vivium Zorggroep
- De heer drs. P. Vos, algemeen secretaris RVZ
- De heer drs. P.J. M. van Zijl, Zorg Consult Nederland

(*mevrouw Sint was tijdens de voorbereiding van het advies tot lid van de RVZ benoemd. Zij nam dus aan de bijeenkomst deel als lid van de RVZ)

Het resultaat van deze bijeenkomst is verwerkt in een achtergrondstudie van Van Zijl et al., 2008 (Zorg Consult Nederland). Deze is onderdeel van de aparte publicatie van de RVZ met de achtergrondstudies.

Deelnemers debat met de brancheorganisaties op 15 april 2008

- Mevrouw mr. M.S.M.B. Beljaars, GGZ Nederland
- Mevrouw mr. A-M. van Blerck-Woerdman, raadslid RVZ
- De heer prof. dr. J. van Dalen, NPCF
- De heer drs. L.A.C. Goemans, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- De heer prof. dr. W.N.J. Groot, raadslid RVZ
- De heer mr. drs. L. Hennink, Landelijke Huisartsen Vereniging
- De heer P.C.H.M. Holland, arts, KNMG
- De heer drs. M.W.L. Hoppenbrouwers, Zorgverzekeraars Nederland
- De heer J. de Jonge, Orde van Medisch Specialisten
- De heer drs. A. Koster, ActiZ
- De heer W. van Minnen, Coördinatie
- Mevrouw drs. J.E.A.M. Nooren, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

- De heer drs. H.G. Ouwerkerk, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- De heer drs. M.W.Ch. Udo, Zelfstandige Klinieken Nederland
- De heer drs. P. Vos, algemeen secretaris RVZ

Het verslag van de bijeenkomst kunt u vinden op de website:
www.rvz.net

Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:

- Mevrouw mr. H.H.M. Debets, NZa
- De heer W.M.C.L.M. Schellekens, arts, IGZ
- De heer J.G.P. Boelema, NZa
- Mevrouw drs. W. van Heesch, NMa
- De heer drs. A.J.M. Kleijweg, NMa
- De heer drs. K. Schep, NMa
- De heer M.C. Mikkes, NZa
- De heer M. Verweij, arts, CBZ

(Op 11 april 2008 is de onderhavige materie besproken met mevrouw drs. D.M.J.J. Monissen, directeur-generaal Gezondheidszorg van het ministerie van VWS).

De Raad heeft het conceptadvies op 17 april 2008 besproken en vastgesteld.

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

De heer prof drs. M.H. Meijerink, voorzitter
 Voorzitter Raad van Toezicht Het Groene Hart ziekenhuis, Gouda.
 Voorzitter commissie nieuw arrangement Woningcorporaties – Rijk, ministerie van WWI.

Mevrouw mr. A-M. van Blerck-Woerdman
 Lid Raad van Toezicht Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg.
 Lid Raad van Commissarissen Zorg Consult Nederland, Bilthoven.

Mevrouw drs. M. Sint
 Voorzitter Raad van Bestuur Isala Klinieken, Zwolle.
 Lid Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest, Amsterdam.

Mevrouw drs. E.R. Carter
 Lid Raad van Bestuur GGZ Eindhoven.

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat
 Hoogleraar Gynaecologie en Obstetrie, UMC St. Radboud, Nijmegen.
 Voorzitter bestuur Stafconvent, UMC St. Radboud, Nijmegen.

Bijlage 3

Schaal en belangen in de gezondheidszorg

Drs. M.E.M. Huijben
RVZ

Inhoudsopgave

1	Inleiding	62
2	De overheid en de publieke belangen in de gezondheidszorg	64
2.1	Volksgezondheid en gezondheidszorg: een afbakening	64
2.2	De rol van de rijksoverheid in de individuele gezondheidszorg	65
2.3	Basiswaarden	66
2.4	Kwaliteit	67
2.5	Toegankelijkheid	68
2.6	Betaalbaarheid	69
3	De maatschappelijke belangen en de vraagzijde in de zorg	70
3.1	De vraagzijde van de zorgmarkt	70
3.2	Keuzemogelijkheden	71
3.3	Transparantie	73
3.4	Leefbaarheid	73
3.5	De menselijke maat	74
4	De omvang van zorgaanbieders ter discussie	76
4.1	De zorgaanbieders	76
4.2	Redenen voor het samengaan van zorgaanbieders	77
4.3	Omschrijving van de begrippen 'schaal', 'fusie' en 'concentratie'	78
4.4	Toezicht op schaalvergroting	80
4.5	Zorg over schaalvergroting in de zorg.	83
4.6	Opmerking tot slot	85
	Noten en referenties	87

1 Inleiding

De gezondheidszorg verandert ingrijpend. Zo is de zorg bezig om over te schakelen van aanbodsturing naar vraagsturing, van een door de overheid gestuurde markt naar een zorgmarkt waarin sprake is van gereguleerde marktwerking. Nog maar twee jaar geleden is het zorgverzekeringsstelsel herzien; nu wordt de prestatiebekostiging ingevoerd. Momenteel staan het mededingingsrecht, het kwaliteitsbeleid en zorginnovatie hoog op de agenda. Dit alles heeft geleid tot herpositionering van de betrokken partijen. Zo worden niet alleen de rollen van overheid, verzekeraars, consumenten, instellingen en professionals opnieuw verdeeld, ook ontstaan nieuwe organisaties en organisatievormen. Opvallend is een fusiegolf die niet recent op gang is gekomen, maar al een flink aantal jaren de zorg in beweging houdt. Hierdoor ontstaan steeds grotere organisaties, zowel bij zorgaanbieders als bij ziektekostenverzekeraars. Tegelijkertijd zijn er ook initiatieven om de zorg en hulpverlening te spreiden en naar de mensen toe te brengen. Uit onderzoek blijkt dat het aantal instellingen in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw inderdaad sterk is afgenomen, maar het aantal locaties waar zorg wordt aangeboden, niet in dezelfde mate is gedaald (NIVEL, 2002; RIVM, 2002). Ook nu er zo veel veranderingen in de zorgsector gaande zijn, gaat deze trend nog voort.

Al deze ontwikkelingen worden op de voet gevolgd door de media. Ook in de Tweede Kamer, bijvoorbeeld tijdens de behandeling van de begroting van het ministerie van VWS voor het jaar 2008, kreeg 'het fusiegeweld' ruimschoots aandacht. De Tweede Kamer sprak breed haar zorg uit over de steeds verdergaande fusies van met name zorgaanbieders. Deze zouden leiden tot minder keuzevrijheid voor consumenten en een afname in toegankelijkheid en bereikbaarheid. Ook zou de concurrentie tussen zorgaanbieders verminderen, waardoor de recent ontstane marktwerking wordt geschaad. En juist deze marktwerking zien velen als een belangrijke drijfveer voor zorgaanbieders om enerzijds kosteneffectief en efficiënt te werken en anderzijds in innovatie en kwaliteit te investeren. Verder worden grote organisaties vaak gecentraliseerd geleid, waardoor ze vaak log en bureaucratisch zijn. Dit alles maakt de positie van de zorgconsument ingewikkeld. Daarom werd in de Tweede Kamer gepleit voor kleinschalige organisaties, die zich meer kunnen richten op de individuele wensen en behoeften van zorgconsumenten en werken volgens het principe van de 'menselijke maat'. Dergelijke kleine organisaties kunnen door hun positionering direct in de leefomgeving van de zorggebruiker een maatschappelijke functie vervullen, dit zou de leefbaarheid ter plaatse verhogen. Men vroeg zich tegelijkertijd af, of de kosten van de zorg in dergelijke kleinschalige organisaties verhoudingsgewijs niet te hoog worden en de kwaliteit van de zorg wel voldoende geborgd kan worden. Deze kleinschalige organisaties hebben immers minder mogelijkheden om te investeren in innovatie in de zorg en kunnen vaak geen complexe of

gevarieerde zorg leveren. De Tweede Kamer vroeg de minister niet alleen dit proces te monitoren maar zo nodig ook te sturen.

Het advies is tegen de achtergrond van deze discussie geschreven. Het heeft dan ook vooral betrekking op de positie van zorgaanbieders. In deze bijdrage worden de begrippen uit deze discussie omschreven, geanalyseerd en met elkaar in verband gebracht. Dit leidt tevens tot verdere afbakening van het onderwerp. Per hoofdstuk worden de belangrijkste spelers uit de gezondheidszorg, namelijk de overheid en de vraag- en aanbodzijde van de zorgmarkt besproken, alsmede hun veranderende rol en hun belangen. De belangen die aan bod komen, zijn tevens de belangen die de Tweede Kamer bij haar discussie over fusies betreft. Omdat de belangen niet eenduidig zijn, worden ze in de volgende twee hoofdstukken uitgewerkt. Daarbij is een onderscheid gemaakt in publieke en maatschappelijke belangen. De WRR (2000) verstaat onder de maatschappelijke belangen, belangen waarvan de borging voor de samenleving als geheel gewenst is. Borging van deze belangen kan ook zonder overheidsbemoediging worden opgepakt door marktpartijen. Van publiek belang is sprake als de overheid zich de borging van een maatschappelijk belang aantrekt op grond van de overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt. De overheid maakt het dan tot doelstelling van haar beleid. Hiermee scheidt ze verwachtingen waarop burgers redelijkerwijs mogen afgaan. Inschakeling van private actoren voor de borging van het publieke belang, zal gepaard gaan met nieuwe regels en nieuw toezicht, opdat de overheid haar eindverantwoordelijkheid kan blijven waarmaken.

In dit vignet komen de volgende belangen aan bod:

- de publieke belangen in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid;
- maatschappelijke belangen in de zorg: keuzevrijheid, transparantie, leefbaarheid en menselijke maat.

In hoofdstuk 2 komen de publieke belangen en de rol van de overheid aan de orde; in hoofdstuk 3 staan zorgvragers (met name consumenten en verzekeraars) en de maatschappelijke belangen in de zorg centraal. Hoofdstuk 4 tenslotte is gewijd aan de zorgaanbieders, hun specifieke belangen en het toezicht op de zorgmarkt. In dat hoofdstuk wordt uiteengezet welke betekenis de term 'schaal' heeft en hoe er in de zorg naar wordt gekeken. Aan de orde komen de omvang van zorginstellingen en de wijze waarop zij hun hulp- of dienstverlening hebben georganiseerd. De vraag staat centraal welk effect dit heeft op de mate waarin instellingen kunnen voldoen aan de maatschappelijke eisen die aan hun dienstverlening worden gesteld.

2 De overheid en de publieke belangen in de gezondheidszorg

2.1 Volksgezondheid en gezondheidszorg: een afbakening

In internationale verdragen, die ook in Nederland van toepassing zijn, is vastgelegd dat een ieder recht heeft op gezondheidszorg (Leenen et al., 2007). Het gaat om een sociaal grondrecht, dat in een aantal Europese verdragen en in de Grondwet is opgenomen. Het is de basis voor de zorgplicht van de overheid op het terrein van de volksgezondheid. Artikel 22 van de Grondwet meldt, dat de overheid gehouden is maatregelen te nemen ter bevordering van de volksgezondheid. Volgens de memorie van toelichting bij deze wet wordt ook de bescherming van de volksgezondheid hieronder begrepen. Een definitie van het begrip ‘volksgezondheid’ wordt niet gegeven, maar het wordt vaak omschreven als de gezondheids-toestand zoals die geldt voor de hele bevolking of voor subpopulaties. Een gangbare definitie van ‘gezondheid’ die is opgenomen in de preambule van de constitutie van de World Health Organisation (WHO): “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Deze omschrijving omvat daarmee fysieke, geestelijke én sociale gezondheid en wordt wel aangeduid met de term ‘zich welbevinden’.

De zorgplicht van de overheid op het terrein van de volksgezondheid heeft betrekking op de activiteiten die er op zijn gericht tekorten in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van individuen op te heffen, te reduceren, te compenseren en/of te voorkomen (Meer & Schouten, 1997). De gezondheidszorg kan worden onderscheiden in openbare en individuele gezondheidszorg. De openbare gezondheidszorg of public health, omvat die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

Individuele gezondheidszorg wordt in artikel 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) beschreven. Het gaat om handelingen die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon. De wet onderscheidt handelingen op het gebied van geneeskunst (bedoeld om een persoon van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen) en andere verrichtingen, die ten doel hebben de gezondheid te bevorderen of te bewaken. In beide gevallen worden ook het onderzoeken en het geven van Raad daaronder begrepen.

Op verzoek van de minister van VWS zoemt het advies in op de individuele gezondheidszorg. Daarin worden vier sectoren onderscheiden:

- cure: zorg gericht op behandeling en genezing, waaronder zowel intra- als extramuraal zorg wordt begrepen, maar ook ambulance-

zorg, ziekenvervoer en geneesmiddelenvoorziening. Dit wordt vooral geregeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw);

- care: deze omvat langdurige zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken, zowel intra-, semi- als extramuraal. Ook de hulpmiddelenvoorziening wordt onder care gerekend. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ziet op de care;
- individuele preventie: het voorkomen van ziekten en gezondheidsrisico's op individueel niveau. Dit valt vooral onder de Zvw;
- maatschappelijke ondersteuning. Dit is ondersteuning van kwetsbare personen via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) om zelfstandig te wonen en/of deel te nemen aan de maatschappij. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de verdeling van de middelen.

Het advies spitst zich toe op de rol van de rijksoverheid. Daarom wordt nauwelijks aandacht besteed aan de maatschappelijke ondersteuning en komt de rol van de gemeente alleen zijdelings aan de orde.

2.2 De rol van de rijksoverheid in de individuele gezondheidszorg

In de individuele gezondheidszorg is de overheid eindverantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen. In de nota Vraag aan bod uit 2001 en in de brief met zorg ondernemen¹ worden er drie benoemd: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Uitgangspunt is daarbij de versterking van de positie van de zorgconsument.

Bij de invulling van deze verantwoordelijkheid gaat de overheid uit van een aantal basiswaarden, zoals zelfbeschikkingsrecht, rechtvaardigheid, participatie en solidariteit. De rijksoverheid streeft ernaar haar regulerende rol op de zorgmarkt af te bouwen en alleen een voorwaarden-schepende en toezichhoudende rol te behouden. Ze wil zich vooral bezighouden met het realiseren van publieke randvoorwaarden en het toetsen van bodemkwaliteit, de uitkomsten van zorg op populatieniveau en de tevredenheid van de inwoners over toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit. Om deze functie in de zorg waar te maken, gebruikt de rijksoverheid wetgeving en financiële prikkels. Ook enkele zelfstandige bestuursorganen (zbo's) hebben in dit systeem een belangrijke, vooral controlerende taak gekregen.

Recent heeft een omschakeling plaatsgevonden van aanbodsturing naar vraagsturing. Er zijn duidelijke veranderingen in vooral de curatieve gezondheidszorg zichtbaar. Hiertoe is een stelselhervorming doorgevoerd, die is gestart met de invoering van de Zorgverzekeringswet, terwijl de AWBZ vooralsnog in takt is gebleven. Inmiddels zijn enkele marktsegmenten omgevormd tot een zorgmarkt, waarop vraag en aanbod de prijs en kwaliteit van producten en diensten bepalen; in andere marktsegmenten werkt men toe naar een systeem van gereguleerde marktwerking; in segmenten als de acute zorg wordt er nog een discussie gevoerd over

de wenselijkheid van marktwerking. In zowel cure als care wordt nu toegewerkt naar een bekostigingssysteem, dat is gebaseerd op geleverde prestaties. In algemene ziekenhuizen en algemene instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn diagnosebehandelingcombinaties (dbc's) beschreven. Een dbc is een geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist die voortvloeien uit de vraag waarmee een zorgconsument (patiënt) het ziekenhuis binnenkomt en de diagnose van de specialist. De prijzen van dbc's zullen op termijn primair worden vastgesteld door onderhandelingen tussen zorginstellingen en verzekeraars. De productie-eenheid voor AWBZ-gefinancierde instellingen in de sector care (AWBZ) is het zorgzwaartepakket (zzp). Dit is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de zorgconsument (cliënt) en het soort zorg dat hij nodig heeft. Deze pakketten zullen worden ingekocht door de regionale Zorgkantoren. Als sluitstuk van de stelselherziening brengt de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) de beide trajecten samen. De WMG regelt het markttoezicht in de zorgsector.

2.3 Basiswaarden

Aan de basis van het huidige zorgstelsel ligt een aantal waarden die in de samenleving breed wordt gedeeld. Deze basiswaarden bepalen onder meer de wijze waarop de financiering van de gezondheidszorg is geregeld. Een aantal van deze waarden zijn in de vorm van grondrechten neergelegd in internationale verdragen en nationale wetgeving, zoals het recht op gezondheidszorg; anderen zijn als rechtsbeginsel geaccepteerd, maar er zijn er ook die als ethische normen of principes algemeen worden aanvaard (Leenen et al., 2007). Een principe dat aan de basis ligt van alle vastgelegde mensenrechten is de menselijke waardigheid. Het rechtsbeginsel 'zelfbeschikkingsrecht' vloeit hieruit rechtstreeks voort. 'Zelfbeschikkingsrecht' is de mogelijkheid om naar eigen inzicht te handelen. Het vindt bijvoorbeeld concretisering in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en is de basis van enkele individuele grondrechten. Uitgangspunt van het zelfbeschikkingsrecht is, dat iedereen in gelijke mate dit recht bezit, maar men moet bij de uitoefening van dit recht wel rekening houden met vrijheden en rechten van anderen. Door ziekte verandert de juridische status van de mens niet. Zo wordt er algemeen vanuit gegaan dat mensen - ook bij ziekte - hun wil kunnen bepalen tenzij het tegendeel blijkt. Een ander beginsel is het beschermingsbeginsel, dat samenhangt met het ethische principe van 'weldoen' of 'niet schaden'. Het is terug te vinden in wetgeving gericht op bescherming van de veiligheid van personen en goederen en specifiek voor de gezondheidszorg in het nemen van verantwoordelijkheid voor diegenen die zorg of hulp behoeven.

In het 'HEALTH21' kader (1998) legt de WHO drie waarden ten grondslag aan beleidsontwikkelingen en aan sturing van instituties in de gezondheidssector. Deze waarden zijn ook door Nederland onderschreven. Het zijn:

- rechtvaardigheid: iedereen krijgt een eerlijke kans om zijn optimale gezondheid te behouden of verwerven. Hierbij gaat het om een eerlijke verdeling van gezondheidsvoorzieningen, empowerment en inclusie van groepen die kwetsbaar zijn. Dit hangt nauw samen met het non-discriminatieprincipe, dat discriminatie op leeftijd, geslacht, etniciteit, seksuele geaardheid en sociaal-economische status afwijst;
- participatie: dit heeft betrekking op de actieve betrokkenheid van actoren, zowel op individueel als organisatieniveau, waardoor de kwaliteit van het publieke besluitvormingsproces verbetert;
- solidariteit: dit wordt gezien als een gevoel van collectieve verantwoordelijkheid in de samenleving. Het wordt gerealiseerd als een ieder naar vermogen aan het gezondheidssysteem bijdraagt.

2.4 Kwaliteit

De afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan kwaliteitsborging. Hiertoe is een aantal wetten in het leven geroepen. In het kader van dit advies zijn de belangrijkste: de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet kwaliteit zorginstellingen. Wat volgens de minister van VWS moet worden verstaan onder 'kwaliteit' wordt onder meer beschreven in een brief met als onderwerp 'kwaliteit van zorg op de agenda'². Het kwaliteitsbegrip wordt gesplitst in: veiligheid, klantgerichtheid en doelmatigheid.

- veiligheid staat voor de mate waarin de zorg onnodige schade aan zorgconsumenten voorkomt. Het is een uitwerking van het beschermingsbeginsel en in veel wetten ondergebracht;
- klantgerichtheid staat voor de mate waarin de zorg naar inhoud, service en bejegening aansluit bij de reële noden en preferenties van de zorgconsument. Dit is terug te vinden in Wet BIG, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet zorginstellingen;
- doelmatigheid valt uiteen in doelgerichtheid en doeltreffendheid. Het staat voor de mate waarin de zorg aan zorginhoudelijke standaarden voldoet, goed georganiseerd en kosteneffectief wordt aangeboden en haar doel bereikt.

Het doel van zorg wordt uitgedrukt in termen van optimale gezondheidswinst of kwaliteit van leven. In 2001 omschrijft de RVZ 'gezondheidswinst' op het niveau van de bevolking als minder sterfte of verlenging van de (gezonde) levensverwachting; op het niveau van de individuele zorg wordt gezondheidswinst aangeduid als kwaliteit van leven en het staat dan vooral voor de ervaren gezondheid.

Kwaliteit wordt complexer als meerdere zorgverleners of -instellingen betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt of cliënt, zoals bij 'disease-management', 'ketenzorg' of de 'integrated care'. In dergelijke gevallen wordt de kwaliteit niet alleen bepaald door de kennis, kunde en bejegening van de professional, maar ook door de mate waarin afstemming plaatsvindt tussen de betrokken zorgaanbieders. De organisatie van de werkzaamheden, de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen zorgaanbieders onderling en de mogelijkheden die de zorgconsument heeft om de zorg te coördineren, bepalen de continuïteit en daarmee de kwaliteit van de zorg (IGZ, 2007).

Het Institute of Medicine (IOM) onderkent tenslotte nog een ander aspect van 'kwaliteit'. Naast effectiviteit, veiligheid en vraaggerichtheid noemt het IOM nog 'tijdigheid'. Het IOM omschrijft het in 1999 als volgt: 'Quality health care means doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person - and having the best possible results'. Dit sluit ook aan bij de omschrijving die minister Klink voor zijn speerpunt 'kwalitatief goede zorg' heeft gekozen³. Hij bedoelt hiermee de zorg die zo veel mogelijk is toegesneden op de individuele behoeften van de zorgconsument, eigentijds, effectief, veilig en op tijd is. Deze omschrijvingen omvatten dus nog een extra element namelijk dat van tijdigheid. Daarmee wordt het kwaliteitsbegrip welhaast een containerbegrip. Daarom is in het advies vooral de aandacht gericht op het kwaliteitsaspect, namelijk de medisch vakinhoudelijke kwaliteit van de zorg.

2.5 Toegankelijkheid

Toegankelijke zorg betekent dat personen die zorg nodig hebben zonder grote drempels toegang hebben tot de zorgverlening. Bedoeld wordt een rechtvaardige verdeling van beschikbare voorzieningen over de gehele bevolking. De WHO definieerde toegankelijkheid van zorg in 1998 als 'A measure of the proportion of a population that reaches appropriate health services.' De WHO onderscheidt in 2000 verschillende vormen van toegankelijkheid:

- financiële toegankelijkheid: de mate waarin mensen in staat zijn om zorg te betalen, waarbij zowel bereidheid als vermogen worden meegenomen. Hier speelt de waarde 'solidariteit' een belangrijke rol;
- geografische toegankelijkheid: de mate waarin voorzieningen of diensten beschikbaar en bereikbaar zijn voor de gehele bevolking. Hierbij wordt per regio gekeken naar de spreiding van de infrastructuur en het actuele aanbod, maar ook naar de plaatselijke vervoersmogelijkheden. De bereikbaarheid heeft in dit advies een speciale plaats gekregen;
- culturele toegankelijkheid: de mate waarin de toegang tot zorg wordt belemmerd door de aanwezigheid van culturele (of religieuze) taboes. Het gaat erom of minderheden zich in staat achten om gebruik te maken van de zorg die wordt aangeboden.

