



Invitational Conference

SPREIDING EN CONCENTRATIES ZIEKENHUISFUNCTIES





INVITATIONAL CONFERENCE 2010

Voorwoord

Twee dingen weten wij zeker: Nederland heeft een goede uitgangspositie om de uitdagingen op het gebied van curatieve zorg het hoofd te bieden. En die uitdagingen zijn complex. De NVZ vereniging van ziekenhuizen is hiervan overtuigd. Dat blijkt ook uit onze jaarverslagen en brancherapporten. Eens te meer werd het duidelijk tijdens de goed bezochte invitational conference die wij op 24 november met onze leden en stakeholders hielden.

Over het onderwerp spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties raakt niemand uitgepraat. Het is een ingewikkeld proces dat iedereen in de branche raakt en niet vanzelf zijn beslag zal krijgen. De NVZ werd door de discussie tijdens de invitational conference gesterkt in de overtuiging dat voortgang langs de weg van de kwaliteit de beste optie is. Uit alle onderzoeken die we hebben kunnen achterhalen blijkt dat het concentreren van zorg heel dikwijls leidt tot betere zorgkwaliteit. Met andere woorden, hoe vaker een chirurg en zijn team de ingreep verrichten, hoe veiliger die ingreep wordt. Dit is uiteraard maar één element. Spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties vraagt tijd en zorgvuldigheid. Maar zoveel tijd - en dus geld - is er niet... Dat beseft onze branche maar al te goed. De maatschappelijke druk op de betaalbaarheid van de gezondheidszorg neemt alleen maar toe. Ziekenhuizen komen ook voor de vraag te staan wat er wel en niet (meer) geboden kan worden.

De NVZ kan en wil het debat over spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties graag aangaan. Want we willen niet wachten totdat Den Haag gaat bepalen maar meedenken en meebeslissen. Samen anticiperen en vormgeven.

Vanuit die gedachte nam de NVZ geen afwachtende maar juist een actieve houding aan toen in september 2009 de heroverwegingswerkgroepen aan de slag gingen.

De vraag was hoe de overheid twintig procent zou kunnen bezuinigen, op onder meer de curatieve zorg.

De NVZ nam deze opdracht serieus. Wij begonnen samen met onze leden na te denken over ideeën en voorstellen die zouden kunnen bijdragen aan de beoogde taakstelling.

Daarbij stond natuurlijk één ding centraal: het belang van de patiënt. Want ik weet zeker dat we het er allemaal over eens zijn dat in ons werk, in onze sector, de patiënt zélf, de spil is waarom alles draait.

In het voorjaar van 2010 bleek dat er tijdens de consultaties met leden en partners één idee boven kwam drijven: spreiding en concentratie. Met die 'tactiek' is volgens de NVZ, volgens onze leden en partners, waarschijnlijk veel winst te halen.

Winst door spreiding en concentratie van behandelingen, van chronische tot hoogcomplexere zorg.

Winst door betere zorgkwaliteit door hogere behandelvolumes.

Winst door meer doelmatigheid en - daardoor - minder kosten.

Wat dan overblijft, is een nieuw veelkleurig palet aan zorgtaken en zorginstellingen. Ziekenhuizen ontwikkelen zich op verschillende vlakken.

Het is een dynamische ontwikkeling door de tijd waarbij sprake is van uitruil en samenwerking.

Ziekenhuizen kunnen zich in de toekomst specialiseren; ze blijven samenwerken, maar zullen zich van elkaar onderscheiden.

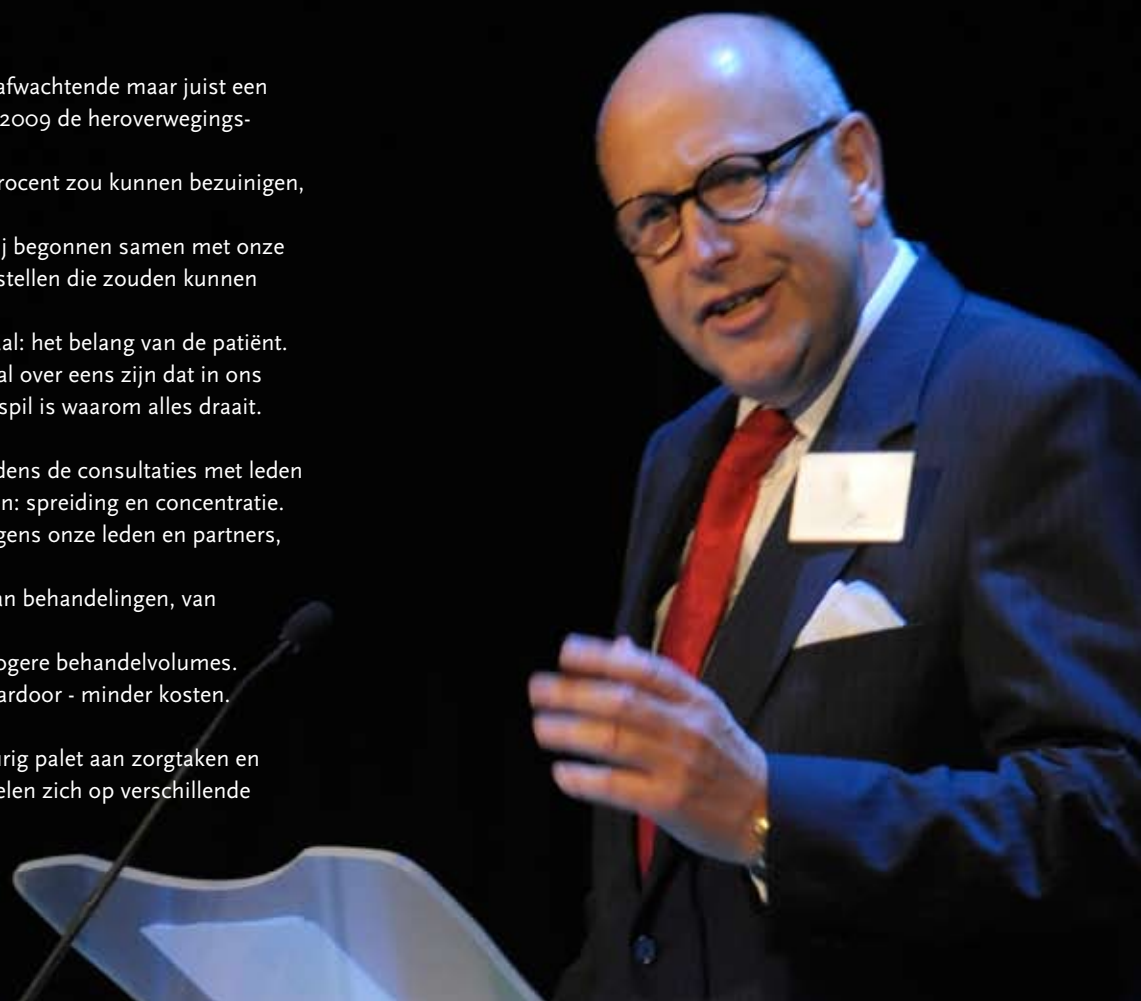
Het doel: een steeds betere, veiliger en doelmatiger ziekenhuiszorg. Natuurlijk zal dat soms een pijnlijk proces zijn: loslaten is nooit gemakkelijk.

Maar als we zelf niets doen, nemen anderen het van ons over en dan wordt 'spreiding en concentratie' misschien wel 'verdeelen-heers'.

Het debat moet leiden tot bouwstenen waarmee onze leden aan de slag kunnen. En zij niet alleen, ook overheid, bestuurders, patiënten, huisartsen, medisch specialisten en verzekeraars. Het debat moet gevoerd en gevoed worden. Om u daarvoor toe te rusten en om u daartoe uit te dagen, krijgt u in deze publicatie de belangrijkste bevindingen van de invitational conference.

Roelf H. de Boer,

voorzitter NVZ vereniging van ziekenhuizen



Dagverslag: **Invitational conference**

Spreiding en concentratie ziekenhuisfuncties enorm succes

Ondanks de dreigende bezuinigingen in de ziekenhuiszorg heerste er op 24 november in het Hart van Holland in Nijkerk een buitengewoon goede sfeer onder de aanwezige ziekenhuisbestuurders tijdens de invitational conference over spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties. De opkomst was enorm: die bestuurders vertegenwoordigden nagenoeg alle Nederlandse ziekenhuizen. En waar doorgaans in de loop van de middag zulke bijeenkomsten de zaal nogal eens leegloopt, bleef die nu tot het einde goed gevuld. ‘Een van de beste congressen in jaren’, werd in de wandelgangen gezegd. Opmerkelijk, want behalve de ziekenhuisbestuurders waren ook de stakeholders – andere aanbieders, zorgverzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties, overheid, toezichthouders en vele anderen uit de curatieve sector – ruim vertegenwoordigd. Toch stond dit de openheid in de discussie totaal niet in de weg. De boodschap was duidelijk: we moeten dit samen doen. Dagvoorzitter Frank de Grave had geen enkel probleem om de aanwezigen bij de les te houden.

NVZ-voorzitter Roelf de Boer zette aan het begin van de dag meteen de toon door te verwijzen naar de verdeel en heers tactiek van Julius Caesar. ‘Ik moet daaraan denken als ik kijk naar wat er nu gebeurt in de discussie over spreiding en concentratie in de zorg’, zei hij. ‘Maar wij moeten ons niet laten verdelen. We moeten samen optrekken. En niet tegen Den Haag, maar voor de patiënt. Daardoor is veel winst te behalen. Ziekenhuizen zullen blijven samenwerken, maar zullen zich ook van elkaar gaan onderscheiden. Dat doet pijn, maar door het zelf te doen voorkomen we dat anderen voor ons beslissen hoe het gebeurt. Maar we kunnen het niet alleen.’ Dit maakte meteen duidelijk waarom ook de stakeholders waren uitgenodigd voor deze dag.

Spreiding en concentratie is een hot issue in de zorg. De Nederlandse curatieve zorg presteert buitengewoon goed, maar staat tegelijkertijd ook voor enorme uitdagingen. De ziekenhuizen hebben te maken met de druk op de betaalbaarheid van zorg, de ingezette liberalisering, de veranderende bevolkingssamenstelling en de voortschrijdende medische kennis en technologie. Ze kunnen hierop reageren door de variatie in kwaliteit terug te dringen, door het aanbod in de regio te stroomlijnen of door portfoliokeuzes te maken die leiden tot spreiding en concentratie van zorg. Om in kaart te brengen wat er op dit gebied precies speelt, liet NVZ onderzoek verrichten door Jan-Peter Heida (partner SiRM). Op basis van achtergrondonderzoek en gesprekken met 43 mensen van 31 organisaties in de zorg bracht Heida in kaart:

- De veranderingen in electieve, acute en chronische zorg
- De grote impact van spreiding en concentratie op mensen en organisaties
- De randvoorwaarden waarbinnen spreiding en concentratie kunnen worden gerealiseerd.

De invitational conference werd aan de hand van deze thema’s in drie blokken onderverdeeld.

Blok 1: De veranderingen in electieve, acute en chronische zorg

Heida opende dit eerste blok met de vaststelling dat bijna alle mensen die hij interviewde een hoger volume koppelen aan een hogere zorgkwaliteit. Onderzoek van de Engelse National Health Service staft dat die relatie er is. En in de Verenigde Staten werkt de Leapfrog Group met volumennormen voor een groeiend aantal aandoeningen. Als voorbeeld haalt Heida aneurysma aan, met een minimumnorm

van vijftig verrichtingen per jaar. Van de Nederlandse ziekenhuizen halen 48 die norm niet. Voor cystectomieën geldt een minimum van tien. En vertaald naar Nederland betekent dit dat een op de vijf patiënten wordt geholpen in een ziekenhuis dat dit volume niet haalt.

Heida stelde dat de geïnterviewden een toekomst zien voor themaziekenhuizen. Bedrijfskundigen verwachten voordelen in kwaliteit en efficiency in zulke gespecialiseerde instellingen. Ook de spoedeisende hulp moet volgens de geïnterviewden anders worden verdeeld, waarbij samenwerking met de huisartsenposten een interessante optie is. Maar ook de organisatie van de chronische zorg moet ter hand worden genomen. Heida: ‘Alle groei in zorgkosten zit in de 65-plussers als we niets doen.’

Loek Winter (directeur MC | Groep): ‘Waar blijft de koppeling tussen kwaliteit en kosten? Breng de voordelen van concentratie tot uitdrukking: wat levert bijvoorbeeld concentratie van oncologische zorg op voor de kwaliteitsverbetering én kostenverlaging?’

Vijf sprekers kwamen in dit blok aan het woord. Michel Wouters (chirurg NKI) memoreerde de harde woorden van het Inspectierapport (“Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren”, maart 2009), waarin werd gesteld dat tussen de individuele ziekenhuizen grote kwaliteitsverschillen in de oncologische zorg bestaan. Concentratie van zorg kan helpen om de kwaliteit te verbeteren, stelde hij. En sinds 2002 zijn steeds betere studies verricht die dit staven. Maar monitoring van behaalde resultaten is essentieel. In Integraal Kankercentrum West is onderzoek gedaan naar de overlevingscijfers in de ziekenhuizen voor bepaalde oncologische verrichtingen. Die bleken enorm te verschillen. Daarom is in 2000 kwaliteitsmonitoring ingevoerd. En met succes, want de

gemiddelde overlevingskans van oesophaguschirurgie bijvoorbeeld is sinds die tijd met elf procent gestegen.

Dagvoorzitter Frank de Grave: 'Er is dus veel bewijs voor de relatie tussen zorgconcentratie en kwaliteitsverbetering. Waarom wordt er dan zo weinig mee gedaan?'

Wouters: 'Medisch specialisten zijn niet zonder meer bereid tot veranderen. Terugkoppeling van informatie helpt hierbij.'

Wim Schellekens (hoofdinspecteur IGZ) stelde dat de burger gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg mag verwachten. 'En dit is niet vrijblijvend, hoe redelijk de belangen van medisch specialisten en ziekenhuizen ook zijn. Het voortouw ligt bij het veld en de medisch specialisten. En om de bekwaamheid van het team te behouden, is volume nodig.' Schellekens benadrukte dat het niet gaat om goede versus slechte zorg, maar om het verminderen van risico's. Op basis hiervan denken de wetenschappelijke verenigingen constructief mee, constateert hij. Maar het laatste stapje – hun bevindingen ook naar buiten brengen als norm – blijkt moeilijk voor ze. Dus stelde hij voor die stap maar aan de Inspectie over te laten. Die verwacht dat het veld per 1 januari 2011 een minimumnorm voor high risk low volume ingrepen opstelt, waarop de Inspectie per 1 januari 2012 gaat handhaven. Voor high-risk/high-volume verwacht de Inspectie van het veld een norm voor het voldoen aan verantwoorde zorg en (bij oncologie) een volumennorm per tumorsoort per 1 januari 2012, waarop ze per 1 januari 2013 kan gaan handhaven.

Piet Batenburg (voorzitter RvB Catharina-ziekenhuis): 'Wat als het veld geen kwaliteitsnormen formuleert?'

Wim Schellekens: 'Dan is de patiënt vogelvrij. Het primaat ligt bij het veld, maar als dit het laat afweten moeten wij ingrijpen. Vanaf 2013 is hiervoor het Kwaliteitsinstituut actief, maar tot die tijd willen wij de patiënt niet in de kou laten staan.'

Herre Kingma (voorzitter RvB Medisch Spectrum Twente): 'Als je de concentratie aan het veld overlaat, gaat het jaren duren. Sturing is dus nodig. De Inspectie zou daarvoor een goede partij zijn.'

Wouter Bos (partner KPMG): 'Het tempo van de Inspectie getuigt van enig optimisme, of van enige naïviteit. De standaardreactie van politici die horen dat kwaliteit en geld te winnen zijn, is dat ze ongeduldig worden.'

Marc Berg (partner Plexus) vroeg zich af waarover we het hebben als we het over kwaliteit hebben. Effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid en patiëntresultaat zijn hierin volgens hem de kernbegrippen. Maar ook het resultaat zoals de patiënt zelf dit weergeeft is van belang. 'Bij slechts vijf procent van wat in de zorg gebeurt moet de Inspectie ingrijpen', stelde hij. 'En dan ontstaat de neiging om het over de overige 95 procent niet meer te hebben. Maar die voldoet aan de randvoorwaarden en dat is iets anders dan goede, laat staan excellente zorg leveren. Als je gaat meten blijkt nog een behoorlijk brede variatie te bestaan. De kwaliteitsverschillen in electieve zorg zijn nog enorm en voor chronische zorg geldt hetzelfde.' Berg stelde dat ziekenhuizen zich dus moeten beraden op hun positionering. Willen ze basiskwaliteit leveren of bovengemiddeld zijn? Enkele aanbieders onderscheiden zich nu al als best practice, zelfs op internationaal niveau. En hij verbaasde zich erover dat die aanbieders er desondanks nog niet in slagen om cliënten uit heel Europa te trekken.

Steven van Eijck (voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging) trok de discussie breder door te stellen dat spreiding en concentratie zich niet alleen tot de ziekenhuizen kan beperken. De discussie hierover moet beginnen met de patiënt en heeft dus betrekking op alle facetten van het zorgaanbod, stelde hij, inclusief de thuiszorg en de eerstelijnszorg. 'Discussieer dus over de vraag wie op welk moment de beste behandelaar is om een probleem aan te pakken', zei hij. 'Het nieuwe concurreren is samenwerken. En het ministerie en de zorgverzekeraars moeten daarin meebewegen.'

Arno Timmermans (bestuursvoorzitter NHG): 'In de visie van de NVZ komt het woord huisarts niet voor, het gaat alleen maar over ziekenhuizen. Waar blijft de beweging over de lijnen heen?'

Marjolein de Booy (manager kwaliteit NPCF) vond dat de discussie nog vooral tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders speelt en dat de patiënt ook een rol moet krijgen. 'Die heeft een ander perspectief om kwaliteit te beoordelen.' Helaas ziet de individuele patiënt nog geen noodzaak om te kiezen, stelde ze. Patiëntenorganisaties moeten hun rol oppakken om dit te veranderen. Maar de zorg moet wel zo dicht mogelijk bij de patiënt worden aangeboden, 'want anders duurt het langer voordat goede stappen worden gezet'.

Blok 2: Grote impact van spreiding en concentratie op mensen en organisaties

De profielen van de ziekenhuizen verschillen nog weinig van elkaar. Ook de STZ-ziekenhuizen en UMC's leveren nog veel basiszorg en we zien nog weinig themaziekenhuizen. De huisarts, overheid, ziekenhuispersoneel, medisch specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben allemaal tegenstrijdige belangen. Voor verpleegkundigen bijvoorbeeld kan taakconcentratie enerzijds verdieping van de taken betekenen, maar anderzijds ook een verhuizing met zich meebrengen. Bovendien mag spreiding van taken niet tot problemen leiden in de opleiding van medisch specialisten. 'Waak ook voor enorm grote organisaties of voor heel veel nieuwbouw door geografische spreiding van zorgaanbod', zei Heida. 'Een alternatief hiervoor is zoals de Sint Maartenskliniek je werk te gaan aanbieden op bestaande locaties.'

Maarten Rook (voorzitter STZ): 'Het vraagstuk van de opleiding van medisch specialisten moet opgelost worden. We moeten druk creëren door het te gaan dóen, niet door af te wachten. Maar de discussie start met de kwaliteitsslag, niet met de opleiding.'

Kees Sol (lid RvB Oogziekenhuis Rotterdam): 'Netwerken, op meerdere locaties werken, kan heel interessant zijn voor medewerkers.'

Joop Hendriks (voorzitter RvB Bronovo Ziekenhuis) schetste de bedreigingen die zijn ziekenhuis en collega-ziekenhuizen Groene Hart, 't Lange Land en Medisch Centrum Haaglanden op zich af zagen komen: de volume-eisen van de wetenschappelijke verenigingen, bezuinigingen door de overheid, marktontwikkeling en arbeidsmarktproblematiek. De vier ziekenhuizen reageerden hierop door de zogeheten A12-coöperatie te vormen. Geen apart hoofdkantoor, maar wel samenwerking in de front- en backoffice, en een gezamenlijk IC-netwerk om personeelskrapte op te lossen. 'We zijn bezig met zorgconcentratie en durven dus een deel van onze autonomie op te geven', zei Hendriks. 'Sluit je aan als je ook langs de A12 zit, zou ik zeggen.'

Chiel Huffmeijer (voorzitter RvB HagaZiekenhuis): 'De A12-combinatie was een reactie op onze poging tot samenwerking met de Reinier de Graaf Groep in Delft. Die concurrentie houdt je scherp. Ik geloof in de marktontwikkelingsgedachte. En met concurrenten kun je ook samenwerken. Dat doen wij ook met Medisch Centrum Haaglanden.'

Boele Staal (voorzitter Nederlandse Vereniging van Banken): 'Banken financieren graag gezonde bedrijven. Als de overheid garanties terugtrekt, doen wij dat ook. En als de zorg meer gaat bestaan uit renderende bedrijven, zullen wij die meer als betrouwbare partners gaan zien. Ook zorgverzekeraars hebben belang bij deze beweging.'

Marjanne Sint (voorzitter RvB Isala Klinieken): 'Wij zijn al jaren bezig met zorg wegduwen naar de eerste lijn, diabeteszorg bijvoorbeeld. Natuurlijk speelt de volumecomponent een rol in de financiering van onze nieuwbouw door de bank. Maar onze nieuwbouw is dermate krap berekend dat we een enorme volumedaling moeten meemaken willen we daardoor in financiële problemen komen. Daar komt bij dat we het grootste ziekenhuis in de regio zijn. De kleinere ziekenhuizen verwijzen naar ons voor de zorg die ze zelf niet kunnen bieden.'

Elmer Mulder (voorzitter NFU) stelde dat het niet meer om instellingen gaat, maar om netwerken. 'De hele structuur van eerste en tweede lijn moet op de schop. Wij zien onszelf hierin als facilitator.' De UMC's zijn al bezig de weesziekten te verdelen. Kindergeneeskunde is het volgende traject. Voor de acute zorg spelen de level-indeling en de organisatorische vormgeving belangrijke rollen. Ook het niveau van de IC's moet hierin worden meegewogen. 'En je sluit niet zomaar een paar SEH's', waarschuwde hij, 'de ziekenhuizen waar je dit doet moeten wel bestaansrecht houden.'

Cathy van Beek (raad van bestuur NZa): 'Denk in de discussie over spreiding en concentratie wel aan het sneeuwbaaleffect. Haal je verloskunde uit een ziekenhuis, dan heeft dit consequenties voor de SEH, de kinderafdeling, de IC et cetera.'

Kees Sol (lid RvB Oogziekenhuis Rotterdam) stelde dat dit ziekenhuis al in 1992 de sense of urgency voelde tot kwaliteitsverbetering en kostenverlaging, omdat de positie van de categoriale ziekenhuizen ernstig onder druk stond. 'Het gaat om bevlogenheid en om openheid over je geheimen', zei hij, 'en niet alleen om kostenreductie maar ook om waardecreatie.' Dus werd besloten de zorgstandaard die in het OZR is vastgesteld voor oogzorg via een center of excellence functie uit te breiden naar heel Nederland. Ook werd op basis van het franchisemodel het Oogzorgnetwerk opgezet, om niet alleen relaties te leggen met ziekenhuizen maar ook met het hele netwerk eromheen (optometristen, opticiens et cetera). 'We trekken de grens bij een stuk of twintig', zei Sol, 'want we willen wel concurrentie houden. Dat moet ook van de NMa.'

Frank de Grave: 'Waarom zien we zo weinig van dit soort succesverhalen?'

Sol: 'Je moet met heel veel partijen aan tafel en er is te weinig druk om het anders te doen. Zorgverzekeraars kunnen hierin een veel grotere rol spelen.'

Cynthia Vogeler (manager gezond leven Consumentenbond) stelde dat onderzoek aantoonde dat de patiënt concentratie van

zorg steunt, omdat die verwacht dat dan de kwaliteit en de efficiency omhooggaan. Maar er is wel weerstand, vanwege de vraag of dan bestaande voorzieningen verdwijnen en de patiënt verder moet reizen. De bereidheid tot reizen is er echter wel, als die écht het verschil gaat maken. Mensen zijn dan ook bereid van zorgverzekeraar te wisselen. Patiënten vinden volume en een om de zorg heen geformeerd multidisciplinair team erg belangrijk. De patiënt wil de behandeluitkomst kennen en wil weten hoe ervaren de groep professionals is die hem helpt. 'De patiënt wil niet afhankelijk zijn van AD-lijstjes', stelde Vogeler. 'De ziekenhuizen moeten zelf komen met informatie over de kwaliteit die ze leveren. Ziekenhuizen moeten ook willen excelleren. Dat zie ik nog te weinig.'

Johan van der Heide (voorzitter RvB Ziekenhuis Bernhoven): 'De ziekenhuizen zijn al bezig met spreiding en concentratie, maar de patiënt kiest nog niet.'

Vogeler: 'Klopt, dit is een nieuwe rol voor de patiënt. Hij heeft ook nog onvoldoende informatie.'

Blok 3: Randvoorwaarden waarbinnen spreiding en concentratie gerealiseerd kunnen worden

Heida onderkende diverse belemmeringen om spreiding en concentratie tot stand te brengen. De structuur van de markt bijvoorbeeld, de DBC's die onvoldoende gekoppeld zijn aan kosten, de onderliggende kostprijzen die vaak nog onbekend zijn, de verschillende belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten, het feit dat de zorgverzekeraars de regierol nog onvoldoende op zich nemen, maar ook de NMa en NZa die innovatie belemmeren. Een van de geïnterviewden zei zelfs: "Die begrijpen er niets van. Ze moesten met een staaf dynamiet worden opgeblazen". 'Onterecht, denk ik', plaatste Heida hier tegenover. De NZa heeft slechts in een beperkt aantal gevallen besluiten genomen in het kader van aanmerkelijke marktmacht. De NMa heeft fusievorming doorgaans niet in de weg gestaan en heeft zelden veroordelend opgetreden inzake overtredingen van het kartelverbod.

Theo Langejan (voorzitter RvB NZa) maakte direct duidelijk dat de NZa in de discussie over spreiding en concentratie geen rol speelt. 'Wij gaan daar niet over. Wel over twee belangrijke randvoorwaarden: marktmeesterschap en regulering van de tarieven. Beide zijn van invloed op de beslissingen die u neemt.' Langejan benadrukte dat de stap van overheidsregulering naar gereguleerde marktwerking niet louter vrijheid betekent, maar dat competitie wel bijdraagt aan betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Zolang het stelsel nog in ontwikkeling is, mogen de verwachtingen hierover echter niet te hoog gespannen zijn. 'Het is aan u uw werk goed te doen. Als spreiding en concentratie daarbij helpen, staan wij u niet in de weg. Samenwerking is niet verboden, maar maak duidelijk wat de winst is in termen van kwaliteit en kosten. U specialiseren in de dingen waarin u goed bent is evenmin verboden. De tariefstructuur mag de keuze van de zorgaanbieder niet in de weg staan', stelde Langejan. Dit betekent dat prestatiebekostiging moet worden ingevoerd en dat het B-segment moet worden uitgebreid. Ook moet iets worden gedaan aan het budgettaire kader zorg, want hierdoor kan niemand worden afgerekend op eigen succes of falen. 'Maar het moet niet worden afgeschaft', zei Langejan er meteen bij. 'De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg zouden dan in het geding komen.'

Pieter Kalbfleisch (voorzitter RvB NMa) bracht naar voren dat de vrijheid om te bepalen met wie je gaat werken en wat je gaat maken er is. 'Onderhandelen met ons is wel degelijk mogelijk', zei hij, 'kijk maar naar de fysiotherapeuten. Maar als door samenwerking de competitie wordt beperkt, moeten we hier wel een grens aan stellen, dus stellen we soms voorwaarden aan fusies. De toetreding van nieuwe spelers in de markt en een toename van de kwaliteit zijn hierin belangrijke elementen.' De kernboodschap was: neem je verantwoordelijkheid en toon ondernemerschap.

Wander Blaauw (voorzitter RvB Medisch Centrum Leeuwarden): 'Wij willen met Ziekenhuis De Tjongerschans samenwerken, maar krijgen daardoor aanmerkelijke marktmacht. Toch

zijn wij in volume veel kleiner dan de A12-ziekenhuizen.'

Kalbfleisch: 'Zorg dan dat je inzichtelijk maakt hoe groot de kwaliteitswinst is. En denk na over de samenwerkingsvorm. Wordt het een coöperatie of een fusie? Dat speelt ook mee.'

Langejan: 'Bedenk ook dat samenwerking niet per se leidt tot kwaliteitsverbetering van alle functies die de twee ziekenhuizen bieden.'

Willem van der Ham (op dat moment nog voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten) wierp de stelling op dat het gemotiveerd houden van dokters en medewerkers om goede zorgverlening te leveren het uitgangspunt in de discussie zou moeten zijn. Dat met concentratie winst te boeken is, staat voor hem buiten kijf. Onderzoek bij de Franse ziekenhuizen staft dit: de beste ziekenhuizen zijn steevast de ziekenhuizen met de hoogste volumes. 'We moeten dan wel harde keuzes durven maken', zei hij, waaraan hij zijn visie koppelde dat een level II IC op Walcheren feitelijk geen haalbare zaak is. 'Het is slecht voor de kwaliteit.'

Frank de Grave: 'Moeten dokters dat dan niet weigeren?'

Van der Ham: 'Eigenlijk wel, maar dat is niet zo makkelijk om te doen.'

Roelof Konterman (voorzitter directie Achmea) ziet kwaliteitstransparantie als voorwaarde voor spreiding en concentratie. Achmea wil met de koploperziekenhuizen samenwerken om de kwaliteit inzichtelijk te maken en op basis daarvan de portfoliodiscussie te voeren. 'Er zijn nog steeds enorme kwaliteitsverschillen tussen individuele ziekenhuizen', stelde hij. 'De kwaliteit van de zorgrapportage moet eenvoudig, relevant en betrouwbaar zijn, dat heeft de CZ-actie over selectieve zorginkoop voor borstkanker duidelijk gemaakt.' Maar Achmea wil het anders aanpakken: het wil een benchmark faciliteren voor en door medisch specialisten om tot kwaliteitsverbetering in borstkankerzorg te komen.'