In de notitie 'gelijke behandeling in de praktijk' uit 2003 noemt het kabinet nog een drietal andere aspecten:

- fysieke toegankelijkheid: de mate waarin een ieder bestaande voorzieningen kan gebruiken, gebouwen kan betreden en (openbaar) vervoer benutten. Dit heeft raakvlakken met en is aanvullend op de geografische toegankelijkheid;
- sociale toegankelijkheid: de mate waarin een ieder een plaats heeft in de samenleving én de zorg (maatschappelijke participatie). Dit sluit aan bij de culturele toegankelijkheid;
- toegang tot voorlichting en informatie: de mate waarin informatie over geldende regelingen, beschikbare voorzieningen en hulpmiddelen bekend (kunnen) zijn aan een ieder. Dit hangt samen met de transparantie van informatie, die in paragraaf 3.3 wordt besproken.

Deze aspecten geven mensen een gevoel van veiligheid en geborgenheid. Gelijke toegankelijkheid voor iedereen is een belangrijk uitgangspunt in het huidige gezondheidszorgsysteem. In de wetgeving zijn daarover regels gesteld. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van bepaalde voorzieningen worden bijvoorbeeld geregeld in de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). De financiële toegankelijkheid is neergelegd in de AWBZ, de Zvw en Wmo.

2.6 Betaalbaarheid

Betaalbaarheid is een macro-economisch begrip. Het verwijst naar de verhouding tussen de kosten van de gezondheidszorg en de beschikbare middelen, meestal uitgedrukt in het nationaal inkomen of nationaal product. Aangezien er geen norm is, hangt het oordeel af van een politieke afweging die op basis van verschillende aspecten steeds opnieuw wordt gemaakt. Daarbij gaat het niet alleen om kosteneffectiviteit, arbeidsproductiviteit maar ook om economische groei. Dit heeft dan ook een belangrijke relatie met de maatschappelijke functie van de zorg, waarop in paragraaf 3.4 wordt ingegaan.

Bij de afweging van de betaalbaarheid van de zorg is 'solidariteit' een belangrijke basiswaarde. Er zijn drie vormen van 'solidariteit' (RVZ, 2001), die in een aantal wetten zijn verankerd. Het gaat daarbij vooral om de verdeling van de middelen. Risicosolidariteit veronderstelt dat mensen met een ongelijk risico toch evenveel bijdragen aan de financiering van deze risico's. Zowel de Zvw als de AWBZ bevatten hierover bepalingen. Van inkomenssolidariteit is sprake als mensen met een hoger inkomen meer dan evenredig bijdragen aan de financiering van de zorgkosten. Dit wordt in de Zvw gerealiseerd in de vorm van het inkomensafhankelijke deel van de premie voor de zorgverzekering, maar ook in de AWBZ. Bij intergenerationele solidariteit bestaat er solidariteit tussen de verschillende generaties, zoals in de Algemene Ouderdomswet.

3 De maatschappelijke belangen en de vraagzijde in de zorg

3.1 De vraagzijde van de zorgmarkt

Aan de vraagzijde staan twee partijen: de zorgconsumenten en de ziektekostenverzekeraars. Hun rol is de laatste jaren drastisch veranderd. Nu wordt in beginsel de zorgconsument centraal gesteld. Onder zorgconsumenten worden de patiënten of zorgcliënten gerekend. Een ieder zal naar alle waarschijnlijkheid minimaal eens in zijn leven gebruik maken van een voorziening (product of dienst) van de individuele gezondheidszorg en zodoende zorg consumeren. De belangen van de zorgconsument lopen deels parallel aan die in het vorige hoofdstuk (RVZ, 2003). Allereerst wil hij snel een zorgverlener vinden: de zorg moet bereikbaar zijn. Een ieder wil verder veilige en adequate zorg, die is toegesneden op zijn noden en behoeften en bovendien betaalbaar is. De zorgconsument rekt op de vakinhoudelijke kennis bij de zorgverlener, maar hecht tevens veel waarde aan bejegening, die getuigt van wederzijds respect. Tenslotte wordt de continuïteit van zorg belangrijk gevonden: de consument wil dat de zorg zodanig is georganiseerd dat de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats wordt verleend.

Naast deze belangen hebben zorgconsumenten nog andere behoeften. Veel consumenten willen de mogelijkheid om zelf te kiezen waar, door wie, wanneer en hoe zij zorg ontvangen. Hiervoor is behoefte aan duidelijke en betrouwbare informatie over de gezondheidstoestand van de zorgconsument, zijn vooruitzichten, alternatieve onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden, beschikbaar zorgaanbod en de kosten die daarmee gepaard gaan. Naast 'keuzemogelijkheden' en 'transparantie' komen in dit hoofdstuk nog drie andere maatschappelijke belangen aan bod, namelijk 'leefbaarheid', 'de maatschappelijke functie' en 'de menselijke maat'. Zij krijgen momenteel in de politiek veel aandacht, maar zorgen ook voor verwarring.

Individuele gezondheidszorg is beschikbaar voor de verzekerde. De WMG verstaat onder de 'verzekerde': degene die een verzekeringsovereenkomst betreffende het risico van ziektekosten heeft gesloten met een ziektekostenverzekeraar dan wel van rechtswege verzekerd is op grond van de AWBZ. Volgens de Zvw is iedereen die in Nederland woont of in Nederland loonbelasting betaalt, verplicht een zorgverzekering af te sluiten, tenzij men als militair in actieve dienst is of principiële bezwaren tegen verzekeren heeft. Het gaat daarbij minimaal om de basisverzekering, waarvan het pakket voorzieningen in de Zvw is vastgelegd. Minderjarigen zijn gratis meeverzekerd.

Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel krijgt de zorgconsument een belangrijke positie (Boot, 2007). Als collectief wordt hij nu geacht te par-

ticiperen in de (politieke) besluitvorming. Dit kan als lid van algemene, categorale of thematische patiëntenorganisaties, of als lid van ouderenorganisaties en organisaties voor mensen met een beperking. Zij laten hun stem horen in het landelijke, regionale of lokale gezondheidsbeleid of het zorgbeleid in specifieke instellingen. Individueel staan de zorgconsument verschillende mogelijkheden ter beschikking om te kiezen. De verzekerde kan op basis van de Zvw jaarlijks kiezen bij welke verzekeraar en voor welk zorgpakket hij zich wil verzekeren. Daardoor heeft de verzekerde invloed op de geleverde zorg. In de care kunnen zorgconsumenten kiezen voor een voorziening via de AWBZ-financiering of het persoonsgebonden budget (pgb) waarmee ze de vooraf geïndiceerde zorg zelf kunnen inkoop. Het gaat hier om brede 'zorg': de AWBZ doelt op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren ook voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening.

Een andere belangrijke partij aan de vraagzijde is die van de ziektekostenverzekeraars, want zij verdelen een groot deel van de middelen. We onderscheiden de zorgverzekeraar, zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ-verzekeraar, die wordt omschreven als 'een zorgverzekeraar die zich als zodanig voor uitvoering van de AWBZ heeft aangemeld'. Zorgverzekeraars zijn verplicht alle verzekeringsplichtigen in hun basisverzekering toe te laten (acceptatieplicht) en hen de basiszorg te leveren (zorgplicht); ze mogen in de basisverzekering geen risicoselectie toepassen. Dit laatste is een belangrijke prikkel voor goede dienstverlening en doelmatige zorginkoop; het versterkt bovendien onderlinge concurrentie. Ziektekostenverzekeraars hebben volgens de Zvw een wettelijke zorgplicht voor hun verzekerden. Ze zijn gehouden om tijdige en verantwoorde zorg te leveren. Daartoe maken ze afspraken met zorgaanbieders over de te leveren diensten/producten. Verzekeraars onderhandelen daarom met zorgaanbieders over prijs, inhoud en organisatie van de zorg. De ziektekostenverzekeraars vallen grotendeels buiten de focus van het advies.

3.2 Keuzemogelijkheden

Onderzoek onder zorgconsumenten laat zien, dat zij keuzevrijheid en keuzemogelijkheden belangrijk vinden (TNS NIPO, 2003). Zorgconsumenten willen zelf de zorg kiezen die bij hen past of - waar zelfbeschikking door omstandigheden moeilijk ligt - zorg te krijgen die in hun behoeften voorziet. Keuzevrijheid wordt gezien als een belangrijk goed; het is immers verbonden met het zelfbeschikkingsrecht. Het kan worden omschreven als: de mate waarin zorgconsumenten zelf kunnen kiezen voor de wijze waarop men tegen ziektekosten verzekerd wil zijn

en door wie of hoe de zorg wordt verleend. Keuzevrijheid in de zorg kan alleen worden uitgeoefend als er keuze mogelijk is, dat wil zeggen als het beschikbare aanbod van diagnostiek, indicatiestelling, zorgverlening of instelling divers en gevarieerd van aard is en dit bekend is aan de zorgconsument.

Sinds de omslag naar vraagsturing van de afgelopen jaren hebben veel zorgconsumenten er keuzemogelijkheden bij gekregen. Het recht om te kunnen kiezen is inmiddels in een grote hoeveelheid wetten vastgelegd, zoals de WGBO, de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen, de Wet op de orgaandonatie en de Zvw. Het gaat om keuzes voor een bepaalde zorgaanbieder, voor een bepaald type zorg of de manier waarop deze wordt verleend. Volgens de Zvw kiezen zorgconsumenten voor een verzekeraar, de hoogte van de nominale premie, het soort polis, de service van de verzekeraar en de hoogte van het vrijwillige eigen risico. Zorgconsumenten kunnen zo de ruimte krijgen om de zorg te kiezen die bij hun past en de verzekeraar achteraf laten betalen. Een andere vorm van keuzevrijheid ligt besloten in het persoonsgebonden budget in de care. Zorgconsumenten kunnen op deze wijze meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen situatie. De zorg kan flexibeler worden ingezet, zodat hij beter past bij de vraag van de consument.

Er speelt dus een scala aan keuzemogelijkheden die erop gericht zijn de autonomie van zorgconsumenten te versterken. Toch wordt de keuzevrijheid beperkt. Enerzijds komt dit doordat er grote verschillen zijn tussen zorgconsumenten. De mogelijkheid om te kiezen is bijvoorbeeld afhankelijk van kennis van de zorgmarkt, inzicht in de eigen omstandigheden, behoefte aan keuzevrijheid en financiële draagkracht. Iets soortgelijks geldt ook voor ziektekostenverzekeraars: verschillen in onafhankelijkheid en onderhandelingsmacht beïnvloeden hun keuzevrijheid. Anderzijds wordt kiezen vrij fundamenteel beperkt doordat er in veel gevallen niets te kiezen valt (Friele et al., 2006). Zo is keuze welhaast onmogelijk als acuut zorg nodig is. Bovendien speelt de beschikbaarheid van aanbieders een rol: schaarste maakt immers kiezen lastig. Zorgconsumenten ervaren een afname in de keuzemogelijkheden als er grotere organisaties ontstaan en er tegelijkertijd een afname is in het aantal organisaties dat zorg aanbiedt (TNS, 2003). Verder zijn er nog tal van andere oorzaken die de hoeveelheid keuzemogelijkheden inperken. De eerste categorie oorzaken zit in de sfeer van de publieke belangen. Immers, wil er sprake zijn van keuzevrijheid dan is niet alleen toegang vereist tot zorg (toegankelijkheid), maar ook toegang tot de door de patiënt gewenste of benodigde zorg (kwaliteit). Gebrek aan gekwalificeerd personeel, kwalitatief minder goede zorgverlening, onprettige bejegening door zorgverleners, slechte bereikbaarheid en de aanwezigheid van sociale en financiële drempels hebben een negatieve invloed op de toegankelijkheid van zorg en daardoor nemen de keuzemogelijkheden van zorgconsumenten af. De uitoefening van keuzevrijheid heeft dus duidelijke raakvlakken met de eerder bespro-

ken publieke belangen. Ook de afspraken tussen zorgaanbieders over de inhoud en aard van de zorg binnen beroepsgroepen (zoals vastgelegd in behandelprotocollen of –richtlijnen) of tussen zorgaanbieders (zoals gehanteerd bij verwijzingen) leiden tot minder keuzemogelijkheden. Sinds het nieuwe zorgstelsel komen daar de afspraken tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars bij.

3.3 Transparantie

In het beleid van de rijksoverheid is ‘transparantie’ een speerpunt. ‘Transparantie’ of openheid en doorzichtigheid van de onderdelen van het zorgsysteem zijn voor alle partijen van het grootste belang. Gebrek aan transparantie kan de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg schaden. Wil men kunnen bepalen of de belangen worden gerealiseerd, dan moeten indicatoren en meetmethodes worden ontwikkeld, waaruit interpreteerbare gegevens over de werking van de markt kan worden gehaald. Heldere informatie moet het voor consumenten mogelijk maken om zorgaanbieders en verzekeraars onderling te vergelijken. Alleen dan kunnen zij immers gefundeerde keuzes maken en de geboden keuzemogelijkheden benutten. De verzekeraars hebben betrouwbare informatie nodig om effectief te kunnen onderhandelen. En betrouwbare informatie is belangrijk voor zorgaanbieders want zij kunnen bepalen of hun producten en diensten - ook in vergelijking met hun concurrenten - voldoen aan de eisen die er door zorgconsumenten, verzekeraars en overheid aan worden gesteld. Tenslotte heeft ook de overheid gegevens nodig om haar toezichthoudende functie te vervullen en verantwoording af te leggen over haar beleid. Kortom: het gaat om informatie die:

- eenduidig gedefinieerd is;
- het perspectief van de zorgconsument centraal stelt;
- tegen minimale kosten verkregen wordt;
- betrouwbaar, vergelijkbaar en toegankelijk is.

3.4 Leefbaarheid

In een breed gedragen motie die op 15 november 2007 werd ingediend, wordt de regering verzocht om bij het onderzoek naar een adequate toetsing van fusies van zorginstellingen en/of concentraties van zorgvoorzieningen het criterium ‘maatschappelijke functie en leefbaarheid’ te betrekken⁴. Wat wordt nu bedoeld met ‘maatschappelijke functie en leefbaarheid’? Dit thema is erg breed en heeft - zo op het eerste gezicht - slechts zijdelings te maken met gezondheidszorg. Toch krijgt het momenteel veel aandacht. In de discussie wordt ‘leefbaarheid’ in één adem genoemd met de ‘maatschappelijke functie’, maar de begrippen zijn niet hetzelfde. ‘Leefbaarheid’ heeft betrekking op de woonsituatie en woonomgeving van mensen en is daarmee een bij uitstek buurtgebonden

verschijnsel. Volgens 't Hart et al., (2002) is leefbaarheid het resultaat van een samenspel tussen fysieke kwaliteit, sociale kenmerken en veiligheid van de woonomgeving. Zo blijkt leefbaarheid samen te hangen met de aanwezigheid van bepaalde voorzieningen in de directe omgeving, de aanwezigheid van groen in de buurt en met de onderlinge betrokkenheid tussen bewoners (SCP, 2007). Gebrekkige leefbaarheid doet zich voor als er sprake is van verloedering, overlast en criminaliteit. De overheid hanteert de drie indicatoren 'schoon, heel en veilig'. Voor wat betreft de zorg willen mensen graag zorg die op hun behoeften is toegesneden: dicht bij huis en tegen lage kosten. Hier is er een duidelijk raakvlak met toegankelijkheid of bereikbaarheid. Mensen die langdurig zorg of ondersteuning nodig hebben, willen deze aan huis en liefst in de oorspronkelijke woonomgeving. Zo blijven privacy en woongenot behouden en kunnen zorgconsumenten tevens hun rol in de samenleving blijven spelen. Een dergelijk zorgsysteem bevordert niet alleen de participatie van kwetsbare groepen, maar ook de onderlinge betrokkenheid of sociale cohesie in de directe omgeving en daarmee de leefbaarheid in buurt of wijk.

Een soortgelijk effect op leefbaarheid heeft de maatschappelijke functie van zorg. Dit heeft te maken met de aanwezigheid van voorzieningen. Met name op het platteland, maar ook in achterstandswijken krijgen zorgvoorzieningen een bredere sociale functie als zorginstellingen hun deuren open zetten voor anderen dan de zorgconsumenten (hun klanten) en de verzekeraars. Ze hebben een eigen netwerk en maken onderdeel uit van een keten, waarin - net als in de commerciële wereld - leveranciers, distributeurs enz. een plaats hebben. Daarnaast hebben ze ook als werkgever een rol. Met de toenemende vraag naar zorg en ondersteuning, wordt hun positie op de arbeidsmarkt steeds belangrijker. Een groeiend percentage van de beroepsbevolking zal werkzaam zijn in de zorg. Om de zorg betaalbaar te houden, zal de arbeidsproductiviteit en de effectiviteit van de zorg opgekrikt moeten worden. Dat kan door innovatie, toepassing van informatietechnologie, herverdeling van taken en nieuwe vormen van samenwerking; het kan ook door de inzet van vrijwilligers of een beroep mantelzorgers. De netwerkfunctie van de zorg is op deze manier enorm bepalend voor de leefbaarheid in de wijk.

3.5 De menselijke maat

In de behandeling van de zorgbegroting op 15 november 2007 verwees de heer De Vries (CDA) naar het belang van de 'menselijke maat' met de volgende woorden: "Wij hopen dat deze begroting het mogelijk maakt om niet alleen als Kamer en kabinet, maar ook als sector te investeren in de menselijke maat die de essentie is van de zorg⁵".

De term 'menselijke maat' verwijst naar een vorm van persoonlijke zorg, waarin aandacht is voor intimiteit, huiselijkheid en respect voor de waardigheid van de zorgconsument. Het is een vorm van bejegening, waarbij

zorgverlener en -consument op een respectvolle wijze en met wederzijds vertrouwen met elkaar omgaan (Boot, 2007). Het is de mening van de wetgever dat zorgconsument en zorgverlener als gelijkwaardigen met elkaar behoren om te gaan, zo valt af te leiden uit de Wet BIG, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Kwaliteitswet zorginstellingen. De 'menselijke maat' is dan eigenlijk een verbijzondering van het kwaliteitsaspect 'klantgerichtheid'.

Het idee is, dat zorg die dicht bij de zorgconsument wordt georganiseerd en aangeboden, beter kan worden afgestemd op zijn behoeften. De individuele afstemming was één van de uitgangspunten van het persoonsgebonden budget (pgb) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die de ondersteuning regelt van ouderen en mensen met een chronische aandoening of beperking die daaraan behoefte hebben. Er wordt van de hulpvrager verwacht dat hij zo veel mogelijk zelf de regie in handen neemt. Hij is dan zelf verantwoordelijk voor de juiste zorg. Ook in de individuele gezondheidszorg zou een 'vangnet' van zorgverleners (professionals, ondersteuners en mantelzorgers) moeten worden gecreëerd dat gepaste zorg biedt. Belangrijk voor de zorgconsument is, dat erop wordt gelet dat de continuïteit in de zorg gewaarborgd is. Dit wordt steeds meer opgepakt door vormen van multidisciplinaire samenwerking, zoals 'diseasemanagement', 'ketenzorg' en 'integrated care'.

Het kabinet ziet het belang van 'de menselijke maat' weldegelijk ook in de AWBZ-gefinancierde care, zo werd duidelijk bij de begrotingsbehandeling, maar veel minder in de cure. In het coalitieakkoord uit 2007 was al aangegeven dat het kabinet op het terrein van de care in dialoog met het veld de ontwikkeling van concepten, zoals kleinschaligheid, inbedding in wijken en buurten, ontbureaucratisering en ruimte voor de professional, zal onderzoeken, bevorderen en belonen. Het kabinet ziet de noodzaak en wenselijkheid om verder in te spelen op de toenemende diversiteit van woon- en zorgbehoeften. Ze wil daarom wonen en zorg financieel meer scheiden, ruimte geven aan ondernemerschap en privaat kapitaal, waarbij vooral zal worden getoetst op kwaliteit en toegankelijkheid.

4 De omvang van zorgaanbieders ter discussie

4.1 De zorgaanbieders

De aanbodzijde bestaat uit een grote diversiteit zorgaanbieders. Zij is uiteindelijk de schakel die de markt compleet maakt. De zorgaanbieder moet zorgen dat het aanbod tegemoet komt aan zowel publieke als maatschappelijke belangen. De AWBZ omschrijft de 'zorgaanbieder' als: een instelling of persoon, die zorg verleent. Deze wet rekt onder instelling een organisatorisch verband dat door de minister van VWS is toegelaten voor het verlenen van zorg. De Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de daarop gebaseerde regelingen stellen de eisen voor toelating tot de zorg die via AWBZ en Zvw is verzekerd. Regels met betrekking tot zorgaanbieders zijn in verschillende wetten te vinden. De Wet beroepen individuele gezondheidszorg heeft betrekking op de professionals die in de zorg werkzaam zijn (de zorgverleners). In de wet wordt uitgegaan van de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren zelf om zogenaamde verantwoorde zorg te leveren. Bevoegdheid is wettelijk aan bekwaamheid gekoppeld. Strafbaar in de Wet BIG is de beroepsbeoefenaar die door ondeskundig handelen iemands gezondheid schade toebrengt of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt.

De Kwaliteitswet zorginstellingen ziet uitsluitend toe op instellingen, die tot doel hebben zorg te verlenen zoals omschreven in de AWBZ en de Zvw. Zorginstellingen moeten volgens de Kwaliteitswet zorginstellingen verantwoorde zorg leveren. Dat wil zeggen: zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig én patiëntgericht is. De instellingen moeten de kwaliteit van zorg systematisch bewaken, onder controle houden en zo mogelijk verbeteren. Jaarlijks dient men door de publicatie van een kwaliteitsverslag verantwoording af te leggen over het kwaliteitsbeleid. Verder wordt in deze wet geëist dat zorginstellingen doelbewust werken aan voldoende en capabel personeel, goede communicatie, taak- en verantwoordelijkheidsverdeling en de juiste technische en materiële voorzieningen. Tenslotte moet de instelling geestelijke verzorging beschikbaar stellen die aansluit bij de levensovertuiging van de patiënten of bewoners. In deze beide wetten en ook in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst worden 'goed hulpverlenerschap', 'deskundig handelen' en 'zorg van goed niveau' geëist. Daarbij gaat het - net als in beroepscode van beroepsverenigingen en in de kwaliteitscriteria van zorginstellingen - niet alleen om vakinhoudelijke aspecten, maar ook om bejegening van patiënten.