Tot slot mocht Leon van Halder (directeur generaal Curatieve Zorg ministerie van VWS) de zaken op een rij zetten, vanuit het perspectief van de overheid. Hij verwees naar het regeerakkoord, waarin thema's als meer en betere zorg voor je geld, zorg dichtbij en keuzevrijheid centraal staan. 'Dus doorgaan op de ingeslagen weg van gereguleerde marktwerking', stelde hij. 'En per 1 januari 2012 het B-segment verruimen naar vijftig procent, want anders blijven we hangen.' Ook hij bracht naar voren dat volumeverhoging vaak leidt tot kwaliteitsverbetering en kostenverlaging. Hieruit trok hij de conclusies dat de eerste lijn moet worden versterkt met concurrentie, dat acute en electieve zorg met lage complexiteit dichtbij moeten worden aangeboden en dat complexe zorg moet worden geconcentreerd. De dilemma's hierbij bracht hij ook over het voetlicht: wie bepaalt de normen en de rolverdeling, hoe moet de grens tussen zelfregulering en het opleggen van normen worden getrokken en hoe voorkom je dat bij concentratie kwaliteit wordt misbruikt voor marktverdeling? VWS kan het veld in ieder geval op een paar punten te hulp komen, zei hij afsluitend: door prestatiebekostiging in te voeren, het B-segment uit te breiden, de nacalculatie af te bouwen, de governance te versterken en winst toe te staan. 'De tijd van vrijblijvendheid is voorbij.' Maar dat hadden de aanwezigen ook aan het begin van deze invitational conference al door.



Inhoud

Voorwoord

**Dagverslag: Invitational conference
Spreiding en concentratie
ziekenhuisfuncties enorm succes**

Inleiding

8

1. Veranderingen in electieve, acute en chronische zorg

10

1.1 Electieve zorg: veel is goed?

10

1.1.1 Concentratie van complexe zorg

10

1.1.2 Concentratie in themaziekenhuizen

11

1.2 Spoedeisende hulp

12

1.3 Zorg aan chronisch zieken

13

1.3.1 Aantal mensen met chronische aandoeningen neemt toe

13

1.3.2 Zorgverlening aan chronisch zieken vraagt een andere aanpak

14

1.3.3 De uitgaven aan chronische zorg zijn hoog en zullen sterk toenemen

14

1.3.4 Chronische zorg en spreiding en concentratie

14

Figuren

16

2. Grote impact van spreiding en concentratie op mensen en organisaties

27

2.1 Veranderen

28

2.2 Opleiding tot specialist

29

2.3 Benutting van bestaande infrastructuur

29

2.4 Organisatievorm van ziekenhuizen

29

2.5 Bereikbaarheid van ziekenhuizen

31

Figuren

33

3.	Randvoorwaarden waarbinnen spreidig en concentratie gerealiseerd kunnen worden	43	Appendix 1 Overzicht onderzoeksresultaten	54
3.1	“Markt” met vaste productdefinities, prijzen et cetera	43	Figuren	55
3.2	Beleid van NMa en NZa ontmoedigt innovatie	44	Appendix 2 Randvoorwaarden NMa en NZa	58
3.3	De rol van verzekeraars komt nog onvoldoende uit de verf	45	Inleiding	58
3.3.1	Inkooprol verzekeraars	45	Terecht dat er mededingingstoezicht is	59
3.3.2	Risicoverevening	45	Ziekenhuiszorg is gewoon een bedrijfstuk. Dus terecht dat de NMa erop toeziet	59
3.3.3	Prikkels voor verzekeraars	46	Ziekenhuiszorg is een buitengewone bedrijfstuk. Dus terecht dat de NZa erop toeziet	59
3.4	De belangentegenstelling tussen specialist en ziekenhuizen maakt spreiding en concentratie lastig	48	De NMa en NZa houden zelf hun taakverdeling in de gaten	60
	Figuren	49	Benut de speelruimte die de NMa en NZa in hun besluiten en richtlijnen beschrijven	60
			Speelruimte met betrekking tot samenwerking	60
			Wat mag wel?	61
			Wat mag niet?	62
			Speelruimte bij het ingaan van een fusie/ concentratie	63
			Speelruimte in geval van aanmerkelijke marktmacht	64
			Aanbevelingen	66
			Ziekenhuizen, pas de interne organisatie aan	66
			NMa en NZa stel kwaliteit van de zorg centraal in plaats van de regels	66
			NVZ Invitational conference: Spreiding en concentratie ziekenhuisfuncties (gedicht)	68

Inleiding

Spreiding en concentratie is een 'hot' onderwerp

De Nederlandse curatieve zorg presteert buitengewoon goed. Dat heeft de NVZ de afgelopen jaren aangetoond. Tegelijkertijd zijn de uitdagingen waarvoor de branche staat complex. De betaalbaarheid van de zorg staat onder druk. De branche zit in een transitiefase in de inrichting van ons zorgstelsel.

Veel speelt mee: veranderingen in de overheidsfinanciën, de ingezette liberalisering van de zorg, de bevolkingssamenstelling en ontwikkeling van medische kennis en informatie- en communicatietechnologie.

Feiten, onderzoek, visie

Ziekenhuizen zijn aan zet en kunnen op verschillende manieren reageren om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Maar wat werkt? Wat is verstandig? Welk zorgaanbod is nu en op termijn het beste voor de patiënt?

De NVZ wil uitspraken doen op basis van feiten, gedegen onderzoek en visie. Daarom is bureau Sirm gevraagd onderzoek te doen en op een rij te zetten wat hierover al bekend is. Sirm en NVZ hebben leden en stakeholders uitvoerig geïnterviewd. Daarom ook is er op 24 november met leden en stakeholders een conferentie gehouden over spreiding en concentratie. De bevindingen van Sirm zijn daar gepresenteerd, door sprekers voorzien van context en bediscussieerd.

Leeswijzer

Net als tijdens de conferentie hanteren we in deze publicatie de volgorde in drie blokken:

1. Veranderingen in electieve, acute en chronische zorg.
2. Grote impact van spreiding en concentratie op mensen en organisaties.
3. Randvoorwaarden waarbinnen spreiding en concentratie gerealiseerd kunnen worden.

U leest in de volgende hoofdstukken de bevindingen op deze drie terreinen en bijdragen van sprekers aan de conferentie.

Daaraan voorafgaand geven we u in deze inleiding eerst nog in vogelvlucht de perspectieven en de uitdagingen waarvoor de branche staat.

Goede uitgangspositie

De branche doet het aantoonbaar goed en steeds beter op het gebied van kwaliteit, productiviteit, prestaties en baten.

In haar brancherapporten heeft de NVZ de goede uitgangspositie van de branche de afgelopen jaren aangetoond vanuit vier perspectieven:

1. Verbetering op vrijwel alle vlakken van kwaliteit. Zowel op de domeinen klantgerichtheid, veiligheid als effectiviteit. Sinds 2005 scoren ziekenhuizen ieder jaar beter op de indicatoren die de Inspectie voor de Gezondheidszorg meet.
2. De productiviteit van ziekenhuizen is fors gegroeid. Zowel de arbeidsproductiviteit als de productiviteit van het kapitaal en de inkoop. Dit blijkt uit studies met verschillende methodes voor het meten van productiviteit.
3. In vergelijking met de rest van West-Europa presteert het Nederlandse stelsel bijzonder goed. We geven minder uit aan curatieve zorg dan in de omliggende landen – ook na correctie voor de bevolkingsopbouw. De consumptie is lager dan elders voor op één na alle door de OESO gerapporteerde behandelingen. Bovendien is de Nederlander tevreden. Hij krijgt de zorg die hij nodig heeft.
4. De baten van de zorg zijn zeer hoog. Acht behandelingen leveren samen al meer waarde op dan de totale kosten van de curatieve zorg. Die waarde zit in de toename van de duur en de kwaliteit van het leven.



De uitdagingen zijn complex en vechten om de aandacht

De uitdagingen op het gebied van curatieve zorg zijn complex. Vijf uitdagingen strijden om de hoofdrol op het podium: betaalbaarheid, nieuwe samenwerkingsvormen, veranderende patiënten, nieuwe inzichten op het gebied van kwaliteit en nieuwe wegen om zorg te verlenen.

Er speelt mee: veranderingen in de overheidsfinanciën, de ingezette liberalisering van de zorg, de bevolkingssamenstelling en ontwikkeling van medische kennis en in informatie en communicatie technologie.

De betaalbaarheid van zorg staat onder druk. De vraag naar zorg neemt toe, zowel vanwege de vergrijzing als vanwege technologische ontwikkelingen. Daar staat tegenover dat de overheid juist bezuinigt op collectieve uitgaven waartoe het merendeel van de uitgaven aan zorg gerekend wordt. Ons zorgstelsel zit midden in een transitie. Ziekenhuizen krijgen meer vrijheid om zaken te doen. De spelers in het veld – waaronder verzekeraars, ziekenhuizen, huisartsen, patiënten – zijn bezig om nieuwe samenwerkingsvormen te ontwikkelen. De patiënt verandert. Patiënten zijn steeds beter geïnformeerd en willen meer en meer zelf de regie in hun relatie met de zorgaanbieders opnemen. Bovendien verandert ook de samenstelling van de bevolking. We leven steeds langer, voor velen gaat dat gepaard met één of meer chronische aandoeningen. Terwijl winst is geboekt met de afname van het aantal rokers, neemt het aantal mensen met obesitas juist toe.

De branche leert steeds meer over verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen, bijvoorbeeld op het gebied van ketenzorg voor chronische patiënten, op het gebied van concentratie voor complexe ingrepen en op het gebied van praktijkvariatie.

Moderne communicatie- en informatietechnologie opent nieuwe wegen om zorg te verlenen. En uiteraard gaan ook de ontwikkelingen in de medische technologie steeds verder.

Wat is wijsheid?

Ziekenhuizen kunnen de uitdagingen die er liggen op meerdere manieren aangaan.

Bijvoorbeeld door:

- Best practices, bijvoorbeeld over praktijkvariaties, uit te wisselen waardoor de kwaliteit over het geheel genomen verbetert.
- Een gestroomlijnd aanbod te organiseren met andere zorgaanbieders in de regio zoals huisartsen en AWBZ instellingen.
- Samen te werken met andere ziekenhuizen bij facilitaire en ondersteunende functies, zoals (personeels)administratie en laboratoria.
- Behandelingen te concentreren als dat de kwaliteit ten goede komt.
- Spreiden van zorg die dichtbij de patiënt geleverd moet worden, bijvoorbeeld in buitenpoliklinieken.

CONTINUE VERBETERING
VAN KWALITEIT EN
DOELMATIGHEID VAN DE
ZORG. DAAR GAAT HET
ZIEKENHUIZEN OM.



1 Veranderingen in electieve, acute en chronische zorg

Er is veel onderzoek dat aantoont dat concentratie, vooral van complexe zorg, samengaat met hogere kwaliteit.

Acute zorg

Nederland is ruim voorzien van Spoedeisende Hulpdiensten (SEH's). Velen vragen zich af of dit financieel en medisch-inhoudelijk houdbaar blijft.

Bezuinigen op het aantal SEH's werd dan ook genoemd in de Brede Heroverwegingen van het laatste kabinet Balkenende. Daarnaast heerst de opvatting dat intensievere samenwerking van ziekenhuizen en huisartsenposten onnodig gebruik van de SEH kan tegengaan.

Chronische zorg

Steeds meer Nederlanders hebben een of meer chronische aandoeningen. Dit geldt voor jong en oud.

Daarnaast bereiken we een steeds hogere leeftijd. Dat maakt de coördinatie van chronische zorg tot een forse uitdaging. Het zorglandschap zal zich moeten aanpassen, dit geldt zowel voor de ziekenhuizen als voor de eerstelijnszorgverleners.

1.1 Electieve zorg: veel is goed?

Uit interviews met stakeholders van de NVZ blijkt dat het merendeel ervan uitgaat dat een hoger volume leidt tot hogere kwaliteit van zorg. Men stelt ook dat concentratie van electieve zorg in volle gang is.

Verreweg de meeste geïnterviewden gaan uit van een hogere kwaliteit van zorg bij hoger volume. Er wordt bovendien gesteld dat er de afgelopen jaren een omslag in het denken hierover heeft plaatsgevonden en dat het proces van concentratie in volle gang is. Ook zijn er geïnterviewden die stellen dat er nog onvoldoende bewijs is van een relatie tussen hoger volume en hogere kwaliteit (figuur 1).

Er is veel onderzoek dat aantoont dat concentratie, vooral van complexe zorg, samengaat met hogere kwaliteit en er zijn nauwelijks onderzoeken die het tegenovergestelde verband aantonen. Dit geldt zowel voor concentratie op het niveau van artsen als van ziekenhuizen. De methodologische kwaliteit van deze onderzoeken is in het afgelopen decennium sterk verbeterd. De conclusies zijn veelal voorzichtig geformuleerd. Daarnaast zijn onderzoekers ook voorzichtig over de minimaal benodigde aantallen behandelingen, operaties en patiënten. Ook voor de organisatie van zorg in themaziekenhuizen is er bewijs dat dat gepaard gaat met hoge kwaliteit en met doelmatigheid.

1.1.1 Concentratie van complexe zorg

Veel onderzoek toont aan dat concentratie van complexe zorg samengaat met hogere kwaliteit. Het Cooperation and Competition Panel (CCP) van de Engelse National Health Service heeft in 2010 een overzicht gemaakt van onderzoeken naar de relatie tussen volume en kwaliteit. Van de 300 onderzoeken, vonden er 201 een positieve relatie tussen volume en kwaliteit (figuur 2).

Geen enkel onderzoek vond een negatief verband en bij 99 onderzoeken was het verband onduidelijk of afwezig. Dit geldt voor concentratie op het niveau van artsen en van ziekenhuizen.

Voorzichtig

Andere auteurs vinden vergelijkbare resultaten (figuur 3). Bovendien wordt geconcludeerd dat de methodologische kwaliteit van de onderzoeken in het afgelopen decennium sterk is verbeterd, vooral door



casemix-correcties mee te nemen (zie Appendix 1 voor een bespreking van meer reviews).

Toch zijn de conclusies steeds voorzichtig geformuleerd. Vooral over de vraag of concentratie dan ook hogere kwaliteit tot gevolg heeft, of dat de hoge kwaliteit van een arts heeft geleid tot een hoog resulterend volume. Nederlands onderzoek van Michel Wouters toont aan dat na concentratie van slokdarmkankeroperaties de kwaliteit van zorg is verbeterd. Daarnaast zijn onderzoekers voorzichtig over de minimale benodigde aantallen.

Patiënten, toezichhouders en verzekeraars

Patiënten, toezichhouders en verzekeraars gaan er vooral bij complexe zorg vanuit dat hogere volumes gepaard gaan met hogere kwaliteit (figuur 4).

Wetenschappers

Voor sommige wetenschappers is de relatie tussen volume en kwaliteit al een paradigma waarop zij voortbouwen. Zij doen bijvoorbeeld onderzoek naar de afweging tussen de kosten van het verplaatsen van patiënten en de opbrengst in termen van gezondheidswinst. Zij bekijken het effect van het overnemen van best practices door instellingen met relatief lage volumes. En zij bestuderen of de impact van prijsverhoging vanwege beperkte mededinging als gevolg van concentratie opweegt tegen de winst in termen van betere kwaliteit van leven (figuur 5).

Situatie in Nederland vergeleken met Verenigde Staten

In Nederland zijn de eerste tekenen van concentratie zichtbaar. Bijvoorbeeld voor slokdarmkankeroperaties (figuur 6). In de VS gebruikt de Leapfrog group minimumvolumenormen voor acht aandoeningen. (figuur 7)

In vergelijking met de Leapfrognormen is de zorg in Nederland nog relatief ongeconcentreerd. Zo halen bijvoorbeeld 48 van de 85 ziekenhuizen de Leapfrognorm voor AAA/buikslagaderoperaties per jaar niet. Die norm schrijft voor dat ziekenhuizen minstens 50 van deze operaties per jaar doen. In Nederland wordt 31% van de patiënten geopereerd in ziekenhuizen die de Leapfrognorm niet halen. (figuur 8)

Een vergelijkbaar beeld is er voor blaasverwijderingen vanwege blaaskanker: ruim eenderde van de patiënten wordt geopereerd in een ziekenhuis dat jaarlijks minder dan 10 van dergelijke operaties

uitvoert (figuur 9), terwijl bekend is dat de kans op sterfte dan twee tot vijf maal hoger is (figuur 10).

Concentratie is niet alleen beperkt tot laag volume aandoeningen. Het is relevant voor veel patiënten. Voor 16% van de opnames in Nederland is er bewijs dat concentratie kan leiden tot hogere kwaliteit (figuur 11). Een deel van die 16% wordt waarschijnlijk al in een ziekenhuis met voldoende volume behandeld.

Nader onderzoek nodig

Volgens velen is er nog nader onderzoek nodig. In opdracht van de SAZ heeft BMC een 'programmingsstudie' uitgevoerd. Dat leidt tot een aanbeveling om onderzoek te doen naar de Nederlandse situatie rond spreiding en concentratie van zorg.

In dat kader wordt onderzoek aanbevolen naar de impact van spreiding en concentratie van zorg op de financiële resultaten, medisch portfolio, kwaliteit van zorg, samenwerking, patiënttevredenheid en servicegerichtheid (figuur 12).

1.1.2 Concentratie in themaziekenhuizen

Geïnterviewden verwachten dat de zorg in de toekomst meer dan nu rond thema's georganiseerd zal worden.

Eén geïnterviewde stelde dat tot de helft van de ziekenhuiszorg apart van de rest van het ziekenhuis geleverd kan worden (figuur 13).

Onderzoek naar themaziekenhuizen is minder uitgesproken dan het hiervoor besproken onderzoek naar concentratie van complexe zorg. Er zijn wel aanwijzingen voor hoge kwaliteit en doelmatigheid.

Veel Amerikaans onderzoek gaat specifiek in op gespecialiseerde ziekenhuizen in eigendom van artsen. Er zijn veel verschillende soorten themaziekenhuizen. De definitie van themaziekenhuizen en het veel gebruikte 'focused factories' is nog niet eenduidig (figuur 14).

Proces of product?

Organisatie van zorg rond thema's kan verschillende vormen aannemen. Je kunt focussen op processen of op producten, en daarin variëren. Dat leidt tot drie soorten themaziekenhuizen: 'procedure', 'specialty' en 'delivery based' (figuur 15).

- Een 'procedure based' themaziekenhuis richt zich op één enkele, specifieke groep patiënten. Daaraan biedt men één type behandeling of verrichting. De werk- en planprocessen zijn gestandaardiseerd en de fysieke inrichting van het ziekenhuis maakt efficiënt werken mogelijk. De samenstelling van de teams kan wel variëren. Voorbeelden zijn gevonden bij oncologie, cataract en knie-implantaten.
- Een 'specialty based' themaziekenhuis richt zich op patiënten voor één specialisme. De werkprocessen en fysieke inrichting zijn tamelijk algemeen. Voorbeelden zijn orthopedische afdelingen.
- Een 'delivery based' themaziekenhuis focust vooral op efficiëntie van bepaalde behandelingen. De processen zijn gestandaardiseerd en het ziekenhuis is zo ingericht dat afstanden kort zijn. De operationele strategie is gericht op efficiëntie en korte doorlooptijden. De samenstelling van de teams blijft vaak gelijk.

Themaziekenhuizen

Themazorg is niet per definitie 'eenvoudige zorg'. Het is vooral losgekoppelde zorg. Los van andere typen zorg in het ziekenhuis en met aparte financiering.

Binnen themazorg bestaan grote verschillen. Exponent van de ene variant is bijvoorbeeld de Shouldice kliniek voor liesbreuken met uitontwikkelde techniek en focus op één behandeling. Daarnaast staat de Texas Heart Clinic met complexe en multidisciplinaire interventies, hightech infrastructuur en wetenschappelijk onderzoek (figuur 16).

Bedrijfskundigen verwachten grote voordelen van 'focused factories'. De Shouldice kliniek voor liesbreuken is zelfs een veel gebruikte casus van de Harvard Business School (figuur 17). Het lijkt een van de weinige gevallen waarbij een manier van organiseren in de gezondheidszorg een voorbeeld is voor bedrijven buiten de gezondheidszorg. In de focus die het ziekenhuis heeft, staat de patiënt-ervaring centraal. Chirurgen bij Shouldice doen jaarlijks gemiddeld bijna 15 maal zoveel liesbreukoperaties als Nederlandse chirurgen. Volgens eigen opgave krijgt slechts 0,5% van de geopereerden wederom een liesbreuk.

1.2 Spoedeisende hulp

Spoedeisende hulp (SEH) moet anders georganiseerd worden. Verreweg de meeste geïnterviewden stellen dat er in Nederland een overschot aan SEH's is (figuur 18). Zij gaan er van uit dat samenwerking met de huisartsenposten (HAP's) en anderen uit de eerste lijn, veel SEH-bezoeken kan voorkomen.

Maar de financiering van de SEH moet dan wel goed geregeld zijn. Voor ziekenhuizen is het nu een belangrijke bron van patiënten en inkomsten.

Bereikbaarheid is goed

Meer dan 90 procent van de Nederlanders kan binnen 20 minuten op een SEH zijn (figuur 19). Bijna tweederde zelfs binnen 10 minuten. Vrijwel overal is een SEH binnen 45 minuten met een ambulance te bereiken. Buiten de spits is de reistijd met de eigen auto nog korter. Er is zelfs (veel) keuze. Een groot deel van de bevolking in de Randstad kan kiezen uit meer dan tien SEH's binnen 30 minuten reistijd (figuur 20).

Ook HAP's zijn goed gespreid over het land. Vaak in of bij een ziekenhuis met een SEH (figuur 21).

Internationaal

De discussie over het benodigde aantal SEH's speelt ook in het buitenland. In het Verenigd Koninkrijk melden onderzoekers dat te veel ziekenhuizen een volledige 'acute and emergency service' leveren. En volgens onderzoek uit de Verenigde Staten kan regionale coördinatie ervoor zorgen dat patiënten een betere behandeling krijgen tegen lagere kosten.

Medische uitrusting

Met moderne ambulancezorg is het bovendien beter mogelijk om mensen te stabiliseren en over langere afstanden te transporteren dan voorheen. De nabijheid van de SEH wordt daarmee minder relevant dan de medische uitrusting van de SEH waar de patiënt terecht komt. Het is dan beter wat verder reizen naar de juiste SEH dan om de hoek bij een niet voldoende geëquipeerde SEH uit te komen.



Is er wel een probleem?

Patiënten vinden hun bezoek aan de spoedeisende hulp vrijwel altijd terecht. SEH-medewerkers zien dat anders. Maar wat is eigenlijk het probleem?

Zijn er onbenutte schaalvoordelen? Onderzoekers van RAND hebben deze in de VS niet gevonden. Maar op systeemniveau kan een lager aantal SEH's wel leiden tot lagere kosten, bijvoorbeeld omdat nu op meerdere locaties 's nachts een team klaar moet staan. Sluiten van een SEH bespaart dan kosten.

Een andere vraag is of er via de SEH sprake is van veel onnodig ziekenhuisbezoek. In de VS bleken de marginale kosten van een patiënt die via de SEH binnenkomt, hoger te zijn dan verwacht. Onderzoekers roepen ziekenhuizen op 'to guide the delivery of nonurgent care through the emergency department'.

Uit Nederlands onderzoek van het Nivel blijkt dat patiënten hun bezoek aan de spoedeisende hulp vrijwel altijd terecht vinden; SEH-medewerkers denken dat veel patiënten ook in de eerste lijn geholpen kunnen worden. Om het aantal onterechte zelfverwijzers te verminderen, opperen politici om hen te laten betalen. Uit een enquête van het Nivel blijkt echter dat die maatregel ertoe kan leiden dat mensen niet naar de SEH gaan als dat wel nodig is. Het verdient daarom waarschijnlijk de voorkeur om 'aan de poort' te beoordelen of patiënten naar de HAP dan wel SEH moeten. Samenwerking met de eerste lijn is dus cruciaal.

1.3 Zorg aan chronisch zieken

Er is grote noodzaak om te werken aan chronische zorg. De toename van mensen met een chronische aandoening zal het zorglandschap sterk veranderen. Ruim de helft van de ouderen heeft een chronische aandoening. De helft daarvan met multimorbiditeit.

We worden steeds ouder. De verhouding werkenden-gepensioneerden wordt steeds kleiner met als gevolg dreigende tekorten op de arbeidsmarkt en een lager draagvlak om deze zorg collectief te betalen. Daarbovenop komen nog nieuwe 'epidemieën' zoals obesitas (figuur 22).

Mensen met een chronische aandoening zien daarvoor vaak meerdere zorgverleners waardoor coördinatie van zorgverlening om een andere, nieuwe aanpak vraagt. Het zorglandschap zal zich hieraan moeten aanpassen. Dat geldt zowel voor 'het' ziekenhuis als voor de eerstelijns-zorgverleners.

Geïnterviewden wijzen bij het onderwerp chronische zorg op het belang van bereikbaarheid, de samenwerking met huisartsen en het rekening houden met comorbiditeit (figuur 23).

1.3.1 Aantal mensen met chronische aandoeningen neemt toe

Ouderen hebben vaak meer dan één chronische aandoening. Bijna de helft van de mensen ouder dan 65 heeft een chronische aandoening. Bij ongeveer de helft daarvan is sprake van multimorbiditeit (figuur 24). Al met al heeft ongeveer één op de vier Nederlanders een chronische aandoening.

De levensverwachting van Nederlanders bij geboorte is ongeveer 80 jaar. De levensverwachting zonder chronische ziekte is 40 tot 45 jaar. Een groot deel van de oudere bevolking leeft (langer) met een chronische ziekte.

Trendbreuk

Het aandeel ouderen in de bevolking neemt de komende jaren toe van 15% in 2009 naar 20% in 2020. Dat is een groei van 2,5 naar 3,4 miljoen mensen. Deze groei is een duidelijke trendbreuk die het gevolg is van de babyboom en het enorme succes van de gezondheidszorg (figuur 25). Tegelijkertijd daalt het aandeel werkenden in de samenleving. Dat heeft impact op de beschikbaarheid van arbeidskrachten om de zorg te leveren en op de belastbare inkomsten om het te betalen. Dit kan mogelijk weer gevolgen hebben voor de solidariteit tussen generaties zoals die nu in het Nederlandse zorgstelsel is vastgelegd.

We hebben de 'luxe' om chronische aandoeningen te ontwikkelen doordat we langer leven dan jaren geleden. Het RIVM verwacht dat die trend doorzet en leidt tot hogere prevalentie van chronische aandoeningen (figuur 26 en 27).

Helaas ontstaan er – na de rookeypidemie onder mannen – ook nieuwe epidemieën. Zoals de rookeypidemie onder vrouwen en obesitas. Het aandeel mensen met een te

hoge body-mass index (>30) is de afgelopen 25 jaar gestegen van 5% naar 11%.

1.3.2 *Zorgverlening aan chronisch zieken vraagt een andere aanpak*

Mensen met een of meer chronische aandoeningen hebben te maken met een veelheid aan zorgaanbieders.

Zo zien bijna alle diabeten zowel huisarts als specialist, meer dan tweederde ziet ook een praktijkondersteuner, gespecialiseerd geneeskundige of fysiotherapeut en sommigen zien zelfs nog meer zorgverleners (figuur 28). Het gevaar bestaat dat zorgaanbieders van elkaar niet goed weten wat ze doen en dat de patiënt soms tegenstrijdige adviezen krijgt.



1.3.3 *De uitgaven aan chronische zorg zijn hoog en zullen sterk toenemen*

Zorg aan oude en chronisch zieke mensen kost meer dan zorg aan jonge mensen. Chronische aandoeningen leiden ook tot hoge maatschappelijke kosten vanwege arbeidsongeschiktheid en –verzuim. Duits en Amerikaans onderzoek laat zien dat ketenzorg snel tot verbeteringen leidt en het tij kan keren.

De uitgaven aan curatieve zorg gefinancierd uit de zorgverzekeringswet per hoofd van de bevolking zijn gemiddeld € 1.433 per persoon per jaar. Voor mensen ouder dan 65 is dat € 3.239 en voor mensen jonger dan 65 € 1.114 per jaar. Als deze gemiddelde kosten per hoofd van de bevolking gelijk blijven, is in 2030 de groep 65-plussers verantwoordelijk voor de gehele groei in de ziekenhuiszorg. (figuur 29 en 30).

Arbeidsmarkt

Chronische aandoeningen hebben impact op arbeidsongeschiktheid en –verzuim. Bij depressies zijn de kosten daarvan een factor 3 hoger dan de directe kosten voor zorg. Ook mensen met diabetes zijn minder actief op de arbeidsmarkt. Zij zijn vaker arbeidsongeschikt en verzuimen meer (figuur 31).

1.3.4 *Chronische zorg en spreiding en concentratie*

De ontwikkelingen op het gebied van chronische zorg zullen leiden tot enorme veranderingen in ziekenhuizen. De zorg moet dichtbij de patiënt geleverd worden en vaak in ketenzorg waarbij bovendien rekening wordt gehouden met co-morbiditeit.

Hierdoor zal vooral de relatie met huisartsen veranderen. Maar hoe is nog niet duidelijk. Dat hangt er onder andere van af wie samen met de patiënt de regie gaat voeren.

Nabijheid

De nabijheid van de zorg is juist voor chronische aandoeningen cruciaal. De patiënten moeten herhaaldelijk naar een zorgverlener voor een of meer aandoeningen en het zijn vooral ouderen die ook vaak minder mobiel zijn.



Ketenzorg vergroot kwaliteit

De chronische zorg zal steeds meer in ketens worden georganiseerd. Zowel uit Duits als Amerikaans onderzoek blijkt dat de kwaliteit van zorg dan fors hoger kan zijn. Patiënten in ketenzorg hebben een lagere kans op gevolgen van diabetes waaronder hartaanvallen, herseninfarcten, amputaties en blindheid (figuur 32). Hun kans op opname in een ziekenhuis is kleiner. Bovendien zijn de effecten van ketenzorg al na een jaar zichtbaar. Dit leidt tot fors lagere kosten. (figuur 33).