Aangezien zorgaanbieders primair verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van hun producten en diensten, is hen gevraagd de kwaliteitscriteria op te stellen en hun kwaliteitsbeleid vorm te geven. De beroepsbeoefenaren moeten zelf hun eigen toetsingsmethoden en toetsingscriteria ontwik-

kelen om de kwaliteit van hun zorgverlening te bewaken. De overheid kan aanvullende eisen stellen aan de toetsing, de praktijkruimte en het dossierbeheer. Op basis van vastgestelde indicatoren wordt benchmarkinformatie gegenereerd en openbaar gemaakt. Met de invoering van prestatiebekostiging en (gereguleerde) marktwerking in de (curatieve) gezondheidszorg zijn aanbieders van zorg ook ondernemers in de zorg geworden. Ze worden gestimuleerd zich van elkaar te onderscheiden. Zorgaanbieders worden sinds de stelselwijzigingen steeds meer afgerekend op de prestaties die zij in de vorm van de producten en diensten leveren. Het belang van hun concurrentiepositie neemt dus toe.

4.2 Redenen voor het samengaan van zorgaanbieders

De laatste 25 jaar is er een trend waarbij steeds meer zorginstellingen besluiten samen te gaan; echter ook zelfstandige beroepsbeoefenaren gingen en masse over tot het voeren van gezamenlijke praktijken. Het is een trend die ook bij ziektekostenverzekeraars en in andere sectoren speelt, maar deze worden in het advies niet besproken. Voor dergelijke beslissingen voeren zorgaanbieders verschillende redenen aan:

- schaalvergroting maakt een efficiëntere bedrijfsvoering mogelijk. Er ontstaat tevens een bredere financiële basis om risico's te spreiden en te investeren en te innoveren;
- volumevergroting helpt het voortbestaan van de organisatie te waarborgen. De onderhandelingspositie tegenover ziektekostenverzekeraars, zbo's en overheid wordt versterkt en er ontstaat ruimte voor ambities van de medische staf;
- schaalvergroting maakt het mogelijk om beter aan de hoge kwaliteitseisen te voldoen. Doordat een grotere organisatie meestal ook meer klanten (patiënten/cliënten) heeft, is de kans groter dat er in voldoende mate een beroep gedaan wordt op de zorgverleners. Zij kunnen zo hun vaardigheden op peil houden. Ook is in een grotere organisatie het uitwisselen van kennis en ervaring gemakkelijker. Tenslotte kunnen taken beter worden verdeeld; er is meer ruimte voor specialisatie en voor de ondersteunings- en staffuncties. De organisatie verbetert hiermee haar positie op de arbeidsmarkt (wervingskracht) door gevarieerd arbeidsaanbod en aantrekkelijke carrièreperspectieven.

Daarnaast worden ook andere voordelen meegewogen, die door externe invloeden worden gestuurd. Zo werd in het verleden grootschaligheid door de overheid gestimuleerd. Dit gebeurde onder meer door het verlenen van vergunningen van nieuwbouw en het verstrekken van een zogenaamde fusiebonus, zoals vervat in het systeem van functiegerichte budgettering. Het doel hiervan was het verbeteren van de kwaliteit van het zorgaanbod, het verzekeren van continuïteit in de zorg en het verlagen van de kosten van de zorg. Specialisatie, routine en concentratie

zouden leiden tot meer kwaliteit. In ziekenhuizen zou schaalvergroting kunnen leiden tot afname van duur van het verblijf van patiënten in de instelling met als gevolg een reductie in het aantal benodigde bedden en daarmee verlaging van budgetten. Dit is niet alleen in de ‘cure’ maar ook in de ‘care’ toegepast.

Ook heeft de roep om meer afstemming van zorg bijgedragen aan schaalvergroting. Eén manier om afstemming te realiseren is door de sturing van het zorgproces in één hand te brengen, maar het is natuurlijk ook mogelijk om hetzelfde te bereiken door het maken van afspraken tussen (groepen) aanbieders. Initiatieven als ketenzorg, diseasemanagement en ‘integrated care’ zijn daarvan voorbeelden. Tenslotte wordt door de recente ontwikkelingen steeds meer nadruk gelegd op prestaties. Onderscheid tussen zorgaanbieders op basis van prestaties wordt belangrijker, een situatie die vergelijkbaar is met die in de commerciële profitsector. Ondanks de invoering van marktwerking en prestatiebekostiging is de zorgmarkt nog in ontwikkeling. Zo is bijvoorbeeld acute zorg geen luxe goed maar een noodzakelijke dienst die op zeer korte termijn geleverd moet worden. Een aantal onderdelen van de zorgmarkt is daarom nog volledig of gedeeltelijk uitgesloten van marktwerking. Verder wordt zorg bij uitstek gevraagd door kwetsbare mensen, die onzeker zijn over hun behoeften nu en in de toekomst en veelal niet de mogelijkheid of kennis hebben om aanbieders met elkaar te vergelijken. De markt voor zorgaanbieders is nog niet transparant. Tenslotte is uit kosten oogpunt de spreiding van zorgaanbieders over het land gerelateerd aan het aantal zorgconsumenten. Daardoor zijn bereikbaarheid en keuzemogelijkheden in sommige regio's beduidend minder (platteland, dunbevolkte provincies zoals Zeeland) dan in andere, zoals in de (Rand)stad.

4.3 Omschrijving van de begrippen ‘schaal’, ‘fusie’ en ‘concentratie’

Het begrip ‘schaal’ kan vanuit verschillende invalshoeken worden belicht. Er zijn juridische, economische, zorginhoudelijke, organisatorische, geografische en logistieke aspecten. Dit is de reden voor nogal wat verwarring. Enkele relevante kenmerken van het begrip ‘schaal’ worden hier aangestipt, maar - gezien de discussie - ligt de nadruk op de juridische aspecten. De term ‘schaal’ in juridische zin verwijst naar de omvang van de organisatie, waarbij het vermogensrechtelijke aspect (eigendom) bepalend is. De omvang van de organisatie kan worden afgelezen aan de kosten, de resultaten of het aantal medewerkers. In de discussies worden schaalvergroting en fusies vaak in één adem genoemd, maar fusie is slechts één van de vormen van schaalvergroting. In de Mededingingswet en de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) is ‘schaal’ een belangrijke indicator bij de bepaling van marktmacht en concurrentiepositie. ‘Schaal’ kan dan verwijzen naar onderlinge afspraken of vormen van samenwerking, die concurrentie bemoeilijken.

Kleinschalig zijn de eenmanspraktijk (de arts of therapeut als zzp-er) maar deze kan ook op verschillende manieren in kleinschalig verband gaan samenwerken. Zo ontstaan er steeds meer groepspraktijken en maatschappen (bijvoorbeeld in de huisartsenpost), wijkgerichte, zelfstandig werkende eenheden die vaak multidisciplinair van aard zijn (buurtzorgteam of gezondheidscentrum); andere zelfstandig behandelcentra (zbc), klinieken of zorgcentra (zoals zorghotel of hospitium). Tegenwoordig wordt gestreefd naar meer samenwerking over de grenzen van organisaties heen. Door het maken van onderlinge afspraken door één of meer (onderdelen van) organisaties ontstaan arrangementen die bekend staan als diseasemanagement, ketenzorg of integrated care.

Schaalvergroting doet zich voor bij:

1. Fusie van organisaties binnen eenzelfde marktsegment: twee of meer ziekenhuizen worden één.
2. Fusie van één of meer organisaties uit verschillende marktsegmenten (kruisbestuiving): een zorgverzekeraar investeert in zorg en neemt klinieken of afdelingen over. Een verpleeghuis incorporeert andere zorgverlenende instellingen of praktijken.
3. Samengaan van verschillende organisaties onder één paraplu of moederbedrijf.
4. Overname van een organisatie door een andere.
5. Groei van een organisatie doordat zij nieuwe activiteiten oppakt of nieuwe voorzieningen aanbiedt.

Fusie is dus een vorm van schaalvergroting. In juridische zin is het een onderdeel van de concentratiebepaling uit de Mededingingswet (Mw). De Mw is op zijn beurt een uitwerking van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (het EG-verdrag). De Mw onderscheidt de volgende vormen van 'concentratie':

1. Het fuseren van twee of meer voorheen van elkaar onafhankelijke ondernemingen.
2. Het direct of indirect verkrijgen van zeggenschap door.
3. Een of meer natuurlijke personen of rechtspersonen die reeds zeggenschap over ten minste een onderneming hebben.
4. Een of meer ondernemingen over een of meer andere ondernemingen of delen daarvan door middel van de verwerving van participaties in het kapitaal of van vermogensbestanddelen, uit hoofde van een overeenkomst of op enige andere wijze.
5. De totstandbrenging van een gemeenschappelijke onderneming die duurzaam alle functies van een zelfstandige economische eenheid vervult, en die er niet toe leidt dat de oprichtende ondernemingen hun marktgedrag coördineren.

De concentratiebepaling uit de Mw ziet op fusies en overnames; een andere betekenis van de term 'concentratie' is die van de verdeling van bevoegdheden. Het gaat dan om een sturingmechanisme in een organisatie. Deconcentratie betekent dan, dat bevoegdheden naar lagere niveaus in de organisatiehiërarchie worden overgedragen terwijl een gezagsrelatie blijft

bestaan. Concentratie leidt ertoe dat de bevoegdheden aan de top worden uitgeoefend. Volgens Rondinelli (1983) is deconcentratie een vorm van decentralisatie. Bij decentralisatie, worden echter niet alleen bevoegdheden overgedragen; ook de zeggenschap verhuist mee. Als deconcentratie alleen betrekking heeft op administratieve en niet op discretionaire bevoegdheid, ziet Fesler (1968) dit als een aparte entiteit. In deze betekenis van 'concentratie' kan er bijvoorbeeld wel sprake zijn van geografische spreiding. Deze spreiding is een belangrijk element in de discussie over de effecten van schaalvergroting. Het gaat dan om de beschikbaarheid van voorzieningen voor burgers (het provisie-niveau). Het kan ook gaan over het aantal locaties waar zorg wordt aangeboden. Concentratie van zorg kan dan worden omschreven als een afname van het aantal aanbieders van een bepaalde vorm van zorgverlening en het aantal plaatsen waar een consument deze zorg kan ontvangen; deconcentratie betekent dan een toename in de keuzemogelijkheden van de zorgconsument en de ziektekostenverzekeraar waar het gaat om aanbieders en locaties (RVZ, 2003). De volgende vormen van concentratie kunnen worden onderscheiden:

- indien twee of meer zorgaanbieders fuseren en samengaan op één (nieuwe) locatie;
- indien twee of meer zorgaanbieders fuseren of een samenwerkingsverband aangaan, waarbij een herordening van zorg plaatsvindt en voorzieningen over de beschikbare locaties worden verdeeld (niet meer op alle oorspronkelijke locaties worden dezelfde voorzieningen aangeboden);
- indien een zorgaanbieder een fusie of samenwerkingsverband aangaat met een aanbieder van andere soorten zorg en zij afspraken maken over verwijzing;
- indien een zorgaanbieder voorzieningen die voorheen op meerdere locaties werden aangeboden, nu samenbrengt op één locatie.

Deze trend kan worden omgebogen door meer locaties te openen en/of op de bestaande locaties meer voorzieningen aan te bieden.

4.4 Toezicht op schaalvergroting

Het toezicht wordt verzorgd door onafhankelijke zbo's. Hier zullen alleen de IGZ, NZa en NMa aan de orde komen. Ze houden namelijk vooral toezicht op kwaliteit en veiligheid van de zorg en op de concurrentie in de zorg. In de Mededingingswet en de Wmg wordt er vanuit gegaan dat het bestaan van concurrentie belangrijk is. Concurrentie vergroot namelijk de beschikbaarheid van en diversiteit in voorzieningen. Het aan banden leggen van machtsposities in de zorg kan helpen de zorgconsumenten te beschermen. NMa, NZa en IGZ werken hierbij samen; ze hebben onderling afspraken gemaakt over de taakverdeling op overlappende werkterreinen.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) werkt niet specifiek voor de zorgsector. De NMa houdt voor de zorgsector wel toezicht op de naleving van de mededingingswet, nadat zij ook advies van IGZ en NZa heeft ingewonnen. De kern van de Mw bestaat uit drie bepalingen, die bedoeld zijn om concurrentie veilig te stellen: Kartelverbod, verbod op misbruik van de economische marktpositie en preventief toezicht op fusies en overnames. In de Mw worden fusies en overnames niet aangemerkt als het misbruik maken van een economische machtspositie, zodat preventief toezicht van overheidswege volstaat. Dit ligt anders voor situaties die worden aangeduid als kartelvorming en misbruik van de machtspositie door ondernemingen. Verboden zijn in de Mw de overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Dergelijke afspraken kunnen dan binnen een relevante markt leiden tot onderlinge afhankelijkheid van de betrokkenen en uitsluiting van andere aanbieders. Dit zou kunnen leiden tot minder diversiteit in het zorgaanbod en daardoor minder keuzemogelijkheden van consumenten. Hieruit blijkt al dat de NMa alleen kan optreden tegen ondernemingen, ondernemingen in de zin van artikel 81 van het EG-verdrag, dat betrekking heeft op organisaties van wie gedragingen de concurrentie nadelig beïnvloeden of die een economische marktpositie hebben.

De NMa gebruikt verschillende instrumenten in het kader van haar missie om markten te laten werken. Daartoe behoren:

- het opsporen en onderzoeken van mogelijke kartelvorming en misbruik van economische machtsposities (ex-officio-onderzoek). De NMa kan overtredingen doen beëindigen en sanctioneren; daartoe bakent de NMa de relevante markten af;
- het toetsen van voorgenomen concentraties (fusies en overnames); als er een economische machtspositie ontstaat, kan de NMa voorwaarden opleggen of de fusie zelfs verbieden.
- het behandelen van bezwaar- en beroepschriften;
- het desgevraagd geven van adviezen aan ministeries over effecten op de mededinging van voorgenomen of bestaande regelgeving en besluiten;
- het leveren van inbreng in internationale overlegstructuren over de toepassing van de nationale en Europese mededingingsregels;
- het (laten) doen van marktstudies en het geven van voorlichting.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vindt haar oorsprong in de Wmg. Ze voert deze wet ook uit. De NZa richt zich conform de WMG bij de zorgaanbieders op (1) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent of (2) de natuurlijke – of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als

bedoeld onder 1. Ze houdt toezicht op de uitvoering van de Zvw en de AWBZ en bewaakt de belangen van de consument op de verschillende zorgmarkten. Welke zorgmarkten kunnen worden onderscheiden is aan verandering onderhevig. Te denken valt aan een onderscheid tussen cure en care, tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg. De NZa heeft de volgende bevoegdheden:

- markttoezicht op de verzekeringsmarkt (consument - verzekeraar), de zorginkoopmarkt (verzekeraar - zorgaanbieder) en de zorgverleningsmarkt (consument - zorgaanbieder). Dit betreft zowel het maken en bewaken, als het reguleren van markten, waaronder het reguleren van tarieven en prestaties. Daarnaast houdt de NZa zich bezig met het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuze-informatie van consumenten;
- toezicht op de rechtmatige uitvoering door ziektekostenverzekeraars van de Zvw, onder meer met betrekking tot zorgplicht en acceptatieplicht;
- toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door ziektekostenverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor AWBZ.

Het sectorspecifieke markttoezicht van de NZa staat naast het algemene mededingingstoezicht van de NMa. Specifiek voor de gezondheidszorg is dat voor de term 'misbruik van machtspositie' in de WMG een ander begrip is geïntroduceerd, namelijk 'Aanmerkelijke Marktmacht' (AMM). Dit doet zich voor als één of meer zorgaanbieders (of ziektekostenverzekeraars) alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van anderen op zorgmarkt (Rubbinge, 2006). Voor het nemen van maatregelen is dan geen misbruik van macht nodig.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een belangrijke taak in het vaststellen en handhaven van de normen in de gezondheidszorg. Haar bevoegdheden ontleent zij aan de Kwaliteitswet zorginstellingen. De Inspectie houdt toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening en is belast met de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid zoals de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorgverlening van instellingen en praktijken worden door de inspectie drie vormen van toezicht toegepast:

1. Algemeen toezicht: de Inspectie controleert of er voldoende zorg voor kwaliteit is om kwalitatief verantwoorde zorg te verlenen.
2. Interventie- of crisistoezicht in het geval van grote problemen of een calamiteit, die tot de dood of ernstig schadelijk gevolg van een patiënt heeft geleid.

3. Thematisch toezicht, zoals op thema's als de intensive care van ziekenhuizen, weekenddiensten van huisartsen, aanrijtijden van ambulances in spoedgevallen etc.

De Inspectie kan onderzoek doen naar aanleiding van klachten van patiënten, beroepsbeoefenaren of instellingen. Wanneer een geval van ontoelaatbaar niveau van zorg wordt vermoed, kan de IGZ zelf een klacht indienen bij een wettelijk tuchtcollege of zelfs de zorginstelling, afdeling of praktijk sluiten. In het Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 van de IGZ staat, dat zij risicogericht handhaaft. Dit betekent dat de Inspectie toezicht houdt, daar waar risico's de kwaliteit en veiligheid van de zorg het meest bedreigen. De IGZ heeft als speerpunten:

- de kwaliteit van zorg bevorderen.
- preventie effectiever maken; vergroten van de effecten van de publieke gezondheidszorg.
- de transparantie van geleverde kwaliteit van zorg vergroten. In de komende jaren moet een breedgedragen set openbare informatie over de kwaliteit van zorg ontstaan.
- aandacht voor kwetsbare groepen, zoals gehandicapten, psychiatrische patiënten, jonge kinderen, asielzoekers en eerste generatie allochtonen.

4.5 Zorg over schaalvergroting in de zorg.

Er is zorg over schaalvergroting. Maar is die zorg wel gegrond? Gegevens over de effecten van schaalvergroting in de zorg zijn nog beperkt. Ze zijn af te leiden uit de vergelijkende studie van het Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) uit 2005 en de eerste Zorgbalans van RIVM (2004). De volgende publicatie van de Zorgbalans die voor 2008 gepland is, zal de lacunes opvullen. Vooralsnog is het dus lastig om algemene uitspraken te doen, maar er zijn wel enkele kanttekeningen te maken.

In paragraaf 4.2 is aangegeven dat de afwegingen die zorgaanbieders maken op basis van vergelijking van hun bedrijfsvoering en dienstverlening met die van commerciële organisaties risicovol is. Het blijft belangrijk om eventuele nadelen van schaalvergroting bij de beslissing mee te wegen. Deze nadelen doen zich vooral voor als organisaties de besluitvorming en administratie centraal regelen. Er is dan een groot risico van bureaucratiesering met als mogelijke gevolgen:

- meer onkosten door een toename van staffuncties;
- meer aandacht voor interne processen en daardoor een afname in de kwaliteit van de bejegening van zorgconsumenten;
- minder organisatorische innovaties vanwege de hoeveelheid tijd en inspanningen die het kost om tot innovaties te besluiten en deze vervolgens door te voeren;
- minder flexibiliteit, waardoor het lastig kan zijn om tegemoet te komen aan specifieke wensen en behoeften van zorgconsumenten;

Bureaucratisering heeft schade tot gevolg voor de publieke belangen - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - maar ook voor maatschappelijke belangen zoals keuzemogelijkheden en transparantie. Centraal geleide organisaties lopen een risico dat diverse bevolkingsgroepen met specifieke zorgbehoeften en communicatiewensen hoge drempels ervaren om gebruik te maken van de beschikbare voorzieningen. De culturele toegankelijkheid kan dan afnemen.

Schaalvergroting kan zich echter in vele vormen voordoen. Iedere vorm heeft zijn consequenties voor de publieke en maatschappelijke belangen die in de zorgsector worden erkend. Zo kan een aantal nadelen dat aan grootschaligheid kleeft, worden weggenomen door te decentraliseren en bureaucratie te voorkomen. Ook inzet van ICT kan hierbij helpen. Diagnostiek, controle en zelfs behandeling kunnen met behulp van ICT-toepassingen in een aantal gevallen buiten de instelling, namelijk thuis, plaatsvinden. Tenslotte kan deconcentratie van grotere zorginstellingen nadelen van schaalvergroting verminderen. Zo kunnen gedeconcentreerde instellingen het marktaandeel van de oorspronkelijke instelling(en) behouden of uitbreiden en tegelijkertijd voordeel trekken uit de nauwe samenwerking in een groter verband. Afhankelijk van de aard van de voorzieningen die worden aangeboden en de locaties waar dit gebeurt, kunnen negatieve effecten van schaalvergroting op de bereikbaarheid en tijdigheid worden verminderd.

Er zijn verschillende vormen van deconcentratie. De NZa kan monitoren of bij een gekozen vorm van deconcentratie de beschikbare voorzieningen aansluiten bij de vraag. KPMG (2003) stelt na onderzoek in de ziekenhuiszorg een toetsingskader voor, waarin een zestal toetsingscriteria worden benoemd die een indicatie geven van het effect van spreiding op de doeltreffendheid van de zorg (het marktresultaat gedefinieerd in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Omdat verschillende typen zorg meer of minder marktwerking toelaten, is het nut van toetsing afhankelijk van de marktsituatie in de zorg. Afweging van het belang van de verschillende aspecten van het marktresultaat bepalen de mate van behoefte aan (de)concentratie. De toetsingscriteria zijn:

1. Medische urgentie (variërend van acuut tot electief). Toegankelijkheid maakt het nodig om acute zorg gedeconcentreerd aan te bieden. Electieve zorg kan meer geconcentreerd plaatsvinden.
2. Kapitaalintensiteit: betaalbaarheid maakt het nodig om dure faciliteiten geconcentreerd aan te bieden. Bij goedkope faciliteiten is het afhankelijk van de mate waarin er een beroep op wordt gedaan.
3. Mate van specialisatie: zorginhoudelijke kwaliteit maakt het nodig om gespecialiseerde zorg geconcentreerd aan te bieden. De klantgerichtheid kan er echter voor pleiten om bepaalde specialistische zorg toch gedeconcentreerd aan te bieden.
4. Omvang van de doelgroep: betaalbaarheid maakt het nodig om zorg voor kleine groepen te concentreren.

5. Frequentie van de zorgvraag: toegankelijkheid is de reden voor deconcentratie van zorg als er veel contactmomenten tussen zorgverlener en consument nodig zijn.
6. Kwaliteit van de reisinfrastructuur: toegankelijkheid maakt het nodig om zorg gedeconcentreerd aan te bieden als vervoer door gebrekkige infrastructuur of door mobiliteitsproblemen van de zorgconsument lastig is.