Er moet tussen verschillende ketens gecoördineerd worden. Zo heeft bijvoorbeeld meer dan de helft van de ouderen boven 75 jaar meer dan één chronische aandoening.

Preventie: van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag

Chronische zorg vraagt een andere benadering dan curatieve zorg, zo wordt betoogd. In plaats van een reactie nadat iemand ziek is geworden, is een pro-actieve houding nodig om verergering van een ziekte te voorkomen.

‘That requires not only determining what care is needed, but spelling out roles and tasks for ensuring the patient gets care using structured, planned interactions’ aldus het Amerikaanse Improving Chronic Illness Care. De RVZ gaat daarin nog een stap verder en bepleit dat we het model van zorg en ziekte verlaten en overstappen op een model van gezondheid en gedrag.

Logisch partnerschap ziekenhuis en huisarts

Voor de rol van het ziekenhuis kan zo'n nieuwe ordening vergaande gevolgen hebben. Aan de ene kant verwachten velen een grotere rol van de huisarts, vooral voor ketenzorg en voor het managen van multi-morbiditeit. Aan de andere kant is het lokale ziekenhuis een logische partner om als kennis- en informatiecentrum voor huisartsenpraktijken te fungeren. Daarbij is het uiteraard belangrijk hoe de financieringsstromen gaan lopen.



figuur 1

24-11-2010 invitational conference

Verreweg de meeste geïnterviewden gaan uit van een hogere kwaliteit bij hoger volume

Concentratie van behandelingen leidt tot verbetering van de kwaliteit

We werken vanuit intrinsieke motivatie om kwaliteit te leveren al langer aan spreiding en concentratie

Het is logisch – over 10 jaar bestaan alle ziekenhuizen in dichtbevolkte gebieden nog, maar ze concentreren zich op ongeveer 1/3 van het huidige soorten behandelingen

De afgelopen drie jaar heeft een omslag in het denken hierover plaats gevonden – proces van concentratie is nu in gang

Het is onontkoombaar, juist vanwege kwaliteit

Alhoewel het logisch is, is er nog onvoldoende evidence. Het rapport van het KWF is daarom een goed initiatief

Het is logisch dat niet alle centra alle behandelingen leveren

Er is nog onderzoek nodig voor de Nederlandse situatie

Bron: Interviews Sim en NVZ met stakeholders

6

figuur 2

24-11-2010 invitational conference

NHS: Tweederde van de reviews laten een positief verband tussen volume en kwaliteit zien

Geconcludeerd verband voor reviews per orgaan

[aantal positief aantal geen verband]

Orgaan	Aantal positief	Aantal geen verband
Jekeldarm	21	8
Colorectaal	20	9
Alviesstier	18	7
AAA	15	7
Prostaat	15	4
Heup en knie	12	11
Hersenen	12	6
Hart	11	2
Mazag	9	4
Blaas	9	2
Long	7	6
Lever	6	0
Vaten	5	4
Schouder	5	3
Ovotrijb	5	2
Hart (kind)	5	2
Aorta	4	7
Nier	4	0
Borst	4	1
Gestel (trauma)	4	4
Galblasa	3	3
Nek- en rugwervel	3	3
AIDS	3	0
Kind	3	0
Been	2	0
Eierstok	2	0
Gehoorzenuw	2	0
Geboorde	2	0

Geen reviews die negatief verband concluderen

Bron: Cooperation and Competition panel NHS, "The impact of hospital treatment volumes on outcomes", Working Paper Vol. 1 No. 1, 2010.

7

figuur 3

24-11-2010 invitational conference

Veel onderzoeken vinden hogere kwaliteit voor hoger volume blijkt uit meerdere reviews

jaar	Auteur	Conclusie
2002	Halm et al	71% van 135 studies naar 21 aandoeningen uit 1980-2000 vonden significant lagere sterfte bij hoger volume.
2004	Gandjour et al	Slechts 1 uit 76 studies vond negatief verband kwaliteit en volume. Ook de methodologie van studies is beoordeeld.
2005	NHS Scotland	There is now a core of studies of adequate methodological quality to establish striking volume/outcome associations in certain complex high risk surgical procedures and more modest but clinically relevant effects in a wide range of common procedures
2010	KWf	Top 3 actiepunten gaan over concentratie van oncologische zorg, ook bij vaker voorkomende tumorsoorten.
2010	Ross et al	Afnemende meeropbrengst van concentratie bij 30 dagen mortaliteit voor longontsteking, hartfalen en hartinfarct boven ongeveer 100 patiënten
En meer auteurs		VS: Birkmeyer, Gaynor, Hewitt (Intitute of Medicine), Steen, Frankrijk: Com-Ruelle, Or (Haute Autorité de Santé)

8



Patiënten, verzekeraars en overheden betrekken de relatie volume-kwaliteit in de discussie

Verzekeraars	 	<ul style="list-style-type: none"> Eén academisch traumacentrum in Amsterdam Afspraken over het minimum aantal gerealiseerde totale knieervangingen en knierevisies per jaar per orthopeed
Toezichthouders	 <small>Vereniging van Ziekenhuizen in Nederland</small>	<ul style="list-style-type: none"> Handhaven volumenorm slokdarmchirurgie
Patiënten/ Consumenten	   	<ul style="list-style-type: none"> Concentratie kindergeneeskunde UMC's Eén kinderoncologisch centrum voor Nederland Patiënten zijn bereid te reizen voor hogere kwaliteit zorg Bereikbaarheid afhankelijk van soort zorg

figuur 4

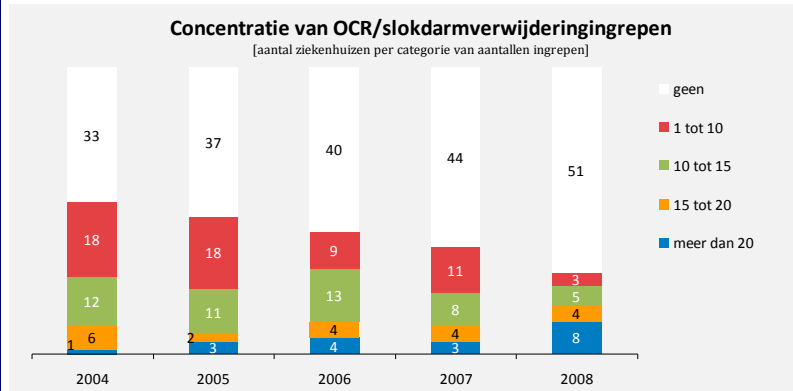
Positief verband van volume op kwaliteit is bij veel onderzoekers een geaccepteerd paradigma

jaar	Auteur	Artikel	Onderwerp	Over volume-kwaliteit
2004	Bardach et al.	Regionalization of Subarchnoid hemorrhage	Cost utility analyse naar kosten van overbrengen van patiënten naar hoog volume centrum	In several studies of complex medical conditions, hospitals with more annual admissions [...] have had beter outcomes [...]"
2007	Ho et al.	Regionalization versus competition in complex cancer surgery	Impact van concentratie op mededinging en prijzen	"The empirical association between high hospital procedure volume and lower mortality rates [...]"
2003	Birkmeyer et al.	Regionalization of high risk surgery and implications for patient travel times	Impact van concentratie op reistijden voor patiënten	"For many surgical procedures, operative mortality rates are substantially lower at hospitals that perform them more frequently"
2007	Schneider et al. (rapport)	The effects of physician owned specialty hospitals – a critical review of het evidence	Impact van specialisten als eigenaren van Klinieken op doorverwijzingen en kosten.	"[...] the well established outcomes and learning benefits of high volume"
2007	Kahn et al.	Volume, outcome, and the organization of critical care	Overnemen van best practices bij hoog volume ziekenhuizen door laag volume ziekenhuizen	"[...] the growing body of literature demonstrating that increased volume is associated with increased outcomes in the intensive care unit"

Soms neemt onderzoek de significante positieve volume-kwaliteit relatie als uitgangspunt

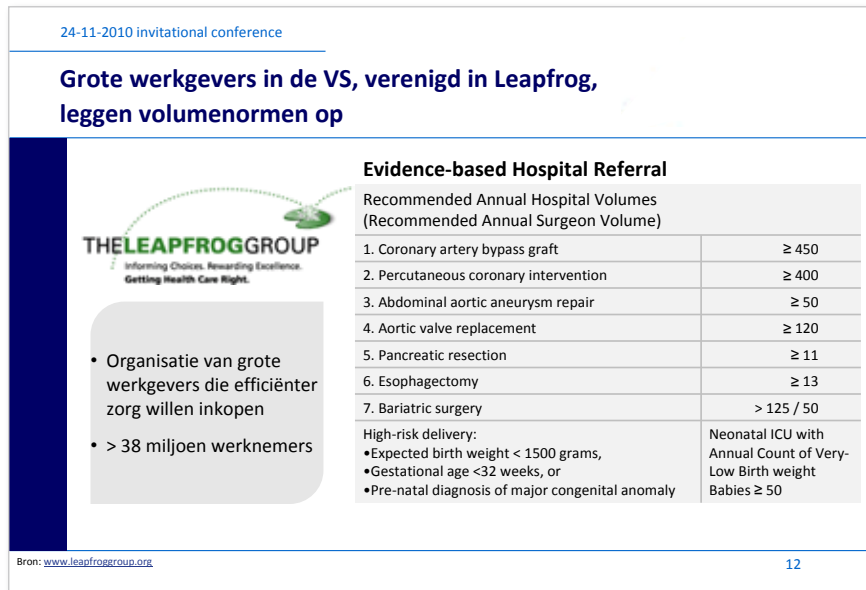
figuur 5

Er is ontwikkeling op het gebied van concentratie van complexe zorg

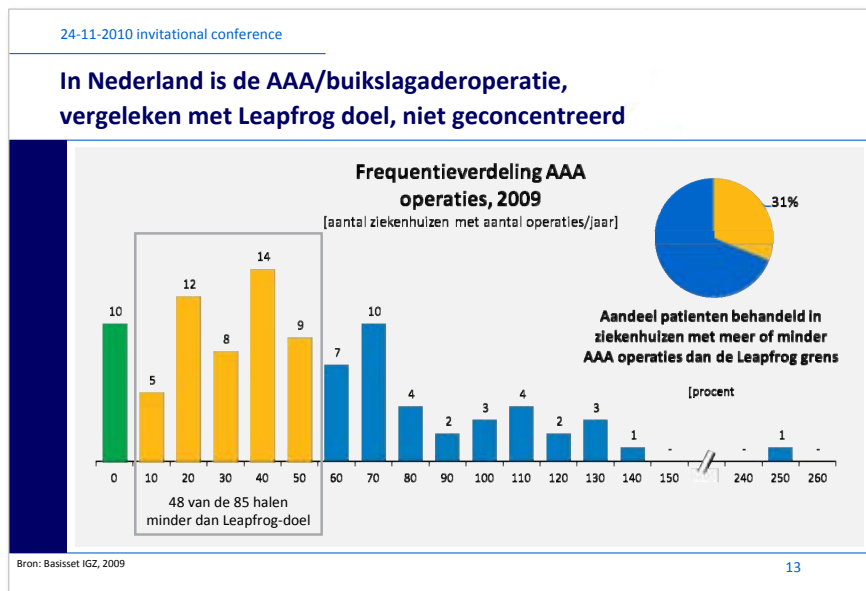


figuur 6

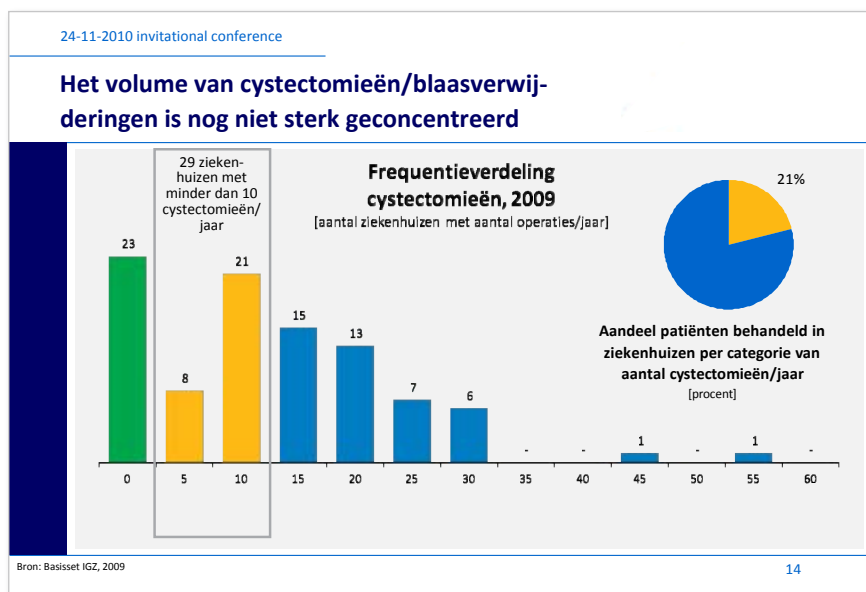
figuur 7



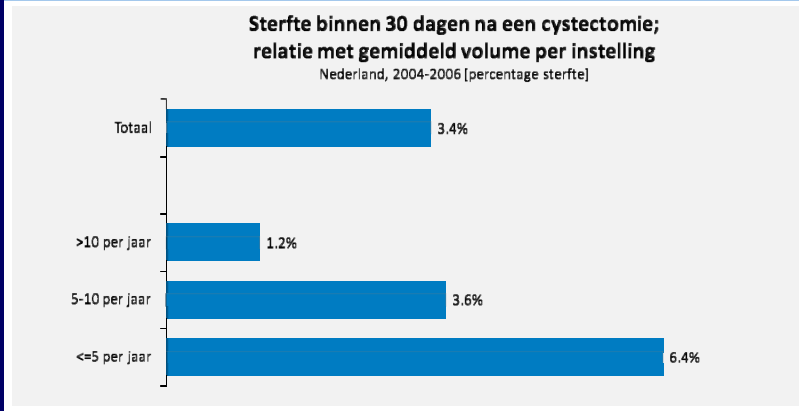
figuur 8



figuur 9



Volume heeft een sterke impact op overlevingskans bij blaasverwijdering

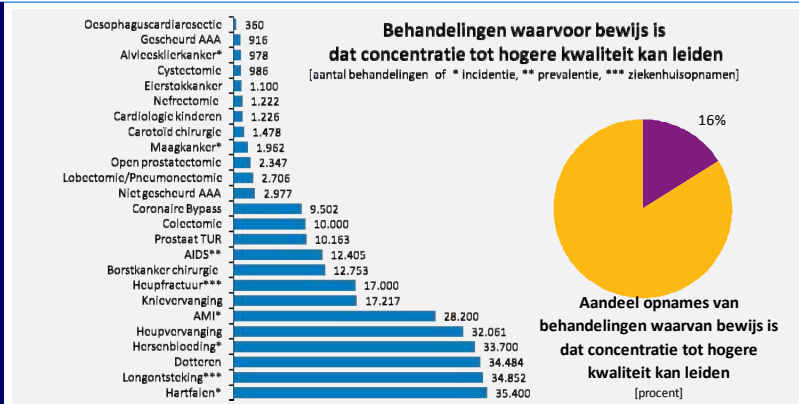


Bron: Werkgroep kwaliteit van kankerzorg, "Signaleringsrapport kwaliteit van kankerzorg in Nederland", juli 2010

15

figuur 10

Onderzochte behandelingen met volume-kwaliteit relatie relevant voor >300.000 patiënten



Bron: zie eerdere verwijzingen naar reviews

16

figuur 11

Programmeringsstudie voor ZONMW geeft route aan voor nieuw onderzoek

Er is behoefte aan bewijslast voor minimum volumennormen. De onderzoeken naar minimaal volume en behandeluitkomst gaan [...] niet over basiszorg. Daarnaast is er voor de Nederlandse ziekenhuizen geen bewijslast tussen routine van specialistisch handelen en factoren die de kwaliteit beïnvloeden zoals concentratie, alertheid en motivatie.

Meest relevant

- Financiële resultaten
- Medisch portfolio
- Kwaliteit van zorg
- Samenwerking
- Patiënttevredenheid en servicegerichtheid

Relevant

- Medewerkerstevredenheid, ziekteverzuim en in- en uitstroom
- Aantal polikliniekbezoeken
- Minimaal aantal handelingen
- IC
- 24 uur bereikbaarheid binnen 45 minuten
- Continuïteit van zorg
- DBC's
- Invloed toename zorgvraag
- Verwijsgedrag huisarts
- Governance
- Wet- en regelgeving
- Innovatie

Niet relevant

- Keuze patiënten voor ziekenhuis
- Wachttijden
- Geografische ligging
- Ligduur
- Keuze medisch specialisten in welk type ziekenhuis zij willen werken
- Keuze overig personeel wat voor ziekenhuis ze willen werken

Bron: "Programmeringsstudie concentratie", BMC voor SAZ ziekenhuizen en ZONMW, 2010

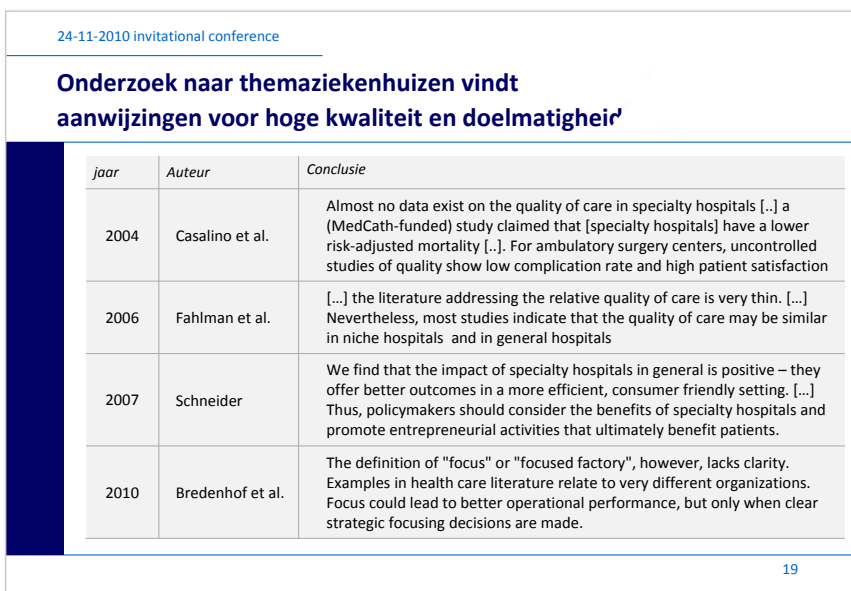
17

figuur 12

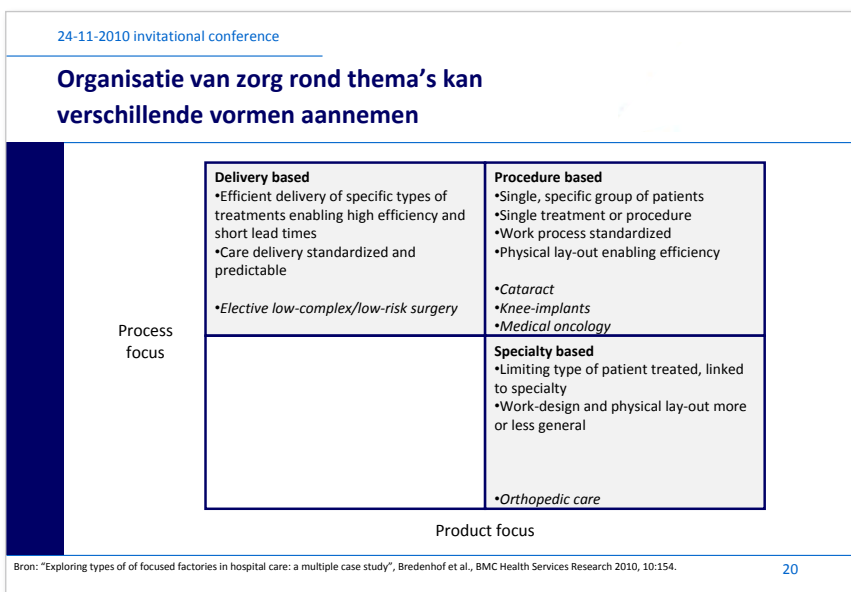
figuur 13



figuur 14



figuur 15



24-11-2010 invitational conference

Themazorg is niet beperkt tot eenvoudige, uitontwikkelde ingrepen

Losgekoppeld van andere thema's en typen van zorg voor focus
Apart gefinancierd

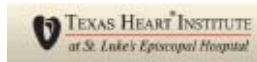
"Fabriek"

- Uitontwikkelde techniek
- Focus op één behandeling



"Themaziekenhuis"

- Complexe en/of multidisciplinaire interventies
- Wetenschap en onderwijs
- High tech infrastructuur



Bron: NVZ en SIRM interviews, "Van instituten naar netwerken", Boer en Croon, augustus 2010

21

figuur 16

24-11-2010 invitational conference

Bedrijfskundigen verwachten voordelen voor kwaliteit en efficiëntie bij "focused factory"

Case uit 1982 update 2003

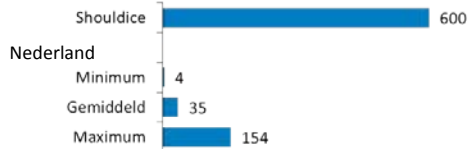


JAMES HESKETT

HARVARD | BUSINESS | SCHOOL

Shouldice Hospital Limited

Gemiddeld aantal liesbreuken per
specialist bij een ziekenhuis



"The chance of a hernia recurring after a repair at Shouldice is less than 0.5% for primary inguinal hernias, based on data collected from over 300,000 operations."

Bron: HBS, original case 1982 (revise 2003), Basisset IGZ over 2009

22

figuur 17

24-11-2010 invitational conference

De mening dat spoedeisende hulp anders georganiseerd moet worden, wordt breed gedeeld

De lokale bevolking komt direct in opstand en dan wordt het politiek.

Er worden nu te veel onnodige kosten bij de SEH gemaakt.

Je kunt naar een systeem waar veel SEH's 's avonds en in het weekeinde dicht zijn, maar wel in combinatie met een HAP

We vinden al jaren dat er minder SEH's moeten zijn, maar het lukt niet ze te sluiten.

In een ambulance kan steeds meer. De patiënt kan vervolgens naar het meest geschikte ziekenhuis.

Met een 'dijkverzwaren' van de eerste lijn waaronder voor de SEH, kan het aantal patiënten in de 2e lijn worden verminderd.

SEH moet je organiseren als een voorziening met een 'brandweermodeel'. We moeten af van het paradigma dat ieder ziekenhuis er per definitie één heeft.

Bron: Interviews Sirm en NVZ met stakeholders

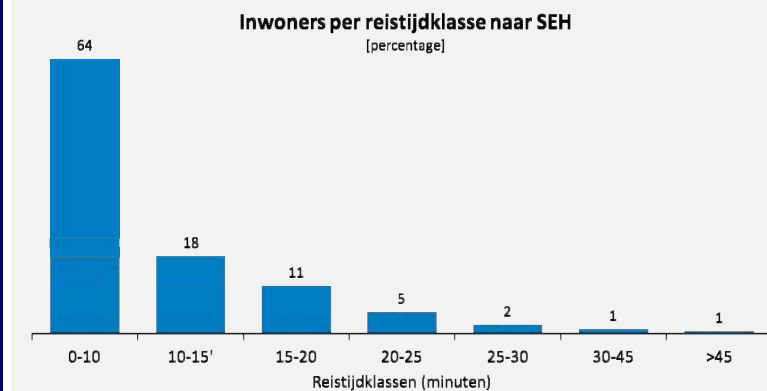
23

figuur 18

figuur 19

24-11-2010 invitational conference

>90% van Nederlanders kan binnen 20 minuten op SEH zijn; >60% zelfs binnen 10 minuten



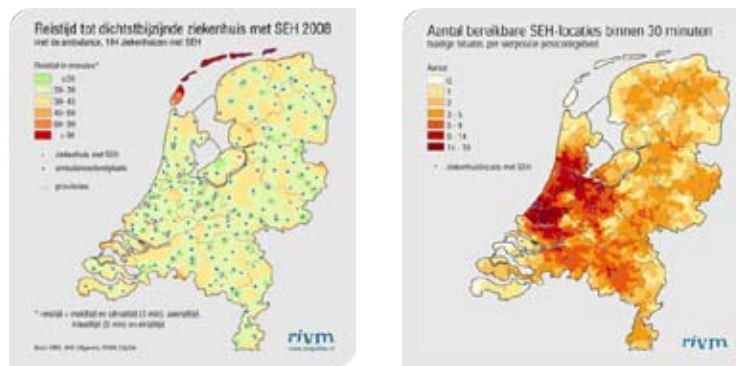
Bron: RIVM

24

figuur 20

24-11-2010 invitational conference

Spoeisende hulp in Nederland is zeer goed bereikbaar, er is zelfs keuze



Bron: Links: Zorgatlas RIVM, geraadpleegd september 2010. Rechts: Gesiesber, van Boven, "Analyse het bereikbare ziekenhuis met spoedeisende hulpverlening", bij briefadvies RVZ, 2003

25

figuur 21

24-11-2010 invitational conference

Naast SEH's zijn de huisartsenposten ook goed verspreid over het land

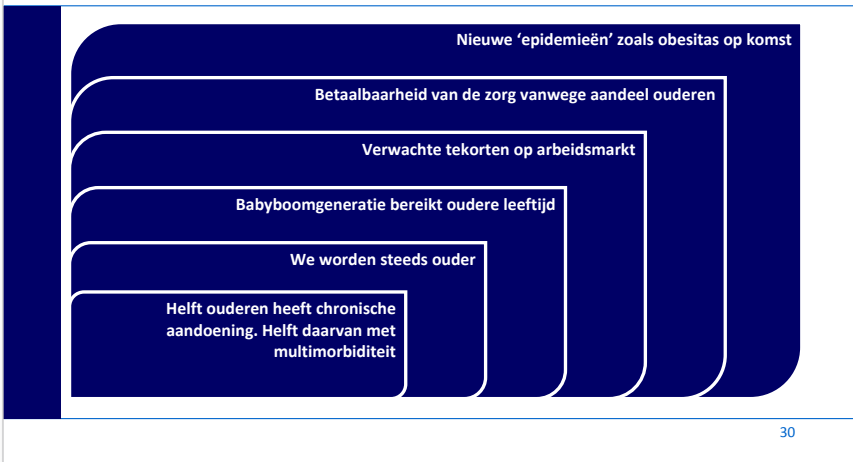


Bron: Zorgatlas RIVM, geraadpleegd oktober 2010

26



Grote noodzaak om te werken aan chronische zorg



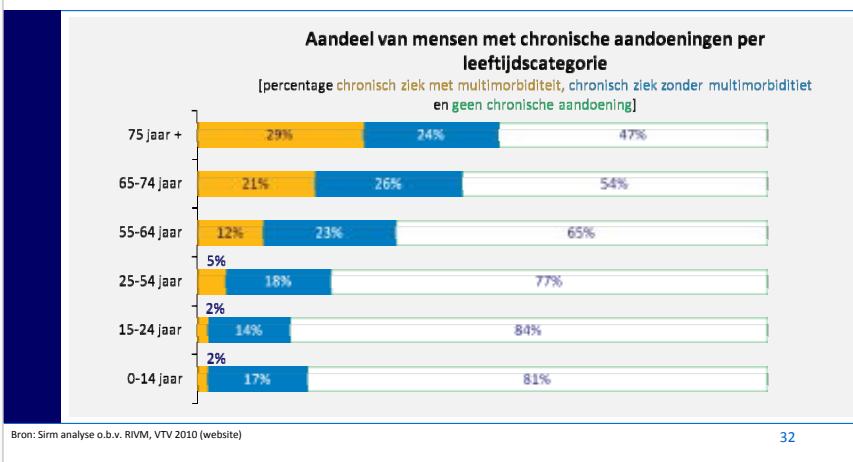
figuur 22

Geïnterviewden over chronische zorg wijzen op belang bereikbaarheid, huisartsen en comorbiditeit