4.6 Opmerking tot slot

Deze bijdrage laat zien hoe complex de discussie over fusies in de zorg in relatie tot de borging van zowel publieke als maatschappelijke belangen is. Marktwerking, vraagsturing en prestatiebekostiging leveren geen kant-en-klare oplossingen; integendeel, onverwachte reacties en uitkomsten kenmerken de beginfase van zo'n veranderingsproces. De bespreking van de belangen van de verschillende spelers die een rol hebben op de zorgmarkt geeft wel munitie om de discussie te structureren.

Hoewel zorgaanbieders zich inzetten voor de realisering van de publieke en maatschappelijke belangen, hebben zij hun eigen agenda. Zelfbehoud en groei zijn voor hen nu belangrijker dan ooit. Hoewel dit belang gelijke tred lijkt te houden met de wensen van zorgconsumenten, is dit niet per definitie het geval. Zo heeft de wens van continuïteit van zorg voor de individuele consument bijvoorbeeld te maken met een doorlopend, integraal zorgproces, dat zonder stagnatie of ingewikkelde bureaucratie verloopt; of de zorg door dezelfde zorgaanbieder wordt geleverd is voor de consument minder relevant. Dit voorbeeld laat zien dat de belangen van zorgconsumenten, die door de andere partijen in de markt geborgd moeten worden, niet altijd overeenkomen met die van aanbieders. Het is de vraag of de zorgconsument al genoeg mogelijkheden heeft om zijn eigen belangen te (doen) realiseren. Als de zorgconsument nog niet is toegerust om zijn nieuwe rol waar te maken, worden zijn belangen dan voldoende geborgd totdat hij de benodigde instrumenten heeft gekregen?

In de discussie over 'schaal' is het lastig steeds aan alle individuele belangen van de zorgconsument voldoende recht te doen. Daarvoor is de diversiteit van individuele belangen te groot en zijn de overige marktpartijen te sterk. Uit de beschrijving van de achtergronden en effecten van schaalveranderingen wordt wel duidelijk, dat zowel grootschalige als kleinschalige organisaties op hun eigen terrein en onder de juiste voorwaarden kwalitatief hoogwaardige, verantwoorde en veilige zorg kunnen leveren. De effecten van veranderingen in de omvang van organisaties of de spreiding van locaties en voorzieningen zijn afhankelijk van de setting. Met setting wordt dan het marktsegment bedoeld, dat gedefinieerd kan worden aan de hand van product/dienst (de aard van de voorzieningen) of de locatie (geografische omstandigheden ter plaatse). Vanuit het

consumentenperspectief zou het optimaal zijn als er in een bepaalde regio sprake is van een combinatie van zowel grootschalige (gedeconcentreerde) zorgaanbieders als kleinere die tezamen gevarieerde voorzieningen leveren. De keuzevrijheid, leefbaarheid en de voordelen van concurrentie blijven dan behouden. De vraag is of deze oplossing in alle regio's en voor alle categorieën zorgconsumenten haalbaar (lees: betaalbaar) is. Hoewel het hier gaat om een publiek belang, vertaalt het zich uiteindelijk altijd ook in een individueel belang.

Noten en referenties

- ¹ TK 2006-2007, 27659, nr. 80.
- ² TK 2005-2006, 28439, nr. 12.
- ³ TK 2006-2007, 28439, nr. 98.
- ⁴ motie voorgesteld door de leden Kant, Jan de Vries, Schippers, Wiegman-van Meppelen Scheppink, Van der Vlies, Koser Kaya, Vendrik, Van der Veen en Agema (TK 2007-2008 nr. 39 31200 XVI)
- ⁵ Handelingen TK 2007-2008 nr. 24 31200 XVI pag. 1792.

Boot, J.M.D. Organisatie van de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2007.

Fesler, J.W. Centralization and decentralization. In: Sill, D.L. et al. International encyclopedia of the social sciences. The Macmillan Company and The Free Press, 1968, no. 2.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. De staat van de gezondheidszorg 2006. Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? Den Haag: IGZ, 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Den Haag: IGZ, 2007.

Institute of Medicine. To Err is Human. Building a Safer Health System Committee on Quality of Health Care in America. Washington D.C.: IOM, 1999.

Meer, J. en J.S.A.G. Schouten. Effecten van zorg. Volksgezondheid Toekomstverkenning. Bilthoven; Utrecht: RIVM: Elsevier, 1997.

Ministerie van VWS. Fusies en overnames van ziekenhuizen. Brief van minister Hoogervorst aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 8 juni 2006, DBO-CB-U-2682919.

Ministerie van VWS. Gelijke behandeling in de praktijk. Brief van staatssecretaris Ross-van Dorp aan de voorzitter van de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal, 28 november 2003, DGB/OAG-2434589; DGB/OAG-2434591.

Ministerie van VWS. Kwaliteit van zorg op de agenda. Brief van minister Klink en staatssecretaris Bussemaker aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 10 februari 2006, MC-U-2775877.

Ministerie van VWS. Met zorg ondernemen. Brief van minister Klink en staatssecretaris Bussemaker aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 9 juli 2007, MC-U-2783995.

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.
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Kiezen in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktconcentraties in de ziekenhuissector. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gepaste zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Houdbare Solidariteit in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorginkoop. Den Haag: RVZ, 2008.

Rondinelli, D.A. Decentralization in developing countries. Staff Working Paper 581. Washington DC: World Bank, 1983.

Rubbinge, R. Nieuwe Wet marktordering gezondheidszorg een feit. Nieuwsbrief gezondheidszorg Van Benthem en Keulen, 2006, no. 6, p. 2-5.

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. Zorgbalans: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004. Bilthoven: RIVM, 2006.

Saltman, B., V. Bankauskaite and K. Vrangebaek. Decentralization in health care. Open University Press, 2007.

‘Samen leven, samen werken’. Coalitieakkoord 2007-2010 van CDA, PvdA en ChristenUnie. Den Haag, 2007.
Sociaal en Cultureel Planbureau. Zekere banden: sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid. Den Haag: SCP, 2002.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Investeren in vermogen. Den Haag: SCP, 2006.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Handelingen begroting VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2007-2008. No. 31200 XVI nr. 24.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008; Motie voor hanteren van criterium ‘maatschappelijke functie en leefbaarheid’ bij toetsing van fusies van zorginstellingen en concentraties van zorgvoorzieningen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2007-2008. No. 31200 XVI nr. 39.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27855-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Samen zorgen voor beter, Proloog VWS-beleid 2007-2010: brief van de minister en staatssecretaris van VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2006-2007. No. 30800 XVI nr. 138.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Het borgen van publiek belang. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2000.

World Health Organisation. Health21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region. European health for all series, 1998, no. 6.

World Health Organisation Regional Office for Europe. Terminology – A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Regional Office Europe, 1998, EUR/ICP/CARE0401/CN01.

World Health Organisation. The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.

Bijlage 4

Acute zorg

Mr. G.P.M. Raas
RVZ

Inhoudsopgave

1	Acute zorg en publieke belangen	92
2	Wat verstaat de RVZ onder acute zorg?	95
2.1	Definities en indelingen	95
2.2	Huisartsenzorg is iets anders dan acute zorg	97
2.3	Het begrip acute zorg in het Nza-rapport	99
3	De 8 minuten norm voor ambulancezorg	102
4	De keten van acute zorg	105
4.1	Acute zorgketen overdag niet anders dan in de avond, nacht en weekend	105
4.2	De acute zorgketen op hoofdlijnen	105
4.3	Telefonische bereikbaarheid	107
4.4	Huisartsen/huisartsenposten	108
4.5	Ziekenhuizen	110
5	Financiering van de acute zorg	113
6	Communicatie-offensief over de kwaliteit van de acute zorg	114
7	Schematisch overzicht actuele standpunten	115
	Noten	116

1 Acute zorg en publieke belangen

Een centraal gegeven in de discussie over schaal en zorg is het identificeren en definiëren van publieke belangen. Dat die publieke belangen groot zijn in de acute zorg is een opvatting die de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) deelt met het kabinet. Zo worden de kwaliteit en toegankelijkheid van de regionale acute (keten)zorg door de overheid dermate belangrijk geacht dat betrokkenen bij de acute zorg (sinds 2006) wettelijk verplicht worden deel te nemen aan een regionaal overleg over de acute zorgketen. Maar het kabinet (in ieder geval het vorige kabinet) kiest in tegenstelling tot de RVZ wel voor marktwerking in de acute zorg.

Overheid laat veel aan het veld over

Het kabinet is weliswaar van mening dat de overheidsbemoediging met de acute zorg verder gaat dan het opleggen van een zorgplicht aan verzekeraars en het opleggen van bepaalde kwaliteitsnormen, maar laat veel aan het veld over (ook het vorige kabinet in reactie op het advies Acute zorg). Het meest duidelijk is, dat waar het gaat om de norm waarbinnen ambulances ter plekke moeten zijn. Dat zou (op basis van internationale professionele normen) 8 minuten moeten zijn, maar de veldnorm is 15 minuten. Verder kunnen regionale partijen zelf bepalen of ze kiezen voor het open houden van een volledige ziekenhuisfunctie dan wel voor uitbreiding van de ambulancezorg en/of een huisartsenpost.

De RVZ stelde eerder (RVZ, 2003) dat bijvoorbeeld ziekenhuizen uit een oogpunt van publieke belangen taken moeten verdelen. Niet alle ziekenhuizen zijn immers in staat kwalitatief verantwoord alle acute zorg te verlenen. Maar eisen aan de benodigde expertise of een uit oogpunt van kwaliteit te stellen eis aan het aantal ingrepen (anders dan een verwijzing naar de professionele standaard/norm) blijven tot nu toe achterwege.

Veldpartijen staan niet te trappelen

Dat niet alle veldpartijen staan te trappelen om voortvarend aan de slag te gaan met het organiseren van een keten van acute zorg blijkt onder meer uit de recente rapportage 'stand-van-zaken Regionaal Overleg Acute Zorgketen – zomer 2007', opgesteld door de landelijke koepel voor traumacentra. In reactie op de rapportage zegt de overheid dat de, bij wettelijke plicht tot deelname, niet te lichtvaardig kan worden opgepakt. Tegelijkertijd is de conclusie: De rapportage maakt ook duidelijk dat de verwachtingen over de invloed van dit overleg en de betrokkenheid van alle acute zorgpartners met voorzichtig optimisme beschouwd kan worden¹. Voorzichtig optimistisch lijkt te rooskleurig als men iets zou willen zeggen over de resultaten van het overleg. Die zijn in de rapportage moeilijk terug te vinden. Het belangrijkste resultaat lijkt te zijn dat men is gestart met overleg.

De traagheid waarmee problemen rond de acute zorg worden opgelost stoort (ook) leden van de Tweede Kamer, zo blijkt uit het verslag van een algemeen overleg op 29 november 2007. De heer Van der Vlies (SGP) onderstreept de dure plicht om een goede ambulancevoorziening te borgen, omdat het in veel gevallen gaat om mensen in acute nood. Hij is van mening dat het onverteerbaar is dat hij zich hier vanaf 1986 mee bezighoudt, maar dat het probleem nog steeds niet is opgelost².

Financiële belangen groot struikelblok

Dat niet alle partijen staan te trappelen heeft zeker ook een financiële achtergrond. Dat blijkt onder meer uit de evaluatie van een spoedpost waarin een huisartsenpost en een afdeling SEH zijn geïntegreerd. Omdat de financiën zo'n grote rol spelen een wat uitvoerig citaat uit genoemd rapport: De gevolgen voor de inkomsten van betrokken organisaties waren in 2006 en 2007 nog beperkt. De verschuiving van de declareerbare productie van het ziekenhuisdeel naar het huisartsendeel wordt in Purmerend, in overleg met de zorgverzekeraar, gecompenseerd doordat alle contacten van de korte-lijnverpleegkundige geregistreerd worden als een ziekenhuis-DBC. In Haarlem-Zuid was tot op heden de daling van het aantal patiënten aan de ziekenhuiskant beperkt door de afspraak dat traumatologie die korter bestaat dan 24 uur, door de arts-assistent Chirurgie wordt gezien. Zonder afspraken met de zorgverzekeraar zullen echter de inkomsten van ziekenhuizen en het honorariumdeel van de medisch specialisten in het spoedpostmodel in de huidige financierings-systematiek verminderen omdat het aantal SEH-bezoeken daalt. Mogelijk zal bij verdere invoering van de DBC-systematiek de gevolgen voor ziekenhuizen en medisch specialisten beperkt worden. Het honorarium van de huisartsen zal op korte termijn niet eenvoudig aangepast kunnen worden aan de gestegen productie omdat dit gebaseerd is op een landelijk vastgesteld uurtarief. De huisartsenpost (HAP) kan wel samen met de zorgverzekeraar een verzoek indienen bij de NZa om het budget voor infrastructurele kosten aan te passen door de gerealiseerde substitutie van tweede naar eerste lijn en eventuele kwaliteitswinst³.

Stapels (kamer)stukken en rapporten

De stapels (kamer)stukken en rapporten van de laatste jaren over acute zorg overziend, rijst de vraag welke problemen nu precies in het advies schaal en zorg aan de orde kunnen/moeten komen. Kwaliteit en schaal hebben zonder meer met elkaar te maken. Maar ook schaal, bereikbaarheid en doelmatigheid hebben relaties (zie ook RVZ, 2003). En is er ook over de schaal van de meldkamer(s) in relatie tot kwaliteit wel iets te zeggen. Verder zijn er nog problemen met de paraatheid en inzet van medisch mobiele teams en het interklinisch vervoer van IC-patiënten (zie voor het laatste punt bijvoorbeeld Girbes, 2008). Niet al die problemen kunnen in het advies Schaal en zorg worden behandeld.

Vijf punten

Hieronder volgen vijf punten die in het advies Schaal en zorg in relatie tot acute zorg in ieder geval aan bod zouden moeten komen. De vijf punten zijn:

- de definitie(s) van acute zorg, met als conclusie dat huisartsenzorg is iets anders is dan acute zorg;
- de 8 minuten norm voor ambulancehulp;
- de keten van acute zorg (met de telefonische bereikbaarheid, de plaats van de huisartsen in de keten en de ziekenhuiszorg);
- de financiering van de acute zorg;
- een communicatie-offensief.

De notitie sluit af met een schematisch overzicht van actuele standpunten over/van de verschillende schakels in de keten van acute zorg.

2 Wat verstaat de RVZ onder acute zorg?

2.1 Definities en indelingen

Wat verstaan we in het algemeen onder acute zorg? Dat is onder meer afhankelijk van het gekozen perspectief. Net als we bijvoorbeeld praten over eerstelijnszorg hebben mensen veel verschillende beelden. Voor de één staat eerstelijnszorg gelijk met huisartsenzorg, een ander denkt aan ambulancezorg en weer een ander aan consultatiebureaus. Sommigen scharen dat allemaal onder eerstelijnszorg. Voor de begrippen care, cure en acute zorg geldt hetzelfde: veel verschillende beelden en veel vormen van zorg die onder die termen kunnen vallen. Voor het benoemen van problemen en het aanreiken van oplossingen is het echter van belang wat meer precies te definiëren wat we bedoelen.

Zo wordt wel gesteld dat huisartsen een belangrijk deel van de acute zorg leveren. Dat klopt als we uitgaan van de vraag van de patiënt. Vanuit het perspectief van de patiënt hebben veel vragen immers een urgent karakter. De huisarts (of de huisartsendiensten in de avond en nacht) is in veel gevallen degene waar patiënten aankloppen met hun vraag. Maar dat hoeft niet te betekenen dat de te verlenen zorg medisch gezien urgent is. Zowel voor de organisatie als de financiering van de acute zorg moet dat onderscheid echter wel gemaakt worden.

Als we iets willen zeggen over de bereikbaarheid van de acute zorg maakt het verschil of we de patiënt in gedachten hebben die met een acuut probleem zit of dat we de huisarts in gedachten hebben die (buiten kantooruren) heeft geoordeeld dat het door de patiënt gepresenteerde probleem niet urgent is. In het laatste geval kunnen we spreken over huisartsenzorg buiten kantooruren. Voor antwoorden op vragen over bereikbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid maakt het uiteraard verschil of we uitgaan van de acute vraag van de patiënt dan wel van huisartsenzorg buiten kantooruren. Het antwoord op de vraag of huisartsenzorg 24 uur per etmaal aangeboden moet worden c.q. bereikbaar moet zijn, geeft een andere uitkomst dan het antwoord op de vraag is of mensen 24 uur per etmaal ergens terecht moeten kunnen met een acute/urgente vraag over hun gezondheid.

Zoals gezegd is het dus van belang een onderscheid te maken tussen een acute zorgvraag en acute zorg.

In het advies Acute zorg uit 2003 spreekt de RVZ van een acute zorgvraag *als een patiënt/slachtoffer of omstander om onmiddellijke hulp vraagt in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert.*

In het advies Acute zorg spreekt de RVZ van acute zorg *wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen.*

Alle planbare zorg, zoals bijvoorbeeld de zorg en behandeling van iemand die een staaroperatie moet ondergaan, valt niet onder dit begrip (RVZ, 2003).

Er zijn nationaal en internationaal verschillende indelingen in gebruik om de mate van urgentie in de acute zorg aan te geven. Deze indelingen zijn gebaseerd op een oordeel over de toestand van vitale functies. In het advies Acute zorg uit 2003 presenteert de Raad een eigen indeling. Deze indeling gaat uit van de maximale tijd (van onmiddellijk tot enkele uren) waarbinnen moet worden ingegrepen om overlijden en irreversibele gezondheidsschade te voorkomen.

Tabel 2.1 Soorten acute zorg

Typering	Maximale tijd voor ingrijpen
Onmiddellijk levensbedreigend: I	Direct
Op korte termijn levensbedreigend: II	8 minuten
Potentieel levensbedreigend: III	30 minuten
Potentieel ernstig: IV	60 minuten
Sub-acute zorg: V	240 minuten

Bron: RVZ, 2003.

De in het schema genoemde typering I en II corresponderen met de in gebruik zijnde aanduidingen voor spoedritten in het ambulancevervoer, A1, de typering III met A2-ritten.

Soorten interventies bij acute zorg

Vanuit het perspectief van de te beantwoorden vragen in het advies Schaal en zorg is het verder nog van belang oog te hebben voor de verschillende soorten interventies die bij acute zorg aan de orde kunnen zijn. Neurochirurgische ingrepen bijvoorbeeld kunnen vanwege de benodigde expertise van het personeel en de benodigde apparatuur slechts in een beperkt aantal centra worden uitgevoerd. Dat geldt eveneens voor dotteren.

Tabel 2.2 Soorten interventies bij acute zorg

Typering	Uit te voeren door	Voorbeelden van activiteiten
Basic Life Support: elementaire reanimatie met eenvoudige technieken	Omstanders First responders Ambulanceverpleegkundige Huisarts SEH-medewerkers	Hartmassage, mond-op-mond-beademing, gebruik automatische uitwendige defibrillator (AED)
Advanced Life Support: uitgebreide reanimatie met complexere technieken	Ambulanceverpleegkundige MMT-medewerker SEH-medewerker Huisarts	Intubatie, defibrillatie, het geven van injecties
Advanced trauma life support, advanced cardiac life support, advanced pediatric life support	MMT-medewerker Medewerkers ziekenhuizen/-traumacentrum	Specifieke ingrepen: neurochirurgische ingrepen, dotteren

Bron: RVZ, 2003.

Fasen van de keten van acute zorg

In het advies *Acute zorg* is verder een schematisch overzicht opgenomen van de fasen van de keten van acute zorg. Per fase wordt aangegeven welke hulpverleners en anderen betrokken kunnen zijn, welke acties noodzakelijk (kunnen) zijn en welke voorzieningen een rol spelen.

Tabel 2.3 Schematische weergave keten acute zorg

Fase	Wie	Actie	Voorzieningen
Melding	Patiënt Omstanders Huisarts (Cpa-)centralist	Bellen 112	Telefoon
		Indicatiestelling Urgentiebepaling en zonodig triage Uitgifte ritopdracht	Meldkamer/CPA
Aanwezigheid hulpverleners ter plaatse	First responders Ambulancebemanning MMT	Basic life support Advanced life support Advanced trauma life support	Ambulanceregio's, toekomstige RAV, GHOR Ambulance Traumahelikopter of ambulance
Vervoer	Ambulance-bemanning Traumahelikopter	Verdere behandeling en stabilisatie Verdere behandeling en stabilisatie	Ambulance Traumahelikopter of ambulance
Zorginstelling	Medewerkers SEH-afdeling ziekenhuis	Verdere behandeling	SEH-afdeling ziekenhuis
	Medewerkers overige afdelingen ziekenhuis	Verdere behandeling	Overige ziekenhuisafdelingen
	Medewerkers traumacentrum	Verdere behandeling	Traumacentrum

Bron: RVZ, 2003.

2.2 Huisartsenzorg is iets anders dan acute zorg

Nodig is een duidelijke uitspraak van de kant van de overheid wat onder acute zorg moet worden verstaan. Allerlei termen worden door elkaar gebruikt. Wat opvalt is dat in relatie tot ziekenhuizen meestal wordt gesproken van spoedeisende hulp. Maar bedoelt de overheid wellicht toch acute zorg? Zolang een duidelijke uitspraak over termen achterwege blijft, blijft niet alleen de soms Babylonische spraakverwarring hierover bestaan.

Het belemmert eveneens een zinvolle gedachtewisseling met de Tweede Kamer over dit onderwerp. In die gedachtewisseling (maar ook op andere plekken waar de discussie over acute zorg wordt gevoerd), lopen op zijn minst twee vragen door elkaar:

1. hoe staat het met de bereikbaarheid van de acute zorg, en
2. moet huisartsenzorg 24 uur per dag worden aangeboden c.q. bereikbaar/beschikbaar zijn?

Huisartsenzorg buiten kantooruren is in de optiek van de RVZ niet gelijk aan acute zorg. Dat laat onverlet dat huisartsen een rol kunnen spelen in de (keten van) acute zorg. Maar dat is dan meer als één van de mogelijk betrokken hulpverleners, naast ambulancehulpverleners of artsen/verpleegkundigen werkzaam op een spoedeisende afdeling/afdeling acute zorg van het ziekenhuis. Bekend is immers dat het overgrote deel van de vragen op de huisartsenposten en bij de zelfverwijzers op de SEH geen acute zorg behoeft.

Cijfers over huisartsen en acute zorg

De RVZ heeft in zijn advies in 2003 onderbouwd aangegeven dat een huisarts gemiddeld slechts 1 x per maand acute zorg levert. Cijfers uit 2007 wijzen in dezelfde richting (zie onder 4a). Maar wel beantwoordt de huisarts een groot deel van de (acute) zorgvragen van patiënten. Wel is het zo dat veel vragen van de patiënt ook niet acuut zijn in de zin dat die vragen het gevolg zijn van een situatie die plotseling ontstaat of verergert. Vandaar ook het voorstel van de RVZ voor de inzet van huisartsen op die ene locatie voor acute zorg. En de noodzaak een antwoord te geven op de vraag of huisartsenzorg 24 uur per dag moet worden aangeboden.