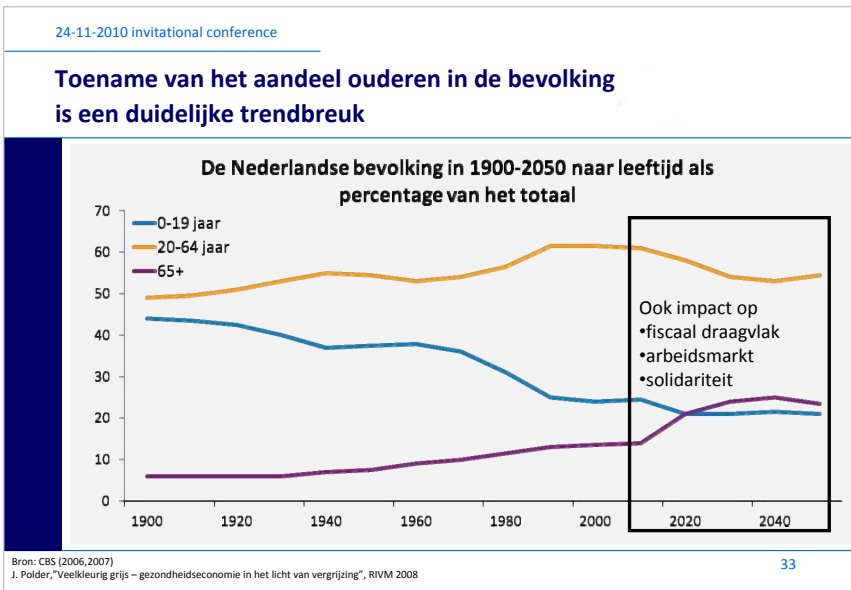
figuur 23

Ouderen hebben vaak meer dan één chronische aandoening

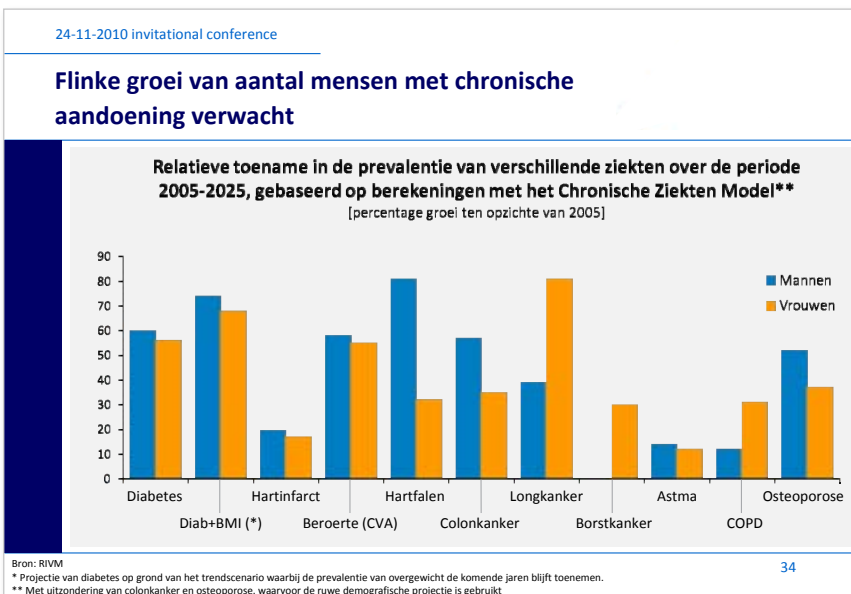


figuur 24

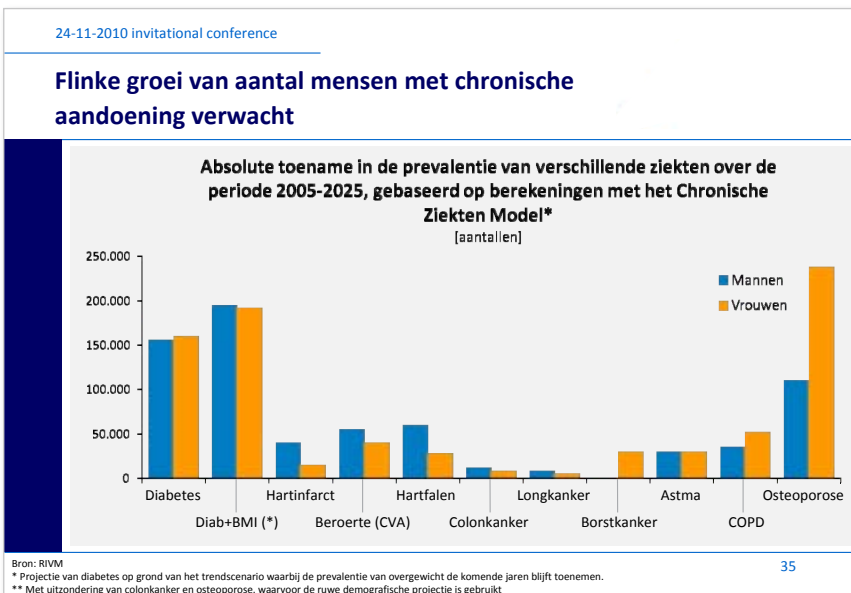
figuur 25



figuur 26



figuur 27



Chronisch zieken: veel verschillende zorgaanbieders

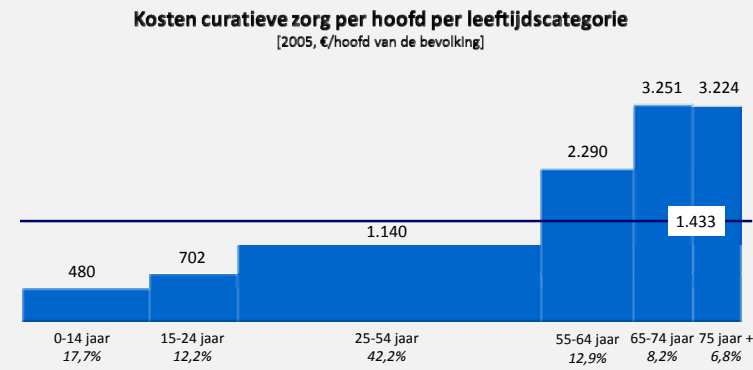


Bron: "Anders is niet per se beter", C. van Dijk et al., Medisch Contact Nr 22, mei 2009

37

figuur 28

Kosten per hoofd van de bevolking zijn voor mensen ouder dan 65 jaar relatief hoog

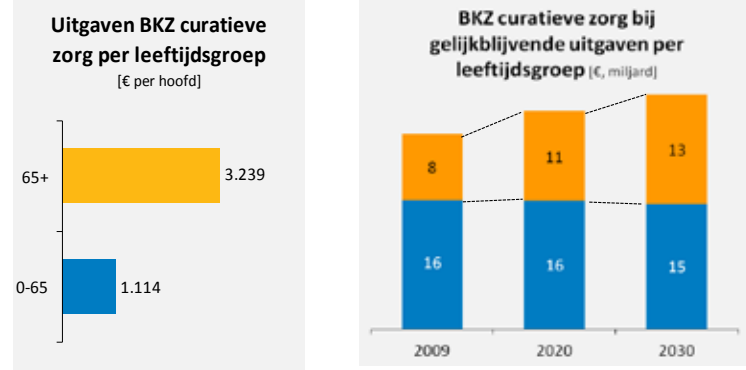


Bron: Sirm analyse obv Kosten van Ziekten RIVM (perspectief: BKZ, sector: curatieve zorg, zorgfunctie: curatie, financiering: zorgverzekering, periode: 2005) en bevolkingsamenstelling CBS

38

figuur 29

Als uitgaven aan curatieve zorg per leeftijdsgroep gelijk blijven, valt alle groei toe aan 65+'ers

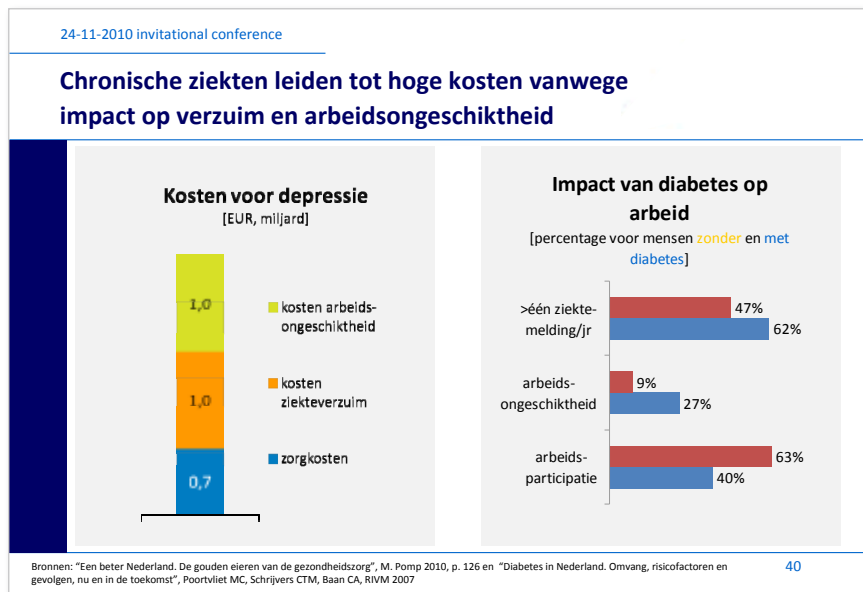


Bron: Sirm analyse obv Kosten van Ziekten RIVM, CBS

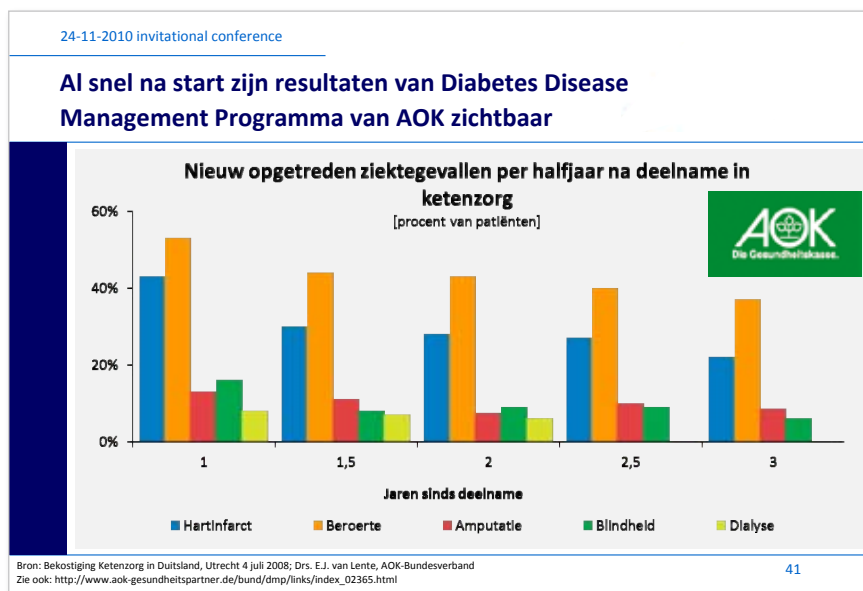
39

figuur 30

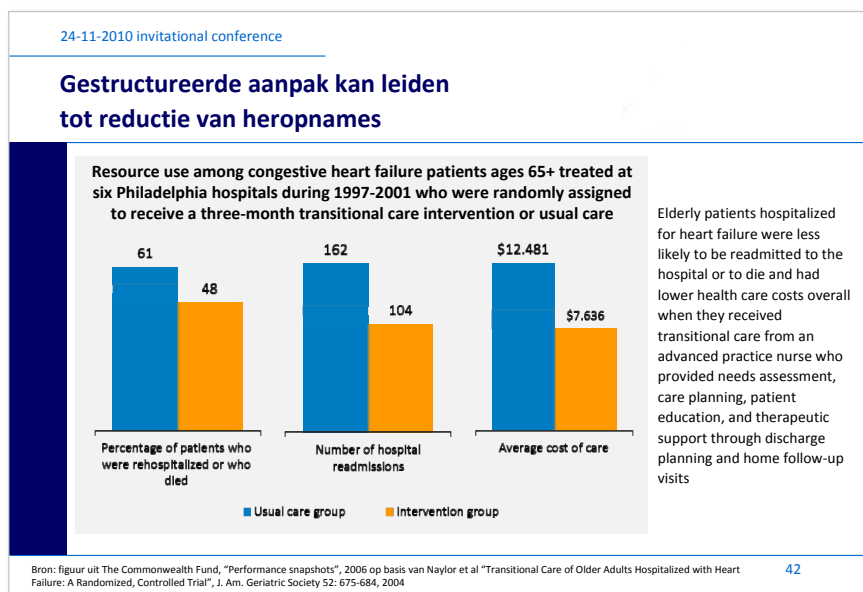
figuur 31



figuur 32



figuur 33



2. Grote impact van spreiding en concentratie op mensen en organisaties

Huidige situatie onderzocht

Het Nederlandse ziekenhuislandschap is nu nog vrij homogeen en staat voor grote veranderingen.

Basiszorg in ziekenhuizen en UMC's

Vrijwel alle ziekenhuizen hebben ten minste elf specialismen en veel behandelingen worden bij vrijwel alle ziekenhuizen uitgevoerd (figuur 34 en 35). Dit is overigens wel begrijpelijk. In het verleden werden ziekenhuizen juist geprikkeld om een zo breed mogelijk palet aan te bieden. Het Juliuscentrum concludeerde uit een internationale vergelijking dat het Nederlandse basisziekenhuis zal veranderen (figuur 36).

Universitair Medische Centra (UMC's) leveren ook nog een groot deel basiszorg. We schatten dat op basis van de aanname dat alle zorg die UMC's leveren aan mensen die daarvoor meer dan 60 minuten moeten reizen, werkelijk academische zorg is. Voor heel Nederland zou dan ongeveer 6% van de opnames academische ziekenhuiszorg zijn. Dit terwijl UMC's ongeveer 12% van het totaal aantal opnames in Nederland leveren. Omgerekend is dan ongeveer 45% van de opnames bij UMC's werkelijk academische zorg.

Topklinische zorg

Dezelfde analyse leert dat ongeveer 14% van de opnames van topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ) daadwerkelijk topklinische zorg is (figuur 37). De analyse voor ligdagen geeft 51% ligdagen weer voor academische zorg bij UMC's en 21% voor topklinische ligdagen bij STZ-ziekenhuizen (figuur 38).

Opvallende observaties

Uit een regressieanalyse van de volumegegevens van Zichtbare Zorg met de EPB's, opnames, ligdagen en omzet in A- en B-segment, kunnen we destilleren hoe verschillend ziekenhuizen van elkaar zijn. We hebben daarvoor de zorg die ziekenhuizen leveren ingedeeld in zes categorieën: acuut, chronisch, hoog complex/hog volume, hoog complex/laag volume, academisch en overig electief (figuur 39).

Op basis van deze indeling is het verschil tussen algemene en STZ-ziekenhuizen niet groot (figuur 40). De resultaten zijn consistent met de bovenstaande analyses op basis van reistijd. Opvallende observaties zijn:

- Er is weinig verschil tussen de types ziekenhuizen in de ziekenhuisaandelen acute zorg en hoog complexe/laag volume zorg.
- Het aandeel van de acute zorg is vrij laag. We vinden dat gemiddeld 7% van de EPB's en 4% van zowel de opnames als dagbehandelingen gekoppeld is aan acute zorg. Sommige geïnterviewden erkennen dit terwijl anderen ervan uitgaan dat de instroom via de SEH juist veel groter is. Zo verliezen ziekenhuizen bijvoorbeeld veel EPB's als er een huisartsenpost nabij de spoedeisende hulp is gevestigd. In deze analyse is spoedeisende hulp geschat op basis van zorg waarvoor een opname in het ziekenhuis werkelijk nodig is (heupfractuur, CVA, licht traumatisch hoofdletsel).
- Het verschil tussen STZ-ziekenhuizen en andere ziekenhuizen is niet erg groot. Binnen de groep STZ-ziekenhuizen zijn er echter grote verschillen, vooral in het aandeel hoog complex/hog volume.

Bovendien zien we vrij weinig themaziekenhuizen in Nederland. Er zijn slechts enkele succesvolle spelers naast de 'klassieke' categorale instellingen (figuur 41). En er zijn vrijwel geen nieuwe toetreders vanuit bestaande ziekenhuizen. Vrijwel ieder ziekenhuis heeft een of meer SEH's (figuur 42).

De boot missen bij ketenzorg of dienen als kennis- en ict-centrum?

Ziekenhuizen lopen het risico de boot te missen bij ketenzorg. In een recente evaluatie van het RIVM van zorggroepen voor ketenzorg op het gebied van diabetes, COPD en VRM komen ziekenhuizen nauwelijks voor.

Uiteraard is er wel samenwerking met specialisten. Wellicht kunnen ziekenhuizen helpen bij het oplossen van de knelpunten van zorggroepen. Zij zouden kunnen dienen als kennis- en ict-centrum voor ketenzorg (figuur 43).

2.1 Veranderen

Het proces van spreiding en concentratie is lastig vanwege de complexiteit, de grote belangen en omdat ziekenhuisbestuurders moeten leren veranderen. Daar moet oog voor zijn. Dit is de op één na meest genoemde belangrijke barrière voor spreiding en concentratie (figuur 44).