Van de mensen die zonder verwijzing van de huisarts op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis terechtkomen (de zogenoemde zelfverwijzers), blijkt 21 procent geen acute zorg nodig te hebben. Negenentwintig procent komt volgens de hulpverleners onterecht, maar bij deze groep is het invoelbaar dat ze komen. Vijftig procent komt terecht op de eerste hulp afdeling (IJzermans, 2002). Een deel van de hulp die gekwalificeerd zou kunnen worden als huisartsenzorg buiten kantooruren valt evenmin onder het begrip. Zo blijkt een groot deel van de bellers met een probleem te kunnen worden geholpen met een telefonisch advies, variërend van circa 29 tot circa 48 procent (Van Uden c.s., 2003).

Voor de RVZ is duidelijk dat de snelheid waarmee moet worden ingegrepen om (verdere) gezondheidsschade te voorkomen het ijkpunt is. Als VWS het daarmee eens kan zijn, komt de vraag naar huisartsenzorg buiten kantooruren in een ander licht te staan. En ook de organisatie van de acute zorg/spoedeisende zorg in ziekenhuizen.

In onderstaande schematische weergave van de keten van acute zorg is het zeer wel denkbaar dat op een meldkamer of voor triage in ziekenhuizen huisartsen worden ingezet. Dat eerste is bijvoorbeeld in Denemarken het geval.

Tabel 2.4 Schematische weergave keten acute zorg

Fase	Wie	Actie	Voorzieningen
Melding	Patiënt Omstanders Huisarts (Cpa-)centralist	Bellen 112	Telefoon
		Indicatiestelling Urgentiebepaling en zonodig triage Uitgifte ritopdracht	Meldkamer/CPA
Aanwezigheid hulpverleners ter plaatse	First responders Ambulancebemanning MMT	Basic life support Advanced life support Advanced trauma life support	Ambulanceregio's, toekomstige RAV, GHOR Ambulance Traumahelikopter of ambulance
Vervoer	Ambulance-bemanning Traumahelikopter	Verdere behandeling en stabilisatie Verdere behandeling en stabilisatie	Ambulance Traumahelikopter of ambulance
Zorginstelling	Medewerkers SEH-afdeling ziekenhuis	Verdere behandeling	SEH-afdeling ziekenhuis
	Medewerkers overige afdelingen ziekenhuis	Verdere behandeling	Overige ziekenhuisafdelingen
	Medewerkers traumacentrum	Verdere behandeling	Traumacentrum

Bron: RVZ, 2003.

Conclusie: Een duidelijke uitspraak van de overheid over wat onder acute zorg moet worden verstaan, zal ook de discussie over de financiering daarvan verder brengen.

In deze bijlage wordt verder aangesloten bij de door de RVZ gehanteerde begrippen in zijn advies Acute zorg.

2.3 Het begrip acute zorg in het Nza-rapport

Het Nza-rapport 'Met spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg' is in februari 2008 gepubliceerd. Het advies gaat in op de spoedeisende zorg die de meldkamer-112, de ambulancediensten, de huisartsen, de huisartsenposten (HAP's) en de spoedeisende hulpafdeling van ziekenhuizen (SEH's) leveren.

De Nza introduceert een nieuwe indeling voor de acute zorg: acute basiszorg (aanbieders: huisartsen, HAP's en SEH's), acute specialistische zorg (aanbieders: SEH's) en complexe specialistische acute zorg (aanbieders: traumacentra). De bekostiging/financiering van de acute specialistische zorg en de complexe specialistische zorg zal onderwerp vormen van de uitvoeringstoets deregulering ziekenhuisbekostiging die nog moet plaatsvinden.

Acute basiszorg omvat volgens de Nza: de spoedeisende generalistische zorg die doorgaans door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts kan worden verleend. In de praktijk verlenen ook HAP's (in de ANW-uren) en SEH's (zowel overdag als in de ANW-uren) deze acute basiszorg⁴. Daardoor gaat het rapport van de Nza in belangrijke mate over huisartsenhulp (buiten kantooruren), maar laat de acute zorg zoals gedefinieerd door de RVZ in belangrijke mate inhoudelijk buiten beschouwing.

Opmerkelijk is bijvoorbeeld dat de Nza ambulancehulp niet tot de acute zorg rekent. Feitelijk, maar ook in de beleving van veel mensen, doet de ambulancehulpverlening meer dan stabilisatie en vervoer, één van de door de Nza onderscheiden functies (zie hierna). Ambulancehulpverleners stellen medische diagnoses⁵, doen onderzoek (bijvoorbeeld een ECG) en starten behandelingen (bijvoorbeeld het toepassen van trombolyse bij bepaalde ECG-bevindingen). Ambulancehulp niet tot de acute zorg rekenen miskent de mogelijkheden om gezondheidswinst te boeken en (toekomstige) ontwikkelingen als ICT en e-health hiervoor te benutten (zie onder punt 3).

In het Nza-rapport is gekozen voor een benadering die uitgaat van de aanbieders van zorg c.q. zorgmarkten. Het vertrekpunt voor het RVZ-advies is echter de acute zorgvraag van de patiënt en de te behalen gezondheidswinst door een andere organisatie van de zorg. Anders dan de Nza komt de RVZ vanuit die optiek tot de conclusie dat de huisarts geen acute zorg verleent in de strikte betekenis van het woord. Voor het beantwoorden van de acute vragen van de patiënt (zoals gedefinieerd door de RVZ, zie hierboven) zou één een telefonische toegang moeten zijn en één locatie waar mensen fysiek met vragen terecht kunnen. De Nza heeft acute zorg (in navolging van Plexus) onderscheiden in de volgende functies: de telefonische toegang en regie met de nadruk op regie van de acute zorgketen (meldkamer ambulancezorg (112), de telefonische toegang en regie met de nadruk op zorginhoudelijke triage (telefonische toegang tot zorgaanbieders zoals de huisarts en de HAP), het spoedvervoer en stabilisatie (de ambulancevoorziening), de acute basiszorg (de huisarts, de HAP en de SEH), de acute specialistische zorg (de SEH) en de complexe specialistische acute zorg (vooral de traumacentra)⁶.

Het Nza-rapport bevat aanbevelingen voor financiële prikkels voor een andere organisatie van de zorg door tarieven voor consulten acute basiszorg op de SEH en de huisartsen/HAP's gelijk te trekken (en de risicodragendheid van verzekeraars gelijk te trekken).

Verder zegt de Nza dat het in geval van acute zorg moeilijk is voor de verzekeraar om hun verzekerden bij de keuze van een bepaalde aanbieder te beïnvloeden. De vraag is natuurlijk of patiënten die in nood verkeren daaraan behoefte hebben. Maar dat hangt uiteraard van de definitie van

acute zorg af. Bij een RVZ-definitie van acute zorg (waarbij de patiënt het vertrekpunt vormt en de tijd van interventie bepalend is voor overleving/gezondheidswinst, als het gaat om leven of dood of het beperken van ernstige gezondheidsschade) zal de patiënt geen behoefte hebben aan keuze. Beschikbaarheid en paraatheid zijn dan centrale kenmerken.

3 De 8 minuten norm voor ambulancezorg

Door de planningsnorm voor ambulances te baseren op (internationale) professionele normen zou die verlaagd moeten worden van 15 naar 8 minuten. Vooral voor hartinfarctpatiënten is aangetoond dat daarmee behoorlijke gezondheidswinst behaald kan worden (TNO, 1996 en RVZ achtergrondstudie Acute zorg, 2003).

Tot nu toe laat de overheid het aan de sector over de plannings-norm bij te stellen. Zo stelde de minister bij de behandeling van het wetsvoorstel ambulancezorg in maart 2006: 'Om de ambulancezorg van 15 minuten naar 8 minuten terug te brengen is opnieuw een exponentiële groei van het macrobudget nodig. Een dergelijke groei lijkt me op dit moment niet opportuun'. Om die reden werd een daartoe strekkende motie ontraden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 835, nr. 38, 8).

Begin 2008 zegt de minister de Tweede Kamer toe met een nadere onderbouwing van de 15 minuten te komen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 57, 5).

Vanuit een oogpunt van te behalen gezondheidswinst en kwaliteit van zorg is het zonneklaar dat zo snel als mogelijk moet kunnen worden ingegrepen. Er zijn geen redenen/argumenten te bedenken waarom de RVZ terug zou komen op het eerder ingenomen standpunt: 8 minuten moet de norm zijn waarbinnen ambulancehulpverlening (eventueel per (motor)fiets) ter plekke is.

Mocht VWS zich op het standpunt blijven stellen dat de financiële middelen daarvoor niet beschikbaar komen, valt te overwegen de brandweer meer structureel in te zetten als *first responder*. Voor de brandweer geldt namelijk wel, wettelijk vastgelegd, een opkomsttijd van 8 minuten, hoewel de minister van BZK voornemens is een bandbreedte voor opkomsttijden voor de brandweer vast te leggen in het bij de Wet Veiligheidsregio's behorende Besluit Veiligheidsregio's⁷.

8 minuten en kwaliteit

Algemeen wordt aangenomen dat de tijdsfactor in de acute zorg (mede) bepalend is voor het resultaat van de zorg. In dat verband wordt vaak gesproken over 'het gouden uur', waarin een aantal essentiële handelingen moet worden verricht. Bij een hartsstilstand is duidelijk dat reanimatie binnen enkele minuten letterlijk van levensbelang is. Cijfers in de achtergrondstudie(s) bij het advies acute zorg uit 2003 maken dat duidelijk (zie bijvoorbeeld tekst hieronder in kader).

‘In een vergelijkend Europees onderzoek worden voor hartstilstanden met getuigen aanmerkelijk hogere overlevingspercentages bij ziekenhuisontslag gevonden: Bonn 21 procent, Göttingen 33 procent, Helsinki 23 procent, Reykjavik 23 procent en Stavanger procent. De conclusie van deze vergelijkende studie is dat veel Europese systemen van spoedeisende medische hulp (EMS=Emergency Medical Services) buitengewoon goede resultaten bereiken in termen van overleving bij een hartstilstand buiten het ziekenhuis. De resultaten moeten wel voorzichtig geïnterpreteerd worden gezien de relatief kleine patiëntenaantallen en verschil in definitie en methodologie⁸.

Uit deze internationaal vergelijkende studie blijkt, dat voor AMI met getuigen overlevingspercentages tussen de 20 en 35% mogelijk zijn, met in vergelijking 11% voor Amsterdam. Wanneer er sprake was van ventrikelfibrilleren werden in verschillende Europese steden zelfs overlevingspercentages van 40 tot 55% gerealiseerd in vergelijking met 15% voor Amsterdam’.

Bron: RVZ, 2003.

Naast een pleidooi voor een training in *reanimatiehandelingen* aan lekenomstanders en *first responders* én een brede introductie van de *Automatische Externe Defibrillatie* (AED) voor getuigen en first responders, hebben bovenstaande cijfers onder meer geleid tot de aanbeveling de aanrijtijd voor ambulances te verlagen van 15 naar 8 minuten.

Gedifferentieerde inzet van mensen en middelen

Verder zou binnen die acht minuten ruimte moeten zijn voor een gedifferentieerde inzet van mensen en middelen. Zo valt in sommige situaties te denken aan de inzet van fietsambulances en motorambulances. Het gaat er om dat een gekwalificeerde hulpverlener zo snel mogelijk ter plekke is.

In Londen wordt van april tot november de fietsambulance ingezet vanwege de verkeersdrukte en de vele voetgangersdomeinen. De fietsen zijn uitgerust met zwaailichten en sirene, defibrillators en andere levensreddende benodigdheden. Tussen april en november 2002 beantwoordde de fietsambulance 100 procent van de spoedoproepen binnen acht minuten, met een gemiddelde responstijd van zes minuten. Voor de helft van de gevallen waarin zowel de fiets als een ambulance op pad werden gestuurd, kon de ambulance afgebeld worden, die daardoor weer beschikbaar was voor spoedoproepen en spoedvervoer.

Bron: London Ambulance Service, Annual Report 2002.

Inzet ICT en e-health

Ook kan de inzet van ICT en e-health voorzieningen de kwaliteit van de acute zorg verder verbeteren. Technisch is het mogelijk dat de ambulance-

hulpverlener onder leiding van een medisch specialist in het beoogde gespecialiseerde ziekenhuis alvast de meest aangewezen behandeling begint. Bij de presentatie van het RVZ- advies in 2003 heeft de Universiteit Twente in een demonstratie laten zien hoe een camera, bevestigd op het hoofd van de hulpverlener, het mogelijk maakt beelden en gegevens door te sturen. De medisch specialist kan op basis daarvan aanwijzingen geven over de meest adequate behandeling op dat moment.

Scheiding van spoed- en besteld vervoer

Ook een scheiding van spoed- en besteld vervoer in de ambulancezorg is door de RVZ aanbevolen om sneller ter plekke te kunnen zijn. Daardoor komt namelijk capaciteit vrij voor spoedvervoer en zijn minder volledig uitgeruste ambulances nodig. De te behalen doelmatigheidswinst is door de RVZ berekend op tussen de 9 en 18 miljoen euro.

Snellere hulp kan ook gerealiseerd worden door de inzet van meer helikopters. Om die reden heeft de RVZ in zijn advies een extra helikopter bepleit (kosten: twee miljoen euro).

4 De keten van acute zorg

4.1 Acute zorgketen overdag niet anders dan in de avond, nacht en weekend

Een te beantwoorden vraag is of de keten van acute zorg 24 uur per dag dezelfde is/moet zijn. Of moet een onderscheid gemaakt worden tussen bijvoorbeeld de keten van acute zorg overdag en die in de avond, nacht en weekend?

Denkbaar is namelijk ook dat patiënten met acute vragen overdag de huisarts bellen. Op basis van het RVZ-advies (RVZ, 2003) en gegevens uit 2007 over het aantal keren dat door huisartsen overdag acute zorg wordt geleverd (zoals door de RVZ gedefinieerd), totaal 7 acute patiënten uit 17 praktijken, moet dat niet wenselijk worden geacht. De te behalen gezondheidswinst zal minder zijn. Bovendien is dan de publiekscommunicatie over wat te doen bij acute klachten gecompliceerder. Ook het aantal patiënten voor spoedzorg door de huisarts (de huisarts ziet de patiënt binnen het uur) is overdag gering: totaal 24 patiënten voor spoedzorg verdeeld over 17 praktijken⁹.

4.2 De acute zorgketen op hoofdlijnen

Als de keten van acute zorg 24 uur per dag dezelfde moet zijn, is een vergaande, maar wel logische, beslissing om de huisartsendienstenstructuren op te heffen dan wel, zoals eerder door de RVZ aanbevolen te integreren met de afdelingen SEH in ziekenhuizen. In plaats daarvan komt één locatie voor acute zorg waar mensen fysiek terecht kunnen met hun acute vragen (de telefonische bereikbaarheid van de acute zorg loopt via 112, zie verderop). Eventueel gecombineerd met een Acute Opname Afdeling zoals in Heerlen (zie eveneens hierna).

Voor acute zorg (zoals gedefinieerd door de RVZ) is de snelheid waarmee hulp moet worden geboden doorslaggevend. Als ingrijpen geen uitstel duldt, is het ambulancepersoneel (of brandweer, zie hieronder) snel ter plekke. Naast de ambulancechauffeur en -verpleegkundige zou het ambulancepersoneel desgewenst ook kunnen bestaan uit (huis)artsen. Zo nodig wordt beslist naar welk ziekenhuis de patiënt moet voor verdere behandeling. De veronderstelling daarbij is dat duidelijk is welke ziekenhuizen welke patiënten (met welke specifieke ingrepen) kunnen behandelen. Voor traumapatiënten zijn daar al afspraken over (indeling in level I, II of III ziekenhuizen, afhankelijk van de aard van het letsel). Ook voor patiënten met een CVA, en waarschijnlijk nog voor een aantal andere categorieën patiënten, is het noodzakelijk dat de mogelijkheid om te behandelen volgens de professionele standaard maatgevend is voor een

beslissing over waar de patiënt naar toe vervoerd moet worden (denk aan de beschikbaarheid van neurologen, dotterfaciliteiten, capaciteit op de IC, neonatologie).

In het algemeen ziekenhuis zou (net als in Heerlen) een acute en electieve patiëntenstroom onderscheiden moeten worden. Op de afdeling acute zorg is een mix van personeel voorhanden, artsen (specialisten en desgewenst ook huisartsen), verpleegkundigen (waaronder nurse practitioners, verpleegkundig specialist voor de ggz), paramedisch personeel (in verband met röntgen, lab, etc) en administratief personeel. Bezoeken aan huis door een (huis)arts als dat nodig (of eventueel nurse practitioner acute zorg) worden vanuit die ene locatie verzorgd (op aanwijzing van de triagist van 112). Een andere mogelijkheid is dat (huis)artsen dit in concurrentie aanbieden met de onlangs gelanceerde plannen voor SOS-artsen.

Omdat de facto meer dan 98 procent van de bevolking een SEH binnen 25 (auto)minuten kan bereiken, is de bereikbaarheid (ruim) binnen de WTZi-norm van 45 minuten, als ambulancehulpverleners op tijd ter plekke kunnen zijn.

Aparte financiering van de beschikbaarheid en paraatheid van de acute zorg, zoals door de RVZ bepleit, zal daarmee een stuk eenvoudiger worden. Niet alleen eenvoudiger, ook doelmatiger. In zijn advies uit 2003 heeft de RVZ berekend dat integratie van huisartsenpost met SEH's een besparing kan opleveren van ongeveer 75 miljoen euro.

Verdere rationalisering van de inzet van personeel en middelen lijkt goed mogelijk. Een in 2005 door Schrijvers¹⁰ uitgevoerd onderzoek in de provincie Utrecht bevestigt nogmaals de mogelijkheid en noodzaak van sanering van acute zorg (zoals door de RVZ gedefinieerd): in de meetweek van het onderzoek hebben per nacht tien patiënten contact met een huisartsenpost en vier met een SEH. De onderzoeker stelt de vraag welke betekenis deze geringe aantallen hebben voor beleidsmakers voor het open houden van het aantal huisartsenposten en SEH's.

In 2006 en 2007 is dit onderzoek herhaald. Uit de cijfers van de meetweek in 2007 blijkt dat tussen 00.00 en 08.00 uur zich per huisartsenpost gemiddeld 12 patiënten melden en per SEH gemiddeld 14¹¹. De conclusie van de onderzoekers is eind 2007 dat de patronen van zorggebruik per dag en per dagdeel constant is. Spoedzorg is daardoor goed planbaar voor grotere gebieden. Als het op die manier georganiseerd zou worden is er minder behoefte aan reserve capaciteit van telefoonwachten, voor aansturing huisartsvisiteauto's, ambulance standplaatsen en voor SEH's¹².

4.3 Telefonische bereikbaarheid

Eén telefoonnummer bij acute klachten is wat de RVZ in 2003 voor ogen staat. Een samenhangende afhandeling van meldingen voor spoedeisende huisartsen- en ambulancezorg is volgens de RVZ wenselijk. Evenals één landelijk triagesysteem.

Van één telefoonnummer is het (nog) niet gekomen. Naar aanleiding van de uitkomsten van het vervolgonderzoek van de IGZ in 2004 naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsenposten, wijst de minister er op dat hij het toezicht via de IGZ op de posten die onder de maat presteren heeft verscherpt. De IGZ spreekt die posten nu dwingend aan op verbeteractiviteiten en zal ze scherp blijven volgen. De minister is (in januari 2008) van mening dat VWS daarmee haar verantwoordelijkheid heeft genomen voor het verbeteren van de kwaliteit en (telefonische) toegankelijkheid van alle huisartsendiensten¹³. Of dat voldoende is, is nog maar de vraag. Daar valt wel iets meer over te zeggen. Zie hierna.

Wel is de minister van mening dat de toegankelijkheid van de acute zorg in die gevallen waar geen sprake is van direct levensgevaar, moet worden vergroot. Voor de patiënt zal het in de toekomst direct duidelijk moeten zijn hoe de acute zorg telefonisch bereikbaar is. Ook kan de triage bij de acute zorg verder worden geprofessionaliseerd zodat het voor de uitkomst van het triageproces niet van belang is op welke plek de acute zorgketen wordt benaderd. Om te komen tot verbetering van de telefonische toegankelijkheid van de acute zorg is een landelijk onderzoek gestart. Aan de hand van het resultaat van dit onderzoek zal de minister de Tweede Kamer informeren over de wijze waarop hij dat zal stimuleren (brief januari 2008¹⁴).

Telefonische bereikbaarheid en kwaliteit (van de triage)

In het buitenland is de trend om de telefonische triage grootschalig te organiseren^{15,16}. Of dat ook in Nederland kan, hangt onder meer af van de verdere behandeling van de Wet ambulancevervoer en de Wet op de Veiligheidsregio's. Op dit moment wordt uitgegaan van 25 regio's met 25 gecolocoerde/geïntegreerde meldkamers voor politie/brandweer en ambulancehulp. De aantallen telefoontjes laten zien dat er geen 25 meldkamers nodig zijn voor de acute zorg. Eerder is wel door de RVZ berekend dat 1 centrale genoeg zou kunnen zijn. Dit op basis van het aantal telefoontjes dat door het NHS direct systeem wordt verwerkt.

Een grootschalige organisatie van de telefonische triage zou mogelijkheden bieden om ook de kwaliteit te verbeteren en tegelijkertijd de doelmatigheid. Zo laat een (internationaal vergelijkend) onderzoek zien dat triage door huisartsen en verpleegkundigen resulteert in een aanzienlijke reductie van het aantal praktijkconsulten door de huisarts. Triage door de praktijkassistente betekent meer praktijkconsulten. 'De huisarts kan door

zelf telefonisch te triageren 50 tot 72 procent van de consultverzoeken exclusief telefonisch afhandelen. Op langere termijn resulteert dit in 39 procent minder praktijkconsulten. Triage door geschoolde verpleegkundigen (in combinatie met een kleine kwalenspreekuur) levert een reductie van 29 tot 40 procent van de praktijkconsulten door de huisarts op. Het beperkte Nederlandse onderzoek toonde bij triage door praktijkassistenten (in combinatie met een assistentenspreekuur) een reductie van 10 procent van de praktijkconsulten¹⁷.

In Nederland ontbreekt systematisch onderzoek naar de effecten van telefonische triage. Afgaand op buitenlands onderzoek moet worden aangenomen dat telefonische triage (door verpleegkundigen buiten kantooruren) veilig is/kan zijn^{18,19}, maar er blijven nog veel vragen over^{20,21}. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2003 de triage op de huisartsenposten (HAP's) in kaart gebracht. Het oordeel van de IGZ: door onvoldoende triage lopen patiënten het risico om niet de juiste zorg op het juiste moment te krijgen. In 2006 herhaalt de IGZ het onderzoek naar de kwaliteit van de HAP's. Over de hele linie worden verbeteringen geconstateerd, maar onder meer ten aanzien van de triage blijft de inspectie kritisch. Zo vindt de inspectie dat er zeker voor spoedoproepen onvoldoende waarborgen zijn voor het verantwoord uitvoeren van triage. Het ontbreekt aan opleidings- en vakbekwaamheidseisen voor de triagist. Triagisten op de huisartsenpost zijn in 2003 voornamelijk doktersassistenten (78 procent) en verpleegkundigen (20 procent)²².

Andere Nederlandse onderzoeksgegevens over (kwaliteit van) triage op de huisartsenposten laat zien dat schaalvergroting geen verandering teweegbrengt in de omvang van de zorgvraag. Wel is eveneens een reductie van het aantal visites door huisartsen en minder telefonische consulten afhandelen door huisartsen te constateren²³. Het aantal patiënten per fulltime equivalente huisarts hangt echter nauwelijks samen met de wijze waarop de praktijk is georganiseerd. Alleen in praktijken waar assistenten zelfstandig adviezen geven, hebben de huisartsen significant meer patiënten per fte²⁴.

4.4 Huisartsen/huisartsenposten

De minister ziet geen noodzaak de 15 minuten bereikbaarheidsnorm uit de ambulancezorg op een breder terrein van de acute zorg van toepassing te laten zijn. Het blijft daardoor onduidelijk welke rol de overheid ziet voor huisartsen in de bereikbaarheid van de acute zorg. De RVZ heeft in zijn advies Acute zorg aangegeven op termijn voor de huisarts in de acute zorg die binnen 30 minuten ingrijpen vereist, anders dan als first responder, geen rol te zien. Ook de Nza constateert dat het onduidelijk is wat de status is van de verplichting van de huisarts om 24 uur per dag acute zorg te leveren²⁵.

De minister laat het ook hier aan partijen in het veld over, waarbij verzekeraars geacht worden de acute zorg zo in te kopen dat die doelmatig kan worden aangeboden. In de wijze waarop patiënten toegang tot acute zorg krijgen, in de organisatie van de behandeling en ook in de organisatie van het acute zorgvervoer zit nog te veel overlap. Lokaal zal moeten worden bezien welke organisatie van de acute zorg op dat moment doelmatig en klantgericht is²⁶.

Het komt volgens betrokkenen regelmatig voor dat zowel de huisarts als de ambulance bij een patiënt komen voor het verlenen van acute zorg. De huisarts beslist bij een telefonische melding of hij zelf gaat dan wel dat een ambulance wordt ingeschakeld. Wel heeft de huisarts toestemming nodig van de meldkamer om met zwaailicht en sirene te mogen uitrukken. Maar de beslissing om zelf te gaan dan wel een ambulance te sturen ligt bij de huisarts. Nog lang niet in alle regio's zijn hierover goede afspraken gemaakt²⁷.

Binnen de kring van huisartsen wordt verschillend gedacht over wat de rol zou moeten zijn van de huisartsen. De LHV pleit voor behoud en versterking van de cruciale rol van de huisartsenzorg binnen de acute zorg. Daarvoor moeten de randvoorwaarden waaronder huisartsen acute zorg bieden verbeteren. Overdag wordt de acute zorg vanuit de eigen huisartsenvoorziening geleverd. Gedurende ANW-uren wordt acute zorg vanuit de dienstenstructuur geleverd waarvan de huisarts deel uitmaakt, van kleinschalige waarneemgroep tot een geïntegreerd centrum voor spoedzorg waarbij sprake is van vergaande samenwerking tussen huisartsenpost en spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis. Belangrijk is dat huisartsen zelf kunnen kiezen hoe zij deze zorg willen organiseren: grootschalig of kleinschalig²⁸.

Maar er zijn huisartsen die er anders over denken. Rond het verschijnen van het RVZ-advies liet de 'Club van Honderd' van zich horen met 'Het Manifest 2004', ondertekend door zo'n 870 huisartsen. Kern van hun betoog is dat zij vinden dat huisartsenzorg DAGzorg is. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in de ANW zorg, maar dat moet een vrijwillige keuze zijn²⁹. Ook individuele huisartsen laten van zich horen: "Het moge duidelijk zijn dat er in mijn ogen geen plaats meer is voor de HDS. Laten we ze na 5 jaar experiment maar feestelijk opdoeken. De doktersassistenten zullen hopelijk werk vinden, doordat de huisartsenpraktijken meer werk krijgen door de uitgebreidere openingstelling. De HDS-managers, die zorgen ongetwijfeld wel voor zichzelf. Op sommige plekken zal en misschien tijdens de nacht nog een klein HDS-je blijven bestaan. De tijd zal dat leren"³⁰.

De onvrede die bij veel mensen zou bestaan over de slechte bereikbaarheid van huisartsen leidt inmiddels tot plannen voor spoedartsen. De organisatie SOS Arts wil per 1 september 2008 mensen helpen die onge-

acht het tijdstip in noodgevallen binnen een uur arts aan huis willen hebben (Volkskrant, AD en Telegraaf 12-02 2008). De reacties uit de medische wereld zijn sceptisch of ronduit afwijzend. Volgens Zorgverzekeraars Nederland verdient het de voorkeur de bereikbaarheid te verbeteren binnen de bestaande structuren van huisartsenposten en huisartsenpraktijken. De Landelijke Huisartsen Vereniging vindt het onwenselijk dat er 'twee soorten huisartsenzorg naast elkaar komen' en zorgverzekeraar VGZ ziet geen heil in 'nóg een partij erbij voor de patiënt'.

4.5 Ziekenhuizen

In de beleidsregels acute zorg van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is een norm opgenomen dat in urgente gevallen patiënten binnen 3 kwartier (inclusief het inschakelen van de ambulance) in een ziekenhuis behandeld moeten kunnen worden. Het regionaal overleg acute zorg, dat onder voorzitterschap van het ziekenhuis met erkenning traumazorg wordt georganiseerd, is de plek om te bewaken dat er geen 'witte' vlekken in de bereikbaarheid ontstaan. De facto kan meer dan 98 procent van de bevolking een SEH binnen 25 (auto)minuten bereiken³¹.

Dat niet alle veldpartijen staan te trappelen om voortvarend aan de slag te gaan met het organiseren van een keten van acute zorg blijkt onder meer uit de rapportage 'stand-van-zaken Regionaal Overleg Acute Zorgketen – zomer 2007', opgesteld door de landelijke koepel voor traumacentra. De rapportage geeft inzicht in de vorderingen die in de 10 regio's gemaakt worden met het vorm en inhoud geven van het ROAZ. Zie voor de resultaten van dit overleg het gestelde onder punt 1 van deze bijlage.

In het advies in 2003 heeft de RVZ aangegeven voorstander te zijn van een scheiding tussen acute en electieve zorg. Omdat daarmee zowel voordelen voor de acute zorg als de electieve zorg te behalen zijn (zonder extra personeel of geld). In het advies heeft hij het voorbeeld aangehaald hoe op de OK's in het Erasmus Medisch Centrum een scheiding van acuut en electief is doorgevoerd, met een gunstig effect voor beide patiëntencategorieën.

Dat de bereikbaarheid van de acute zorg in de praktijk ook daadwerkelijk te verbeteren is door een scheiding tussen acute en electieve patiëntenzorg aan de poort, laat een verslag zien in Medisch Contact van februari 2008. Daarin wordt verslag gedaan van hoe dit in Atrium MC Parkstad Heerlen is gerealiseerd en wat daarvan de resultaten zijn. Zo is snellere diagnostiek, behandeling en betere doorstroming op de SEH-afdelingen mogelijk. Verder is ook de opnamecapaciteit voor acute patiënten verbeterd. Ook op andere punten komt de scheiding van patiëntenstromen de kwaliteit ten goede (zie hierna)³².

Bereikbaarheid ziekenhuizen en kwaliteit

Een betere bereikbaarheid draagt bij aan een betere kwaliteit van zorg. Maar eerder is al aangegeven dat de bereikbaarheid in de zin van afstand in kilometers of in tijd niet alleen/altijd bepalend is voor kwaliteit van de acute zorg in ziekenhuizen. Een norm van 45 minuten zoals in de WTZi is vastgelegd, moet dan ook met verstand worden toegepast³³.

Het is in het algemeen wel duidelijk dat specifieke ingrepen als neurochirurgische operaties niet overal plaats kunnen vinden. Dat de zorg voor patiënten met brandwonden vanuit kwaliteitsoverwegingen in enkele centra is geconcentreerd, zal de burger begrijpen. Voor zware traumapatiënten zien we een vergelijkbare ontwikkeling. Ook voor andere patiëntencategorieën moet dat volgens de RVZ gebeuren. Naast de medische urgentie, zijn ook factoren als de mate van kapitaalsintensiteit, mate van specialisatie, omvang van de doelgroep en frequentie van de zorgvraag van belang voor het aantal plaatsen waar zorg verleend kan worden en de spreiding daarvan (RVZ, 2003).

Naast afstand kan een ook andere organisatie bijdragen aan de kwaliteit van acute zorg in ziekenhuizen. Zo wordt vanuit Heerlen gemeld dat naast winst in patiëntenlogistiek, ook de gewenste kwaliteit van zorg wordt gerealiseerd: Patiënten krijgen de juiste zorg op het juiste moment en opname, diagnostiek en behandeling verlopen sneller. Het aantal onnodige opnamen en onderzoeken vermindert, de opnameduur is korter en het personeel heeft nu een beter georganiseerde werkomgeving. Ook is er een toename van de verpleegkundige kennis en het werkenthousiasme. Organisatorisch gezien is het opnameproces gestroomlijnd, het aantal bedden verminderd, is de opnamecapaciteit voor acute patiënten nu voldoende en zijn er mogelijkheden ontstaan om zorgpaden voor acute zorg te maken³⁴.

Ook het kabinet legt een relatie tussen bereikbaarheid en kwaliteit. Zo heeft de minister recent aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een beschikbaarheidsvergoeding te berekenen (de oude specifieke beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen wordt vervangen door een algemene beschikbaarheidsvergoeding). In de aanwijzing aan de NZa heeft de minister daarvoor een aantal criteria geformuleerd die met kwaliteit te maken hebben.

Criteria om in aanmerking te komen voor beschikbaarheidsvergoeding:

- de aanbieder van medisch specialistische zorg zal moeten voorzien in een gekwalificeerde bezetting van de SEH in de ANW-uren;
- daarnaast moet de aanbieder van medisch specialistische zorg klinische zorg aanbieden door minimaal de 8 poortspecialismen in huis te hebben.

Deze specialismen fungeren als achterwacht³⁵.

Alle aanbieders die aan deze criteria voldoen, komen in aanmerking voor de beschikbaarheidsvergoeding. De minister wacht het advies van de NZa af en zal de Tweede Kamer hierover nader informeren in de brief die hij in het voorjaar aan de Kamer zal sturen over de vraagstukken van bereikbaarheid en kwaliteit.

Het is echter de vraag of deze criteria voldoende rekening houden met de praktijk van de acute zorg en met toekomstige ontwikkelingen. Zo lijken het ontstaan van ZBC's waar bijvoorbeeld alleen cardiologische ingrepen worden verricht niet meer mogelijk te zijn. Er moeten immers 8 poortspecialismen te zijn, hoewel een zelfstandige ZBC voor bijvoorbeeld hartproblemen uit een oogpunt van kwaliteit mogelijk zou kunnen zijn. De poortspecialismen waarover een ziekenhuis moet beschikken zijn: interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en cardiologie. Maar niet duidelijk is wat met gekwalificeerde bezetting van SEH's wordt bedoeld.

Zo vindt de inspectie in 2004 dat alle ziekenhuizen op korte termijn ervoor moeten zorgen dat op een afdeling SEH 24 uur per dag een bekwaam arts beschikbaar is die tenminste twee jaar ziekenhuiservaring heeft. Bovendien moet op korte termijn gekomen worden tot een erkenning van het specialisme van SEH-arts. De ziekenhuizen zouden de norm van ten minste twee jaar ziekenhuiservaring over ongeveer een halfjaar moeten invoeren.

5 Financiering van de acute zorg

De RVZ is (blijft) van mening dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg aparte financiering behoeft. Het paraat hebben van personeel (en middelen) kost nu eenmaal geld.

Wel kunnen de kosten van paraatheid en beschikbaarheid in de hand worden gehouden bij de juiste financiële prikkels. Het is overigens evident dat daarom eerst uitspraken nodig zijn over wat we onder acute zorg verstaan. Is dat bijvoorbeeld inclusief of exclusief huisartsenzorg buiten kantooruren? Als de overheid zou kiezen voor één locatie acute zorg (zie hierboven), zouden bijvoorbeeld de financiële middelen voor beschikbaarheid van de huisartsen buiten kantooruren c.q. de gelden voor de huisartsendienstenstructuren (nu verdisconteerd in het tarief van de huisarts?) beschikbaar kunnen komen voor de financiering van de acute zorg. Schaaloverwegingen zijn in het advies *Acute zorg (RVZ, 2003)* de revue gepasseerd en hebben geleid tot het voorstel tot vermindering van het aantal SEH's bij een gelijkblijvende bereikbaarheid. Zie ook onder punt 2 over een verdergaande reorganisatie van de keten van acute zorg.

Verder lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat er ook geen 25 meldkamers nodig zijn voor de acute medische hulpverlening. Ook hier zouden, door een andere organisatie, financiële middelen kunnen vrijkomen. Maar zolang de discussie over de veiligheidsregio's met geïntegreerde meldkamers politiek niet wordt beslist, lijkt een rationeel debat over verdere sanering (grootschaliger organiseren) van de telefonische triage bij voorbaat kansloos door de vele belangen van uiteenlopende partijen. Uit een oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid is er veel voor te zeggen.

En uiteraard is het komende rapport van de NZa over de beschikbaarheidstoelag voor (kleine) ziekenhuizen van belang. Daarbij is overigens nog wel de vraag hóe en óf de door de minister meegegeven criteria voor beschikbaarheidsvergoedingen realistisch/wenselijk zijn. Daarover geeft het eerder genoemde rapport van de NZa nog geen uitsluitsel omdat de bekostiging/financiering van de acute specialistische zorg en de complexe specialistische zorg onderwerp vormt van de uitvoeringstoets deregulering ziekenhuisbekostiging.

6 Communicatie-offensief over de kwaliteit van de acute zorg

De overheid zal de burger duidelijk moeten maken dat het in zijn belang is dat hij niet voor alle aandoeningen bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kan. De kwaliteitsstandaarden staan dat niet toe. Duidelijk moet zijn dat de mogelijkheid om te *behandelen volgens de professionele standaard maatgevend* is voor een beslissing over waar de patiënt naar toe vervoerd moet worden (denk aan de beschikbaarheid van neurologen, dotterfaciliteiten, capaciteit op de IC, neonatologie). De professionele norm moet uiteraard ook maatgevend zijn in de periode die daaraan vooraf gaat (triage, hulpverlening ter plekke, vervoer).

Tegelijkertijd moet worden gecommuniceerd dat burgers van snelle en kwalitatief betere professionele hulp verzekerd kunnen zijn als het er echt op aankomt. Het is dus van belang dat burgers worden geïnformeerd dat zij soms - juist om reden van kwaliteit - bijvoorbeeld beter niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht kunnen worden, maar beter naar een voor hun acuut probleem gespecialiseerd centrum.

Gegevens over de kwaliteit van zorg zullen een belangrijke rol moeten spelen. Dat betekent dat gegevens over de uitkomsten van de acute zorg openbaar moeten zijn.

Anno 2006 wordt er gediscussieerd over hóe, niet meer óf iets openbaar moet. In een recente discussie over oncologische indicatoren lukte het niet meer om iemand te vinden die publiekelijk het standpunt wilde verdedigen dat verschillen in de resultaten bij kankerzorg (die er wel zijn) vertrouwelijk moesten blijven. Dat was drie jaar geleden wel anders.

Professionals ontdekken ook dat je wat kunt bereiken als je vakgebied opgenomen is in de set prestatie-indicatoren. Aandacht in de basisset betekent ook dat het ziekenhuis iets met je moet doen als je niet goed scoort. Soms betekent dat extra mogelijkheden, bijvoorbeeld meer investeringen.

Bron: Speech Inspecteur-generaal Van der Wal op 11 december 2006 in Den Haag bij het aanbieden van het rapport 'Het resultaat telt' aan minister Hoogervorst.

De IGZ zou meer druk kunnen zetten op betrokkenen (in samenspraak met wetenschappelijke verenigingen) om te zorgen dat prestatie-indicatoren voor de acute zorg bij voorrang worden ontwikkeld. En die vervolgens meer bekendheid (te laten) geven.

7 Schematisch overzicht actuele standpunten

In onderstaande tabel zijn actuele standpunten samengevat ten aanzien van de verschillende schakels in de keten van acute zorg, ontleend aan bovenstaande beschrijvingen, met in gedachten de onderwerpen die in het advies Schaal en zorg mogelijk aan bod moeten komen.

Telefonisch	Bereikbaarheid	Niet optimaal
	Kwaliteit	Verbeteringen mogelijk, maar minister wil resultaten landelijk onderzoek afwachten
8 minuten norm voor ambulancehulp		Minister komt in het voorjaar met onderbouwing voor de veldnorm van 15 minuten
Huisartsen	Bereikbaarheid	Onduidelijkheid over rol huisartsen in acute zorg Huisartsen zelf zijn verdeeld 15 minuten norm is niet van op huisartsen Burgers zijn ontevreden (SOS-artsen)
	Kwaliteit	
Ziekenhuizen	Bereikbaarheid	Wtzi norm van 45 minuten voor 98 procent van de bevolking in de praktijk gerealiseerd, 98 procent kan zelfs binnen 30 minuten in ziekenhuis zijn
	Kwaliteit	Afspraken over verdeling van patiënten (op basis van kwaliteit) komen moeizaam tot stand

Noten

- ¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 247, nr. 58.
- ² Tweede Kamer, 25 999, nr. 49, pag. 5.
- ³ Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg, deel 2. Evaluatie spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland. Utrecht, Prismant, 2007.
- ⁴ Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg. Nederlandse Zorgautoriteit. Februari 2008, pag. 63.
- ⁵ Schrijvers A en Ying Lie O. Vergelijking van diagnoses van ambulanceverpleegkundigen met die van medici werkzaam op Spoedeisende Hulpafdelingen in ziekenhuizen. In: Medische Diagnose, Achtergrondstudies. RVZ, 2005.
- ⁶ Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg. Nederlandse Zorgautoriteit. Februari 2008, pag 41.
- ⁷ Tweede Kamer, 29517, nr.12, pag 2/3.
- ⁸ J Herlitz, J Bahr, M Fischer, M Kuisma, K Lexow, G Thorgeirsson: Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. Resuscitation 41 (1999) p.121-131.
- ⁹ Vraag en aanbod van Acute zorg in de regio Utrecht 2007. Onderzoek naar de kenmerken van de vraag en het aanbod van het netwerk van acute zorg in de regio Utrecht. UMC Utrecht, januari 2008.
- ¹⁰ Acute zorg in Utrecht, UMC Utrecht Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, maart 2005.
- ¹¹ Vraag en aanbod van Acute zorg in de regio Utrecht 2007. Onderzoek naar de kenmerken van de vraag en het aanbod van het netwerk van acute zorg in de regio Utrecht. UMC Utrecht, januari 2008.
- ¹² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57.
- ¹³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, pag.4.
- ¹⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 247, nr.56, pag.24.
- ¹⁵ <http://www.integratedcare.nl/downloads/07sconspgrolpres.12sept.072eversie.pdf>
- ¹⁶ Giesen P, Franssen E, Mokkink H, Van den Bosch W, Van Vugt A, Grol R. Medische zorg buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende eerste hulp? Huisarts Wet 2007;50(5):202-6.
- ¹⁷ Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2007;50:656-9.
- ¹⁸ Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. BMJ 1998;317: 1054-9
- ¹⁹ NHS Direct in England, National Audit Office, 25 January 2002.
- ²⁰ Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. Br. J Gen Pract. 2005 Dec; 55 521: 956-61.

- 21 Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med.* 2006 Sep; 38 (8): 565-9.
- 22 Inspectie voor de Gezondheidszorg Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, pag. 21. Den Haag, december 2006.
- 23 Van Steenwijk-Opdam PCE, Moll van Charante EP, Ebbens EH, Bindels PJE. Invoering van de huisartsenpost in Almere: effecten van schaalvergroting en triage op de zorgvraag. *Huisarts Wet* 2007;50(6):244-7.
- 24 Maas J, Van den Berg MJ, Van der Velden LFJ, Hingstman L. De relatie tussen praktijkorganisatie en praktijkomvang. *Huisarts Wet* 2005;48(10):499-503.
- 25 Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg. Nederlandse Zorgautoriteit. Februari 2008.
- 26 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, 5 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 56, 23 en 24.
- 27 <http://acutezorgnl.web-log.nl/acutezorg/2008/02/voor-wie-is-de.html>
- 28 http://home-open2.lhv.nl/resources/AMGATE_0899_1_TICH_R4488657898486/
- 29 www.huisartsvandaag.nl
- 30 <http://devrijehuisarts.org/asp/RalphKoelemanANW161106.asp>
- 31 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, pag.4.
- 32 Smeets M.M.J., et al. Alle spoedjes verzamelen. *Medisch Contact* nr. 7, 15 -02 -2008, pag.272-275.
- 33 Hoogervorst in reactie op standpunt RVZ advies Acute zorg.
- 34 Smeets M.M.J., et al. Alle spoedjes verzamelen. *Medisch Contact* nr.7, 15 -02 -2008, pag.272-275.
- 35 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 27 295, nr. 94.

Bijlage 5

Eerstelijnszorg

Mr. J.P. Kasdorp
RVZ

Inhoudsopgave

1	Het toenemend belang van eerstelijnszorg	120
2	De organisatie van de eerstelijnszorg	121
3	Realisatie	123

1 Het toenemend belang van eerstelijnszorg

Het belang van een goed functionerende eerste lijn stijgt om twee redenen snel.

- 1 De ziektelast van chronische aandoeningen neemt de komende twintig jaar met minimaal 40 procent toe (RIVM, 2006). Voor de begeleiding van chronische patiënten is een goed functionerende eerste lijn noodzakelijk. Deze patiënten moeten leren omgaan met blijvende beperkingen. Zelfmanagement, mantelzorg en psychosociale ondersteuning van patiënten en mantelzorgers zijn dan belangrijk. Het gaat om een combinatie van leefstijlbegeleiding, care en cure, (fysiotherapie, paramedische zorg, thuiszorg en huisarts), waarvan de coördinatie het beste in de eerste lijn kan worden neergelegd, bijvoorbeeld bij een praktijkondersteuner.
- 2 De tweede reden is dat zorg steeds minder plaatsvindt in een intramurale omgeving en steeds meer in de eigen leefomgeving. De patiëntvriendelijkheid neemt toe, maar ook de complexiteit rondom de afstemming en de continuïteit van de zorg. Hiervoor worden zorgketens ontwikkeld. Daarnaast wordt individuele preventie belangrijker en zij verdient dus een stevige plaats in de in de zorgketen. Dit voorkomt knelpunten in de tweede lijn en draagt bij aan minimalisatie van de ziektelast en van overbodige kosten.

Eén van de consequenties is dat de eerstelijnszorg - huisarts, thuiszorg, paramedische zorg - de medische en verpleegkundige zorgtaken van AWBZ-instellingen moet overnemen. Als mensen niet meer in instellingen wonen maar in een huis in de wijk, zullen ze per definitie een groter beroep doen op de algemene zorg en in het bijzonder op de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg wordt verder de voor de handliggende plek waar verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten komen te werken. Dat geldt ook voor fysio-, ergotherapie en diëtiëk.

Het is duidelijk dat deze ontwikkelingen vragen om een andere organisatorische opzet van de eerstelijnszorg. Een organisatie die een kader biedt voor samenwerking tussen verschillende disciplines en een stabiele partner kan zijn in diverse zorgketens voor specifieke chronische aandoeningen.

De acute zorg is overigens een verhaal apart. Van acute zorg is sprake wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Omdat de kwaliteit van de acute zorg op onderdelen tekort schiet, de keten van acute zorg ondoelmatig is georganiseerd en de beschikbaarheid van de acute zorg onvoldoende is, dient de acute zorg apart te worden georganiseerd. Daarbij zijn taakverdeling en concentratie aan de orde.

2 De organisatie van de eerstelijnszorg

Grootschalig organiseren, kleinschalig uitvoeren. Dat is kort geformuleerd onze opvatting over een doelmatige opzet van zorgverlening. Voor de eerstelijnszorg denken wij dan aan wijkzorgnetwerken, die zijn ingebed in een regionale structuur.

In een wijkzorg-netwerk werken extramurale hulp-verleners - met name huis-art-sen, wijkverpleeg-kundi-gen en extramuraal werken-de para-medici - met elkaar samen en zorgen voor een integra-le en continue extramurale zorg-ver-kening. In de kern van een wijkzorgnetwerk functioneert een samenwerkingsverband van vier à zes huisartsen in de vorm van een hagro (huisart-sengroe-p) of HOED (huis-artsen onder één dak). Daaraan kan praktijkonder-steu-ning worden gekoppeld. Behalve de wijkverpleegkundige zijn dat extra-mu-raal wer-kende ver-pleeg-kundigen, zoals praktijk-- en transmuraalver-pleeg-kun-digen. De wijkver-pleeg-kundi-g is bij uit-stek deskundi-g om de ver-pleeg-kundige zorg rond de patiënt inhoude-lijk aan te sturen (regie van de care), terwijl de taken van de praktijk-verpleeg-kun-dige in het verlengde van de huisart-sen-zorg liggen. De transmuraalverpleegkun-dige is gespeci-ali-seerd in een bepaalde taak of aandoe-ning. Hij of zij verricht gespe-cia-liseerde han-delingen in de thuisitu-atie en dient als con-su-lent voor huisart-sen, wijk-verpleeg-kundigen en prak-tijk-ver-pleegkun-di-gen.

Hoe groot een wijk is, hangt af van de lokale situatie. We denken aan een ge-bied -met zo'n 30.000 - 40.000 inwoners. De keuzevrij-heid van de patiënt is dan te waar-borgen. De wijk is ook een goede schaalgrootte voor -care-voorzie-ningen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en eenvoudige poliklinische tweedelijnszorg. Als het lukt om deze instellingen per wijk op te zetten, is het mogelijk een brug te slaan tussen eerste- en tweedelijnszorg: transmurale zorgverlening. Dat wordt steeds belangrijker, omdat voorspelbare zorgprocessen steeds meer in de vorm van ketenzorg worden aangeboden.

De hoofdlijnen voor de inrichting van de acute zorg zien er volgens de RVZ als volgt uit:

- Twee wegen naar acute zorg
 - Eén landelijke telefoondienst voor de patiënt die meent een acuut medisch probleem te hebben. Hier vindt een samenhangende afhandeling plaats van verzoeken om spoedeisende huisartsen- en ambulancezorg.
 - Eén locatie voor acute hulp op maximaal 30 minuten reisafstand van iedere burger, door functionele integratie van huisartsenposten met afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen.

- Scheiding van acute en electieve zorg
 - Patiënten die acute zorg behoeven worden via een ander traject behandeld dan patiënten die een andersoortige zorgvraag hebben. In het ambulancevervoer betekent dit een scheiding van het spoed- en besteld vervoer.
 - Taakverdeling en concentratie
- Bepaalde categorieën patiënten worden niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht, maar naar daarvoor aangewezen centra. Patiënten met bijvoorbeeld een hartinfarct die voor dotteren in aanmerking komen worden alleen naar een ziekenhuis met dotterfaciliteiten gebracht.
 - Benutten technologische ontwikkelingen
 - De organisatie van de acute zorg zal in de toekomst in hoge mate bepaald worden door technologische ontwikkelingen. Nieuwe mogelijkheden moeten sneller benut kunnen worden.

3 Realisatie

Een meerderheid van de huisartsen werkt tegenwoordig in een samenwerkingsverband. Maar een samenhangende eerstelijnszorg is er nog niet. De vraag is niet hoe een goed functionerende eerste lijn eruit zou moeten zien. Dat is bekend. De vraag is hoe ze tot stand moet worden gebracht en wie daarbij de regie voert. Stabiele samenwerkingsvormen blijken moeilijk te realiseren vanwege het grote aantal organisaties dat erbij betrokken is en omdat deze alle verschillend worden bekostigd. Het ontbreekt aan een adequate beleids- en bekostigingsstructuur. Voor een structurele inbedding van de activiteiten is nodig dat de samenwerking tussen de organisaties bestuurlijk wordt geborgd en dat de zorg en dienstverlening als zorgprogramma kan worden gefinancierd.

Minister Klink heeft in januari 2008 zijn nota Dynamische eerstelijnszorg uitgebracht. Daarin zegt hij dat partijen op lokaal niveau moeten bezien op welke wijze de eerste lijn het best kan worden versterkt. De overheid is aanspreekbaar als blijkt dat het systeem onvoldoende of onjuiste prikkels heeft om te komen tot doelmatige, toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Dat laatste is volgens ons het geval. Dus wat gaat hij doen?

- 1 hij gaat na hoe de coördinatiefunctie in zorgprocessen beter kan worden verankerd in wet- en regelgeving;
- 2 hij vraagt de NZa om advies over een toekomstbestendige bekostiging van de gehele eerstelijnszorg;
- 3 hij gaat na wat substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg in de weg staat en hoe eventuele hindernissen uit de weg kunnen worden geruimd.
- 4 hij onderzoekt de knelpunten bij de financiering van investeringen en gaat na onder welke voorwaarden beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg gebruik kunnen maken van de kapitaalmarkt;
- 5 Hij vraagt de NZa om advies over een betere (soepeler, klantgerichter en efficiënter) organisatie van de keten van acute zorg.

Volgens ons zijn de volgende stappen nodig om een geïntegreerde eerste lijn te stimuleren:

- 1 een ambitieuze zorgvisie, gericht op meer ketenzorg en preventie onder meer door versterking van de geïntegreerde eerste lijn. De minister formuleert duidelijke doelstellingen en draagt ze actief uit;
- 2 de bestaande regelgeving doorlichten en veranderen waar zij strijdig is zijn met de bovenstaande doelstellingen;
- 3 ketenzorg en de geïntegreerde eerste lijn worden een duidelijk herkenbare prioriteit binnen de beleidsorganisatie van het ministerie van VWS.

Wij constateren dat de minister in zijn nota vooral invulling geeft aan onze tweede aanbeveling. Inmiddels heeft de Landelijke Huisartsen

Vereniging (LHV) aangekondigd dat zij het initiatief neemt voor de totstandkoming van een duidelijke toekomstvisie voor de eerstelijnszorg. LHV-voorzitter Steven van Eijck heeft de minister uitgenodigd de LHV opdracht te geven om samen met de andere betrokken veldpartijen uitwerking te geven aan de eerstelijnsnota. Samen met de uitkomst van het door de minister aangekondigde onderzoek en de gevraagde adviezen kan dit initiatief leiden tot een gezamenlijk actieplan. Daarmee zou dan invulling worden gegeven aan onze eerste aanbeveling. Rest het opvolgen van onze derde aanbeveling: ketenzorg en de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn krijgen prioriteit binnen de beleidsorganisatie van VWS.

Onze opvattingen over een andere organisatie van de acute zorg zijn niet overgenomen, zoals blijkt uit de adviesaanvraag over dit onderwerp aan de NZa. Het advies van de NZa, uitgebracht op 20 maart 2008, wordt in een andere bijlage besproken.

Bijlage 6

Schaal en e-health

Drs. A.J.G. van Rijen
RVZ

Inhoudsopgave

1	Inleiding	126
2	Wat houdt e-health in?	127
3	De noodzaak van de toepassing van e-health	129
4	Schaalgrootte en e-health	131
	Noten	133

1 Inleiding

De discussie over de meest wenselijke schaalgrootte om doelstellingen als bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te bereiken, wordt doorgaans gevoerd op basis van de ‘klassiek’ geleverde zorg, waarbij zorgverlener en patiënt elkaar in levende lijve treffen. Aspecten daarbij zijn onder meer welke afstand moet de patiënt afleggen om bij een zorgverlener, bijvoorbeeld een ziekenhuis te komen (bereikbaarheid), hoe kunnen de kosten in de hand gehouden worden om een adequaat palet aan zorg via het basispakket aan te bieden (toegankelijkheid) en in welke mate moet deskundigheid binnen één organisatie geconcentreerd zijn (kwaliteit van zorg). Bij toepassing van e-health, dat wil zeggen het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en vooral internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren, komen dergelijke overwegingen in een ander licht te staan.

E-health biedt de mogelijkheid om een zorgverlener op het juiste moment en op de juiste plaats van de door hem voor zijn taakuitoefening noodzakelijke informatie te voorzien. Daarmee is het mogelijk de kwaliteit, de efficiency en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. In dit vignet wordt ingegaan op de relatie schaalgrootte en e-health. Daarbij komen aan de orde:

- korte toelichting op e-health;
- de noodzaak van toepassing van e-health;
- schaalgrootte en e-health.

2 Wat houdt e-health in?

Bij toepassing van e-health is het niet langer nodig dat zorgverlener en zorgconsument fysiek op dezelfde plaats zijn. Evenmin is het nodig dat informatie die de zorgverlener nodig heeft voor de uitoefening van zijn taak fysiek bij hem of haar in de buurt is. Kortom de locatie is bij e-health - in tegenstelling tot de klassieke zorgverlening - in het algemeen weinig relevant. E-health is te onderscheiden in drie typen activiteiten: e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health¹.

Tot *e-zorg* behoren *e-diagnose* (waaronder het stellen van diagnose op afstand, intercollegiale consultatie, e-consulten door patiënten, teleradiologie, teledermatologie en dergelijke), *e-therapie* (waaronder psychotherapie via het Internet, medicatie op afstand en telechirurgie) en *e-care* (waaronder e-monitoring, patiënt instrueren op afstand en dergelijke).

Het zal duidelijk zijn dat niet alle zorg vervangen kan worden door e-health. In bepaalde gevallen zijn specifieke, dure voorzieningen en/of is gespecialiseerd personeel nodig, bijvoorbeeld bij intensive care units. Soms is voor het vergaren van informatie geavanceerde apparatuur nodig. In dergelijke gevallen moet de patiënt naar de plaats gaan waar de apparatuur staat opgesteld, denk bijvoorbeeld aan diagnosestelling met behulp van geavanceerde apparatuur als MRI's. Het beoordelen van de beelden kan de radioloog echter elders uitvoeren, bijvoorbeeld in een hiervoor gespecialiseerd centrum in het buitenland. In een aantal gevallen is e-zorg te prefereren boven de klassiek verleende zorg, denk bijvoorbeeld aan gevallen waarbij de zorgconsument alleen gebruik van zorg wil maken wanneer hij anoniem kan blijven. Met name in delen van de geestelijke gezondheidszorg is dit het geval, denk bijvoorbeeld aan patiënten met anorexia of post-traumatische stress.

E-zorgondersteuning houdt onder meer in *e-quality* (waaronder continuing medical education, elektronische patiëntendossiers, decision support systems, zoals elektronische voorschrijfsystemen en het ter beschikking stellen van behandelprotocollen, richtlijnen en benchmarkinformatie via het Internet), *e-administratie* en *e-management* (waaronder casemanagement, call centers en afspraken voor consult via het Internet), *e-commerce*, *e-finance* en *e-logistics* (voorraadbeheer).

Tot *e-public health* behoren *e-preventie* (waaronder het bepalen en benaderen van risicogroepen via het Internet, het monitoren van de gezondheidstoestand van de bevolking en het monitoren van de verspreiding van ziekten) en *e-gezondheids(zorg) voorlichting* (medische informatie op het Internet) en *gezondheidsopvoeding*.

Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat in de Verenigde Staten e-health ruimer gedefinieerd wordt. In de Verenigde Staten wordt elk proces dat ondersteund wordt door elektronische processen tot e-health gerekend. Dit houdt in dat niet alleen 'electronic health information exchanges (HIE)' tot e-health gerekend wordt, maar ook 'health information technology (HIT)', waartoe informatiesystemen voor individuele instellingen (ziekenhuisinformatiesysteem) en praktijken (huisartsinformatiesysteem, apotheekinformatiesysteem, en dergelijke) behoren².

Het 'Action Plan for a European eHealth Area' van de Europese Commissie definieert e-health als: 'the application of information and communications technologies across the whole range of functions that affect the health sector. eHealth tools or solutions include products, systems and services that go beyond simply Internet-based applications. They include tools for health authorities, healthcare provider organisations (HPO) and healthcare professionals at all levels, as well as personalised health systems for patients and citizens. Examples include health information networks, electronic health records, telemedicine services, personal wearable and portable communicable systems, health portals, and many other information and communication technology-based tools assisting prevention, diagnosis, treatment, health monitoring, and lifestyle management'³. Overigens bestaat er in de EU geen consensus over de definitie van e-health. In de documenten van de verschillende EU-organen wordt e-health uiteenlopend gedefinieerd⁴.

3 De noodzaak van de toepassing van e-health

Er zijn ten minste drie ontwikkelingen die het noodzakelijk maken om meer gebruik te gaan maken van e-health. Dit zijn:

- de toename van het aantal chronische patiënten en de noodzaak om hen adequaat zorg te geven; deze toename leidt tot een stijging van de vraag naar zorg;
- het groeiende tekort aan arbeidskrachten in de zorg;
- de wenselijkheid om de rol van de patiënt te versterken zodat zij een actieve rol krijgen bij het managen van hun gezondheid; dit kan een gunstig effect hebben op hun gezondheid en daarmee de vraag naar zorg verminderen.

Met behulp van e-monitoring kan men chronische ziekten als diabetes, chronisch hartfalen en COPD beter managen dan via de 'klassieke' zorg, aangezien langs deze weg bepaalde 'sleutelwaarden' regelmatig gerapporteerd kunnen worden. Zo is het voor diabetici belangrijk dat hun bloedsuikerwaarden regelmatig gecontroleerd worden. Wanneer deze waarden buiten de normaalwaarden vallen, kan snel ingegrepen worden.

Volgens de Amerikaanse National Association for Home Care and Hospice gebruikt meer dan de helft van de 8.000 thuiszorginstellingen in de Verenigde Staten die diensten aan Medicare-patiënten aanbieden een vorm van e-monitoring⁵. Forrester Research voorspelt dat rond 2015 12 procent van alle ouderen, 40 procent van alle chronisch zieken en 6 procent van alle patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen thuis op enigerlei wijze via internet gemonitord zullen worden⁶. Een systematische review en meta-analyse van telemonitoring en gestructureerde telefonische ondersteuningsprogramma's voor patiënten met hartfalen wees uit dat programma's voor deze patiënten een positief effect op de resultaten had⁷. E-monitoring programma's reduceerden de ziekenhuisopnamen voor deze groep patiënten met 21 procent en hun sterfte met 20 procent. Drie van de zes studies waarin gekeken werd naar de kwaliteit van leven lieten een significante verbetering zien in de groep met telemonitoring, drie van de vier studies waarin gekeken werd naar de kostenaspecten lieten ook een afname zien van de kosten. Geconcludeerd werd dan ook dat programma's voor patiënten met chronisch hartfalen, waarbij gebruik wordt gemaakt van telemonitoring, een positief effect hebben.

In Nederland liet het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in 2004 het gebruik van e-health ten behoeve van diabeteszorg onderzoeken. Het CVZ constateerde dat, hoewel zorg op afstand grote kansen biedt, het momenteel alleen lokaal en ongestructureerd geïntroduceerd wordt en dat er nog geen structuur voor het beoordelen van de kwaliteit bestaat. Daarnaast werken wet- en regelgeving - zoals de WVG - en financiering volgens het CVZ belemmerend⁸. In ditzelfde rapport adviseerde het

CVZ de minister van VWS het gebruik van internationale standaarden door middel van wetgeving en regelgeving op te leggen, zoals de RVZ dit al eerder had gedaan⁹ en in 2006 in relatie tot het elektronisch patiënten-dossier nog eens zou doen¹⁰.

Volgens Stachura en Khasanshina vormen telehealth, telehomecare en e-monitoring één van de manieren om een vergrijzende bevolking, het toenemende aantal chronisch zieken en de groeiende druk op de zorgkosten te managen¹¹.

Zorgconsumenten zijn geen 'vreemden' wanneer het om het monitoren van hun gezondheid thuis gaat. In de Verenigde Staten monitort meer dan de helft van hen op enigerlei wijze hun gezondheid, bijna een kwart monitort een chronische ziekte en 30 procent monitort de gezondheid van een gezinslid of vriend. Zij zien ook de voordelen van zorg thuis en het merendeel is erin geïnteresseerd actief hun gezondheid te 'managen'¹².

Sinds het begin van de jaren negentig ondersteunt de Europese Commissie onderzoek op het gebied van e-health. In 2004 leidde dit tot de vaststelling van een e-Health Action Plan¹³. Binnen Europa zijn belangrijke thema's hierbij het realiseren van een goede infrastructuur, de totstandkoming van Elektronische Patiënten Dossiers, interoperability (de uitwisseling van gegevens tussen systemen) en de mobiliteit van zorgconsumenten en zorgprofessionals over de grenzen heen¹⁴.

Onlangs heeft de EU besloten om lidstaten hulp te bieden om de doelstelling supporting and boosting investment in eHealth van het eHealth Action Plan te bereiken. Hiermee zou de kloof tussen aanbod en vraag naar e-health financiering verkleind kunnen worden¹⁵. Drivers hiervoor zijn de vergrijzing, de toename van het aantal chronisch zieken en verbeteringen qua medische kennis en technologische mogelijkheden¹⁶.

Ook in de Verenigde Staten staat e-health in de belangstelling. Alhoewel president Bush in 2004 tot actie opriep, is onlangs door een groep deskundigen vastgesteld dat de voortgang tegenvalt. Overtuigingskracht alleen blijkt in de praktijk niet genoeg te zijn. Regelgeving op dit gebied die nodig blijkt te zijn, is in de Verenigde Staten nauwelijks tot stand gekomen¹⁷.

Een verwant terrein vormen domotica. Met behulp van ICT kan de kwaliteit van leven van ouderen en zorgbehoevenden verbeterd worden. Met online functies kunnen ouderen langer zelfstandig en actief blijven. Voor de periode 2008-2013 stelt de industriecommissie van het Europees Parlement 1 miljard euro voor het EU-programma 'Beter Begeleid Wonen'. Hierbij gaat het om consumentenelectronica, 'slimme' kleding (voorzien van sensoren), domotica, telematica-diensten en medische apparatuur¹⁸.

4 Schaalgrootte en e-health

Toepassing van e-health brengt de zorg bij de mensen thuis. Afstand (en dus schaalgrootte) is in deze gevallen geen issue meer. Er zijn echter verschillende barrières voor de toepassing van e-health. Zo dient voor de toepassing van e-health een adequate infrastructuur beschikbaar te zijn. Artsen dienen ook bereid te zijn e-health toe te passen, hetgeen vaak niet het geval is. Denk bijvoorbeeld aan de trage voortgang van het e-consult: in 2006 gebruikte slechts 9 procent het e-consult structureel¹⁹.

Om toepassing van e-health te realiseren blijkt in een aantal gevallen schaalgrootte wel een issue. Een versnipperd zorgaanbod kan immers betekenen dat:

- e-healthtoepassingen waarvoor grote investeringen nodig zijn, niet van de grond komen;
- in gevallen de kosten en opbrengsten van e-health anders verdeeld worden over de verschillende partijen degenen die de meerkosten voor hun rekening moeten nemen, weinig of niet gemotiveerd zijn om e-health toe te passen;
- wanneer wettelijk niet voorgeschreven is welke standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling gehanteerd moeten worden (hetgeen momenteel het geval is), partijen die verschillende 'standaarden' gebruiken, doorgaans niet bereid zijn de 'standaard' van een andere partij te gaan gebruiken, hetgeen de toepassing van e-health belemmert.

Grote organisaties met een slagvaardig bestuur die een breed scala aan zorg aanbieden en die mogelijkheden hebben om te investeren in e-health, blijken wel in staat om in hun organisatie vele vormen van e-health in te voeren en daarmee kwaliteitswinst en kostenbesparingen te realiseren. Voorbeelden hiervan zijn Kaiser Permanente en de Veterans Administration, beide in de Verenigde Staten.

Daar staat tegenover dat bij het ontbreken van via wet- en regelgeving opgelegde standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling grote organisaties geneigd zullen zijn hun eigen 'standaarden' te hanteren. Hiermee kunnen zij zich van hun concurrent onderscheiden. Ongewenst neveneffect is dat adequate elektronische gegevensuitwisseling tussen deze organisaties belemmerd wordt.

Verticale ketenvorming en de daarmee samenhangende schaalvergroting kan dus de toepassing van e-health bevorderen, maar kan - zonder wettelijke verplichting tot standaardisatie - elektronische gegevensuitwisseling tussen ketenorganisaties belemmeren. Horizontale schaalvergroting, waarbij veel personen van dezelfde discipline in één organisatie werken, kan positief uitwerken op de kwaliteit van zorg doordat artsen zich verder

op deelgebieden specialiseren. Zo kunnen superspecialisten bij gebruik van e-health hun diensten vanuit één punt zelfs over de landsgrenzen aanbieden.

Samenvattend: e-health brengt (een deel van de) zorg bij de mensen thuis; schaalgrootte in de zin van bereikbaarheid van de zorg is hierbij geen thema meer. Schaalgrootte in juridisch/financiële zin kan evenwel wel relevant zijn voor de mate waarin en de wijze waarop e-health wordt toegepast. Het wettelijk verplichte gebruik van standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling en de beveiliging van deze gegevensuitwisseling stimuleert de toepassing van e-health. Relevant in dit verband zijn standaarden voor gegevenstransport, gegevensstructuur en semantiek. Voor het gegevenstransport is inmiddels het internet protocol (TCP/IP) de algemeen aanvaarde standaard. Voor de gegevensstructuur is - voor wat het elektronisch patiëntendossier (EPD) - de Europese EN 13606 richtinggevend. Het doel van EN 13606 is om alle vormen van EPD-gerelateerde informatie te kunnen uitwisselen. Het is aan wetenschappelijke verenigingen van beroepsbeoefenaren om afspraken te maken over de semantiek. Internationaal doet SNOMED opgang. SNOMED staat voor Systematized Nomenclature of Medicine. Deze medische terminologie over onder meer ziekten en verrichtingen die door computers verwerkt kan worden, maakt onder meer het indexeren, opslaan, vinden en aggregeren van gegevens mogelijk. Voor wat betreft de beveiliging van medische informatie dient te worden voldaan aan de norm voor informatiebeveiliging in de zorg van het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN 7510).

Noten

- ¹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. E-health in zicht. RVZ: Zoetermeer, 2002.
- ² Zie bv. Smith VK et al. State e-health activities in 2007: Findings from a State Survey. The Commonwealth Fund, New York, 2008.
- ³ Commission of the European Communities - COM (2004) 356: Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: e-Health - making health care better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area, Brussels, 2004-04-30.
- ⁴ Empirica, Communication and Technology Research (Bonn, Germany) & TanJent (Hereford, UK). Report on Conceptual framework, healthcare and eHealth investment context and challenges. European Commission, DG INFSO & Media. Brussels, 2007.
- ⁵ Cherny E. New Ways to Monitor Patients at Home. Wall Street Journal, 18 April 2006.
- ⁶ First Consulting Group. Telemedicine in the Ambulatory Setting: Trends, Opportunities and Challenges. FCG, 2007.
- ⁷ Clark RA, Inglis SC, Mc Allister FA et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic re-view and meta-analysis. BMJ, doi:10.1136/bmj.39156.536968.55, 10 April 2007.
- ⁸ College voor Zorgverzekeringen. Rapport zorg met ICT (een strategische verkenning aan de hand van diabetes mellitus). CVZ, Diemen, 2004.
- ⁹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. E-health in zicht. RVZ: Zoetermeer, 2002.
- ¹⁰ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier. RVZ: Zoetermeer, 2005.
- ¹¹ Stachura ME & Khasanchina EV. Telehomecare and Remote Monitoring: An Outcomes Overview. The Advanced Medical Technology Association, Washington DC, 2007.
- ¹² Accenture, Institute for Strategic Change. Home Healthcare Electronics: Consumers are ready, willing and able. Accenture, Cambridge, MA, Usa, 2002.
- ¹³ Commission of the European Communities - COM (2004) 356: Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: e-Health - making health care better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area, Brussels, 2004-04-30.
- ¹⁴ European Commission, Information Society and Media Directorate-General Directorate H - ICT for Citizens and Businesses. EHealth priorities and strategies in European countries. EC, Brussels, 2007.

- 15 European Commission, DG Information Society & Media. Supporting and boosting investment in eHealth. European Commission, DG INFSO & Media, Brussels 2008.
- 16 Empirica, Communication and Technology Research (Bonn, Germany) & TanJent (Hereford, UK). Report on Conceptual framework, healthcare and eHealth investment context and challenges. European Commission, DG INFSO & Media. Brussels, 2007.
- 17 California HealthCare Foundation. Gauging the Progress of the National Health Information Technology Initiative, Perspectives from the Field. CHCF, Oakland, 2008.
- 18 Op 24 januari 2008 heeft de industriecommissie van het Europees Parlement besloten dat er gelden worden vrijgemaakt voor de toepassing van ICT producten en diensten die het mogelijk maken dat oudere mensen langer op een waardige en actieve manier thuis kunnen blijven wonen. Het gaat om 600 miljoen Euro uit het programma 'Beter Begeleid Wonen' (Ambient Assisted Living). Verder wordt er 400 miljoen euro besteed uit de Europese fondsen voor onderzoek en innovatie, het Zevende Kaderprogramma. Er doen 24 landen mee; Nederland met 2 miljoen Euro per jaar tot 2013.
- 19 Van Gemert-Pijnen JEWc, Nijland N en Tije S ten. E-consult 2006; een onderzoek naar het gebruik van e-consult onder huisartsen. Universiteit Twente, Faculteit Gedragwetenschappen, Enschede, 2006, en Nijland N en Gemert-Pijnen JEWc. Huisarts loopt nog niet warm voor e-consult. Medisch Contact, jrg. 63, nr. 5, pag. 202, 2007.

Bijlage 7

Toetsingskader voor spreiding

Passage uit het advies Marktconcentraties in de ziekenhuissector van de RVZ

Zes factoren voor de ideale marktstructuur

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

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

- *Urgentie.* Acute zorg moet zo decentraal mogelijk worden aangeboden vanwege het belang van toegankelijkheid.
- *Kapitaalintensiteit.* Zorg waarbij dure faciliteiten nodig zijn moet centraal worden aangeboden vanwege betaalbaarheid.
- *Mate van specialisatie.* Zeer gespecialiseerde zorg moet centraal worden aangeboden vanwege behoud van kwaliteit;
- *Omvang van de doelgroep.* Zorg waarvoor slechts een kleine doelgroep is moet bij voorkeur worden geconcentreerd uit het oogpunt van betaalbaarheid.
- *Frequentie van de zorgvraag.* Zorg voor aandoeningen die frequent contact vereisen met een medisch behandelaar moet bij voorkeur decentraal worden aangeboden vanwege toegankelijkheid.
- *Kwaliteit van de reisinfrastructuur.* Wanneer de reisinfrastructuur gebrekkig is, moet zorg bij voorkeur meer decentraal worden aangeboden vanwege de toegankelijkheid. Voor het bepalen van de mate van fysieke centralisatie of decentralisatie voor een bepaalde behandeling doorlopen we de volgende stappen (zie ook figuur 5.1):
 1. Geef voor elke van de zes factoren aan of deze factor wijst richting fysieke centralisatie of juist richting fysieke decentralisatie.
 2. Bepaal de score per deelaspect van het marktresultaat.
 3. Bepaal het relatieve belang van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid voor deze behandeling. Het kan zijn dat bij de ene zorgvraag kwaliteit absolute prioriteit heeft, terwijl in andere gevallen bereikbaarheid cruciaal is.

4. Combineer de score voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (uit stap 2) met de weging (uit stap 3) om te komen tot een totaal score.
5. Dan blijft nog de vraag hoe dit aanbod kan worden gegroepeerd/georganiseerd. Posnett (2002) geeft aan dat nagegaan moet worden hoe het noodzakelijke scala aan diensten moet worden gegroepeerd nadat de totale zorgvraag van een regio in kaart is gebracht. Dit wordt bepaald door de mate van multidisciplinariteit en de mate waarin ondersteunende diensten (lab, röntgen, IC, et cetera) nodig zijn voor de zorgverlening voor een bepaalde groep patiënten.

Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie, 2003.

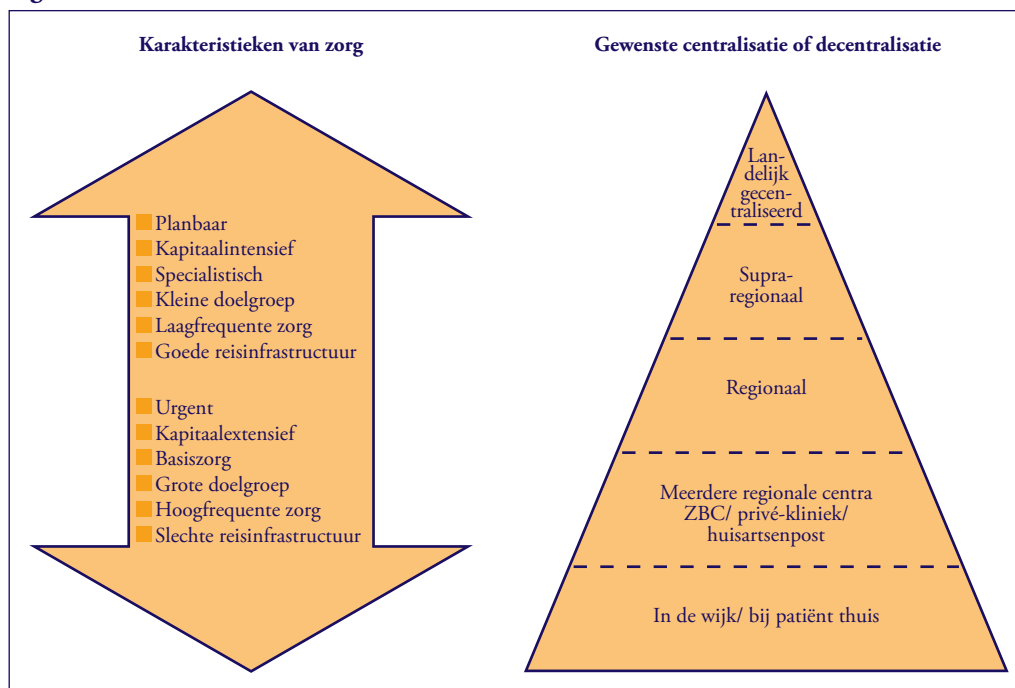
Figuur 5.1 Model voor bepalen marktstructuur

				Relatie met marktresultaat		
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...	Kwaliteit	Toegankelijk- heid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Centraal? Decentraal?	
	Kapitaal intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Centraal? Decentraal?
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Centraal? Decentraal?		
Omvang zorgaanvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Centraal? Decentraal?
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Centraal? Decentraal?	
Geografie	Reisinfrastuur	Goede reisinfrastuur	Slechte reisinfrastuur		Centraal? Decentraal?	
Score per deelaspect van marktresultaat						
Weging van het belang per deelaspect						
Totaalscore						

Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

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

Figuur 5.2 Factoren voor centralisatie of decentralisatie



Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie; RVZ.

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

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

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


Figuur 5.3 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij ernstig hoofdletsel

Trauma capitis				Relatie met marktresultaat		
		Centraliseren als ...	Decentraliseren als ...	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Bij voorkeur decentraal	
	Kapitaal intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Bij voorkeur centraal
	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Bij voorkeur centraal		
Omvang zorgaanvraag	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Bij voorkeur centraal
	Frequentie zorgvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Mogelijk centraal	
Geografie	Reisinfra structuur	Goede reisinfra structuur	Slechte reisinfra structuur			
Score per deelaspect van marktresultaat				Bij voorkeur centraal	Bij voorkeur decentraal	Bij voorkeur centraal
Weging van het belang per deelaspect				Hoogst	Hoog	Hoog
Totaalscore				Supra-regionaal organiseren, binnen de normen toegankelijkheid (bv dmv helikopter)		

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

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

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




Bron RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

Figuur 5.4 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij hemodialyse

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

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

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



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.


Figuur 5.5 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij diabetes mellitus type II

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

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

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

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



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.


Figuur 5.6 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij totale heupprothese

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

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

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

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



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

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

Addison/ Cushing		Centraliseren als ...		Decentraliseren als ...		Relatie met marktresultaat		
						Kwaliteit	Toegankelijk- heid	Betaalbaarheid
Type zorg	Urgentie	Niet urgent	Urgent		Mogelijk centraal			
	Kapitaal intensiteit	Kapitaal intensief	Kapitaal extensief			Mogelijk decentraal		
Omvang zorgaanvraag	Mate van specialisatie	Specialistische zorg	Basiszorg	Bij voorkeur centraal				
	Omvang doelgroep	Kleine groep	Grote groep			Bij voorkeur centraal		
	Frequentie zoegvraag	Lage frequentie	Hoge frequentie		Bij voorkeur decentraal			
Geografie	Reisinfra structuur	Goede reisinfra structuur	Slechte reisinfra structuur					
Score per deelaspect van marktresultaat				Bij voorkeur centraal	Bij voorkeur decentraal	Bij voorkeur centraal		
Weging van het belang per deelaspect				Hoogst	Hoog	Ondergeschikt		
Totaalscore				Supra-regionaal centraliseren vanwege belang van kwaliteit; zoek oplossing voor behoud toegankelijkheid				
<p>Patiënten met de ziekte van Addison/Cushing hebben een chronische zorgvraag. De zorg voor deze patiënten vraagt geen dure voorzieningen, maar vereist wel zeer specifieke kennis. De doelgroep is klein: slechts 1 op de 2000 mensen heeft deze aandoening. Dat betekent dat er zo'n 8000 patiënten in Nederland zijn (NVACP, 1999). Het chronische aspect van de zorgvraag vraagt om decentralisatie omwille van de toegankelijkheid. Maar de zeer specialistische kennis en de beperkte omvang van de doelgroep vereisen centralisatie om de kwaliteit te kunnen waarborgen. Geografische factoren zouden mogelijk kunnen leiden tot een regeling waarbij een specialist vanuit één van de landelijke centra maandelijks spreekuur houdt in een verder weggelegen gebied. Op deze manier kan toch worden voldaan aan de eisen van toegankelijkheid.</p> <p>Bij de weging van het relatieve belang van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid heeft kwaliteit heeft bij deze aandoening hoge prioriteit. Bij beslissingen rond (de)centralisatie moet dit aspect het zwaarst wegen.</p> <p>De behandeling van deze aandoeningen vereist zeer beperkt gebruik van andere disciplines, behalve van labfaciliteiten. Combinatie met zorg voor andere endocriene aandoeningen (een endocriencentrum in een groter complex) zou een goede optie kunnen zijn.</p>								



Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.


Figuur 5.8 Voorbeeld toepassing spreidingsmodel bij mammacorrectie

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

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

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

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

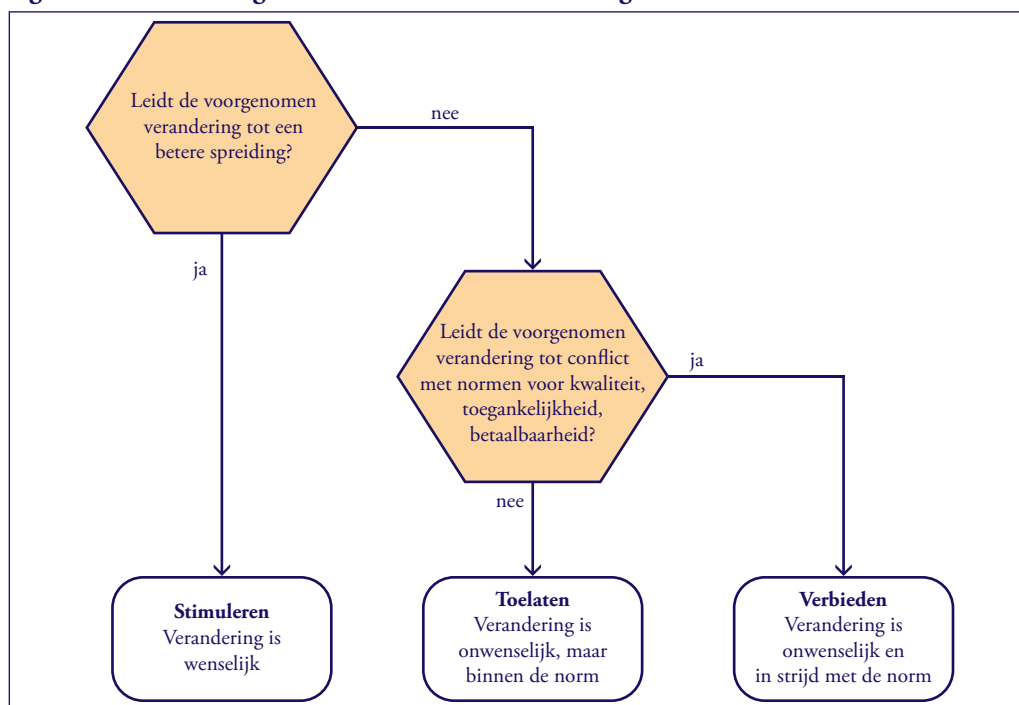


Bron: RVZ; KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

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

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

Figuur 5.9 Beslissingsboom voor evaluatie veranderingen in marktstructuur



Bron: KPMG Bureau voor Economische Argumentatie.

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

Bijlage 8

Lijst van afkortingen

AED	Automatische Externe Defibrillatie
AMM	aanmerkelijke marktmacht
anw-uren	avond-, nacht en weekenduren
AOW	Algemene Ouderdomswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BZK	ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CDS	Centers for Disease Control and Prevention
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
dbc	diagnose-behandelcombinatie
ECG	Electrocardiogram
EG	Europese Gemeenschap
EMS	Emergency Medical Services
EPD	elektronisch patiëntendossier
EU	Europese Unie
ggz	geestelijke gezondheidszorg
hap	huisartsenpost
HDS	huisartsendienstenstructuren
HFA-DB	Health for all database
HIE	electronic health information exchanges
HIT	health information technology
HOED	huisartsen onder één dak
HPO	healthcare provider organisations
ic	intensive care
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOM	Institute of Medicine
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MRI	Magnetic resonance imaging
Mw	Mededingingswet
NCHS	National Center for Health Statistics
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NHS	National Health Service
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OK	operatiekamer
pgb	persoonsgebonden budget

RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal overleg acute zorgketen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEH	Spoedeisende Hulp
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine
tl	territorial levels
VS	Verenigde Staten
WAV	Wet op het ambulancevervoer
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet bijzondere medische verrichtingen
WHO	World Health Organisation
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZBC	zelfstandig behandelcentrum
zbo	zelfstandig bestuursorgaan
Zvw	Zorgverzekeringswet
zzp	zorgzwaarte pakket

Bijlage 9

Literatuur

Aartsen, C. van. Lessen in fuseren. *Zorgvisie*, 37, 2007, no. 4, p. 14-19.

Algera, W.T. en J.J.M. Sluijs. Marktordening in de gezondheidszorg. *SEW*, 55, 2007, no. 5, p. 177-190.

Beerens, J. en J. Overbosch. Van klein naar groot. *Zorgvisie*, 37, 2007, no. 6, p. 39-41.

College bouw zorginstellingen. Kleinschalig wonen, grote verschillen. Utrecht: CBZ, 2007.

Groothuis, B. Shared Service Centers in de zorg. *ZM Magazine*, 24, 2008, p. 2-6.

Liedorp, I., S. Lavrijssen en E. van Damme. Fusiecontrole in de gehandicaptenzorg. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2007.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kabinetsstandpunt IBO- Markconcentraties in de zorgsector. Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 5 juli 2000, Z/F-2085900.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geconcentreerd dereguleren? Den Haag: VWS, 2002.

Nederlandse Zorgautoriteit. Monitorspecial: De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg. Utrecht: NZa, 2007.

Poel, P. van de. Acht 'oude rotten' smeden ziekenhuiscombi. *Zorgvisie magazine*, 2007, no. 10, p. 21-23.

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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Markconcentraties in de ziekenhuissector. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Saltman, R.B., V. Bankauskaite and K. Vrangbaek. Decentralization in health care: strategies and outcomes. Berkshire: Open University Press, 2007.

Schakel, L.A. Aanmerkelijke marktmacht (AMM) in de zorg. *Zorg Financiering*, 6, 2007, no.1, p. 10-22.

Sociaal Cultureel Planbureau. *Thuis op het platteland: de leefsituatie van platteland en stad vergeleken*. Den Haag: SCP, 2006.

Varkevisser, M. en E. Schut. NMA moet strenger zijn bij toetsen ziekenhuisfusies. *ESB*, 93, 2008, no. 4532, p.196-199.

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. *Handreiking Fusietrajecten in de gehandicaptensector*. Utrecht: VGN, 2007.

Overzicht publicaties

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Schaal en zorg)
- 08/08 Schaal en zorg
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
- 08/05 Zorginkoop
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies
- 08/03 Screening en de rol van de overheid
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ-advies Beter zonder AWBZ?)
- 08/01 Beter zonder AWBZ?
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Vertrouwen in de arts)
- 07/02 Vertrouwen in de arts
- 07/01 Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
- 06/12 De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
- 06/11 Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)
- 06/10 Publieke gezondheid
- 06/09 Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)
- 06/08 Arbeidsmarkt en zorgvraag
- 06/07 Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
- 06/06 Zinnige en duurzame zorg
- 06/04 Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/03 Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
- 06/02 Management van vastgoed in de zorgsector
- 06/01 Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg

05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/13	Informeel zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)
05/04	Van weten naar doen
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
04/08	Gepaste zorg
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)
04/01	De Staat van het Stelsel
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)
03/14	Acute zorg
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)

03/12	Gemeente en zorg
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
03/05	Van patiënt tot klant
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
02/14	Gezondheid en gedrag
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
02/11	Biowetenschap en beleid
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
02/05	E-health in zicht
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)

02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/01	Winst en gezondheidszorg
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
01/10	Volksgezondheid en zorg
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/08	Verzekerbare van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)
01/04E	Healthy without care
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)
00/03	De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

Sig 08/01A	Publieksversie Vertrouwen in de sprekkamer
07/06	Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
Sig 07/01A	Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care
05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)
04/10	De RVZ in beweging (Evaluatierapport RVZ 2000-2004)
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)

- 03/11E The preferences of healthcare customers in Europe
- 03/11 De wensen van zorgcliënten in Europa
- 02/16 Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen
- 01M/02 Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen
- 01M/01E E-health in the United States
- 01M/01 E-health in de Verenigde Staten
- 01M/03 Publieksversie Verzekerd van zorg
- 01M/02 De RVZ over het zorgstelsel
- 01M/01 Management van beleidsadvisering
- 00/05 Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

- Sig 07/02 Goed patiëntschap
- Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
- Sig 05/04 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02).
- Sig 05/03 Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)
- Sig 05/02E Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
- Sig 05/02 Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement
- Sig 05/01 Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid
- Sig 03/01 Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

- Signalering Ethiek en Gezondheid 2003
- Drang en informele dwang in de zorg (2003)
- Signalering Ethiek en Gezondheid 2004
- Signalering Ethiek en Gezondheid 2005
- Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)
- Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004
- De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)
- Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)
- Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg? (2006)
- Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob? (2006)
- Over keuzevrijheid en kiesplicht (2006)
- Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. (2007)
- Formalisering van informele zorg (2007)
- Financiële stimulering van orgaandonatie (2007)

Passend bewijs: ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (2008)

Afscheid van de vrijblijvendheid (2008)

Argumentenwijzer voor het debat over orgaandonatie (2008)

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VG 05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VG 05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VG 05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)

VG 05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkprogramma's en jaarverslagen

07/05 Werkprogramma 2008

00/02 Werkprogramma RVZ 2001 – 2002

04/12 Jaarverslag 2002-2003 RVZ

02/08 Jaarverslag 2001 RVZ

01/06 Jaarverslag 2000 RVZ

00/01 Jaarverslag 1999 RVZ