Spreiding en concentratie is een buitengewoon ingewikkeld proces vanwege de enorme hoeveelheid combinaties voor uitwisseling.

- Uitrui kan meestal niet beperkt blijven tot één vakgroep. Dit maakt het lastig omdat bij uitruil van een behandeling van maatschap A in ziekenhuis I, het ziekenhuis een behandeling voor maatschap B terug kan krijgen. Maatschap A moet dan gaan werken in ziekenhuis II, of zich focussen op andere behandelingen waarvoor misschien uitruil met ziekenhuis III nodig is.
- Er moet vaak worden uitgeruild tussen verschillende soorten zorg. Grofweg: acuut, chronisch, hoog-complex/hoog volume, hoog-complex/laag volume en overige electieve zorg.

Belangen van stakeholders zijn complex

Naast de complexiteit spelen ook belangen een belangrijke rol. Vrijwel alle stakeholders worden geraakt door uitruil van zorgfuncties en behandelingen (figuur 45). Dit geldt voor patiënten, overheid, huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars.

Per stakeholder zijn er zowel krachten voor als tegen spreiding en concentratie (figuur 46):

Patiënten reageren verdeeld

Aan de ene kant zijn patiënten vaak aanjagers van concentratie, zoals de vereniging van ouders van kinderen met kanker. Dit standpunt leeft vooral bij de patiëntenorganisaties.

Aan de andere kant leveren plannen voor concentratie vrijwel altijd weerstand bij de lokale bevolking op. Recentelijk in Twente, Noordoost-Groningen, Zuid-Limburg en op Walcheren.

Overheid geeft tegenstrijdige signalen af

De overheid streeft enerzijds concentratie na. Zo zet de IGZ in op minimumnormen voor volume van complexe behandelingen. Anderzijds mag de mededinging niet te veel beperkt worden door concentratie, en moet de zorg bereikbaar blijven.

Dit levert soms tegenstrijdige signalen op. Zoals de politieke wens om op Walcheren een IC te hebben terwijl er daarvoor te weinig mensen wonen.

Daarnaast zijn vooral lokale overheden nogal eens gekant tegen concentratie vanwege de economische belangen van het ziekenhuis en de daaraan gekoppelde werkgelegenheid.

Huisartsen vrezen communicatieproblemen

Huisartsen zijn vooral beducht voor de grotere afstand tot specialisten door concentratie. Zij vrezen dat dat leidt tot communicatieproblemen.

Specialisten ondervinden grote veranderingen als gevolg van spreiding en concentratie

Zij zullen sommige operaties niet meer kunnen uitvoeren. Dit kan leiden tot minder afwisseling in het werk. Volgens de programmeringsstudie van BMC moet onderzoek worden gedaan naar de impact daarvan op de kwaliteit van zorg.

Specialisten moeten verhuizen of in een ander ziekenhuis gaan werken. Overigens zijn er nu al veel maatschappen waarvan de leden over meer ziekenhuizen verspreid hun werk doen.

Ziekenhuizen vrezen patiënten te verliezen

Als ziekenhuizen niet meer alle functies aanbieden, verliezen zij aanzien. Daarnaast heeft het uiteraard impact op de financiële positie van ziekenhuizen en vrezen zij patiënten te verliezen als ze geen SEH meer hebben. Op het gebied van de chronische zorg zouden ziekenhuizen hun rol meer op kunnen pakken. Voor een ziekenhuis kunnen portfoliokeuzes leiden tot een heldere klantenpropositie en tot een minder complexe organisatie.

Verzekeraars kunnen niet te ver gaan

Verzekeraars voeren de druk op om tot concentratie en spreiding van zorg te komen. Maar zij kunnen daarin niet te ver gaan omdat dat negatief kan uitwerken op hun imago.



2.2 Opleiding tot specialist

Volgens sommige geïnterviewden vormt de opleiding tot medisch specialist een belangrijke barrière voor spreiding en concentratie.

Anderen stellen juist dat met een moderne aanpak van de opleidingen dit geen probleem hoeft te zijn (figuur 47).

2.3 Benutting van bestaande infrastructuur

'Iets nieuws beginnen gaat wel, maar iets stoppen lukt bijna nooit'. Veel geïnterviewden, vooral zorgverzekeraars, vinden dat spreiding en concentratie niet mag leiden tot nieuwe infrastructuur. Volgens hen is er bij concentratie vaak geen sprake van uitruil van functies maar van extra, nieuwe, functies (figuur 48).

Nederland heeft relatief weinig bedden, ziekenhuizen en artsen in vergelijking met het buitenland (figuur 49). Toch kan de zorg in Nederland volgens velen met een lagere capaciteit geboden worden. Uit een vergelijking van de OESO volgt dat het relatieve voordeel voor minder verstedelijkte gebieden nergens zo groot is als in Nederland¹.

Vissersvlootregeling

Een verzekeraar pleit voor een 'vissersvlootregeling' om afschrijvingen als gevolg van afbouw van capaciteit te vergoeden. Als overtollige ruimte in ziekenhuizen niet werkelijk wordt afgestoten, vindt het waarschijnlijk wederom een zorgbestemming.



2.4 Organisatievorm van ziekenhuizen

Ook in de organisatie van ziekenhuizen staat veel te veranderen. Enkele geïnterviewden vrezen dat spreiding en concentratie leidt tot schaalvergroting. Zij zijn daar zeer op tegen.

Anderen stellen juist dat alle ziekenhuizen zullen blijven bestaan en sommigen menen dat er meer locaties bij komen. Op iedere locatie worden dan wel minder soorten verrichtingen uitgevoerd.



¹ OESO 2007 gebruikt in G. Brummelman achtergrondstudie bij RVZ, "Schaal en Zorg", 2008

Visie gevraagd

Er moet volgens veel geïnterviewden een gedegen visie komen op de samenhang van onderdelen van het ziekenhuis - ziekenhuizen moeten niet meer alles willen doen (figuur 50).

Organisatorisch en geografisch

Spreading en concentratie hoeft niet tot grotere organisaties te leiden. Spreading en concentratie kan op twee dimensies plaats vinden: organisatorisch en geografisch. Er zijn voorbeelden van combinaties van spreading en concentraties op beide dimensies (figuur 51). Spreading en concentratie hoeft dan ook niet per definitie te leiden tot schaalvergroting. Over het algemeen zijn er bedrijfs-economische schaalnadelen voor ziekenhuizen met meer dan 200 bedden (figuur 52).

Verzelfstandigen

Het zou ook kunnen dat ziekenhuizen zich juist opsplitsen. Dit zou enorm helpen om ziekenhuizen minder complex te maken. Door delen van de zorg te verzelfstandigen, kan de aandacht en tijd van het topmanagement effectiever worden ingezet. Juist bedrijven die veel simpeler zijn dan ziekenhuizen, splitsen zich op. TNT vindt bijvoorbeeld dat haar pakketdienst en de post te weinig synergie hebben en splitst zich verder op (figuur 53).

For-profit ziekenhuizen

De huidige regelgeving in Nederland is nogal restrictief. Alleen in Nederland en België mogen ziekenhuizen geen for-profit bedrijven zijn. In Frankrijk is ruim 30% van de ziekenhuisbedden in handen van bedrijven, waaronder grote ketens.

In landen met for-profit ziekenhuizen is geen debat gaande om dat af te schaffen. Wel is er in de VS een moratorium geweest op niche ziekenhuizen in eigendom van specialisten. Overigens is er geen bewijs gevonden voor negatieve neveneffecten daarvan. Volgens Patrick Jeurissen, in 2010 gepromoveerd op onderzoek naar for-profit ziekenhuizen, laten overheden private for-profit ziekenhuizen vooral toe om kapitaal aan te trekken.

² Onderzoek in opdracht van de NVZ.

³ Onderzoek in opdracht van de Minister van VWS.

Economen: geef ziekenhuizen vrijheid de juiste organisatievorm te vinden

Ziekenhuizen moeten de vrijheid krijgen om de juiste organisatievorm te vinden. Dat stellen ook economen.

De Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) zegt het zo: "Vrijheid van winstuitkering, eigendom en zeggenschap voor ziekenhuizen is niet alleen mogelijk maar ook noodzakelijk voor de toekomst van de sector"².

Integratie zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

De Commissie verticale integratie concludeert dat er vrijheid moet zijn om verschillende organisatievormen te gebruiken, waaronder integratie van huisartsen, ziekenhuizen en verzekeraars³. Zij stelt: "Een wettelijk verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is niet noodzakelijk en niet proportioneel voor het borgen van de publieke belangen kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid in de zorg".

De gezondheidseconomen Schut en Varkevisser van het instituut voor Beleid en Management van Gezondheidszorg (iBMG) aan de Erasmusuniversiteit sloten zich daar onlangs bij aan. De Consumentenbond is juist tegen verticale integratie (figuur 54).



Toegevoegd toezicht

Gegeven de veranderingen die de sector zal ondergaan is het cruciaal dat de raden van toezicht op hun taak zijn toegevoegd.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) uitte hierover in 2009 haar zorgen.

In de branchebrede governancecode voor de zorg staat onder andere dat 'ten minste één lid van de Raad van Toezicht beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring in de zorg'. Naar schatting een kwart van de ziekenhuizen voldoet hier nog niet aan (figuur 55).

Volgens enkele geïnterviewden laten leden van de raad van toezicht de lokale werkgelegenheid die het ziekenhuis biedt zwaar meewegen in beslissingen over spreiding en concentratie.

Geïnterviewden merken op dat het voor ziekenhuisbestuurders erg lastig is om de complexe veranderingen zorgvuldig te managen. Afspraken over uitruil van functies hangen vaak af van persoonlijke contacten en verdienen een betere borging in de organisatie.

2.5 Bereikbaarheid van ziekenhuizen

Het belang van de bereikbaarheid van het ziekenhuis werd in de interviews wel vaak genoemd, maar zelden als belangrijke barrière. Men gaat er vanuit dat patiënten bereid zullen zijn verder te reizen als de verschillen in kwaliteit van zorg inzichtelijker worden gemaakt.

Daarnaast vragen geïnterviewden aandacht voor de impact van afstand op de communicatie tussen specialisten en huisartsen (figuur 56).

Minder SEH's

Onlangs opperde verzekeraar UVIT om samen met andere verzekeraars de SEH per regio aan te besteden. UVIT verwacht dat 60 SEH's voor Nederland voldoende zijn. Dat zijn er nu ruim 100. Dit strookt met de visie in het rapport Brede Heroverwegingen Curatieve Zorg van april 2010. De commissie stelt dat de reistijd naar SEH's daardoor slechts met gemiddeld 2 minuten toeneemt.

De Consumentenbond geeft aan dat patiënten bij ontevredenheid over electieve zorg en aantoonbaar slechte kwaliteit meer bereid zijn te reizen dan nu wordt aangenomen (figuur 57).

Een groot deel van Nederland heeft nu baat bij de nabijheid van ziekenhuizen. Als mensen meer dan drie kwartier moeten reizen voor ziekenhuiszorg, is dat meestal voor academische zorg (figuur 58).



Scenarioanalyse

Sirm heeft een scenarioanalyse gemaakt voor de impact van spreiding en concentratie op de bereikbaarheid van ziekenhuizen.

Daarvoor zijn vier ijkpunten genomen (figuur 59).

1. Allen gelijk

Binnen ieder ziekenhuis is het aandeel van zes types zorg gelijk aan het huidige landelijke aandeel. De zes types zorg zijn acuut, electief, chronisch, complex/hoog volume, complex/laag volume en academische zorg

2. Volledige concentratie

De zes types zorg zijn verdeeld zodat ieder ziekenhuis zich richt op één type. Er is geen capaciteit afgebouwd en de verdeling is zo gedaan dat de bereikbaarheid optimaal is.

3. Huidige verdeling

De huidige verdeling van de zes types zorg over de Nederlandse ziekenhuizen afgeleid uit publiek beschikbare gegevens.

4. Concentratie binnen norm

Dit is het resultaat van een computersimulatie van uitruil van de types zorg waarbij:

- ieder ziekenhuis zich zoveel mogelijk probeert te richten op het type zorg waarin het nu al een relatief groot aandeel heeft. Zodoende wordt er dus steeds meer gefocust op één bepaald type zorg.
- Voor ieder type zorg is een maximale reistijd vastgesteld. Uitruil mag niet tot overschrijding van de maximum reistijd leiden:
 - Acuut: 45 minuten
 - Chronisch: 30 minuten
 - Electief: 60 minuten
 - Complex 90 minuten



Toelichting en bevindingen

De gemiddelde reistijd is berekend met de zorgvraag per type zorg per postcodegebied en de ziekenhuizen die zorg van dat type aanbieden. We vinden dat de huidige gemiddelde reistijd van ongeveer 15 minuten vrijwel gelijk is aan het scenario 'allen gelijk'. De gemiddelde reistijd neemt maar 5 tot 10 minuten toe voor het scenario 'concentratie binnen normen'. Bij verdere concentratie loopt de gemiddelde reistijd op tot ruim een half uur (figuur 60).

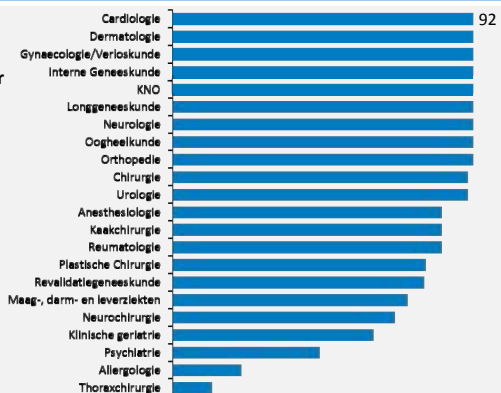
De gemiddelde reistijd hangt af van het type zorg. Deze neemt vooral toe voor complexe zorg met laag volume. Die zorg wordt geconcentreerd in ongeveer 12 ziekenhuizen (figuur 61).

Voor electieve zorg ligt de standaarddeviatie plus het gemiddelde op ongeveer 35 minuten. Dat houdt in dat 18% van de patiënten verder dan 35 (maar minder dan 60) minuten moet reizen. Aan de andere kant van de verdeling houdt dit in dat 18% van de patiënten minder dan 11 minuten reist voor electieve zorg (figuur 62).



Alle ziekenhuizen hebben ten minste elf basisspecialismen

Ziekenhuizen die wachttijdgegevens voor polikliniek aanleveren, per specialisme [aantal]



Bron: Kiesbeter.nl

45

figuur 34

Veel behandelingen worden bij vrijwel alle ziekenhuizen uitgevoerd

Ziekenhuizen die wachttijdgegevens voor behandelingen aanleveren, per behandeling [aantal]



Bron: Kiesbeter.nl

46

figuur 35

Het basisziekenhuis zal veranderen blijkt uit internationale vergelijking door Julius Centrum

Onderzoek door

- Juliuscentrum voor het Bouwcollege (2005)

Conclusies uit vergelijking met

- OECD – EU: VK, Ierland, Zweden, Finland;
- OECD – overig: VS, Nieuw Zeeland, Canada, Australië

- Grote verschillen tussen en binnen landen
- Alleen in Nederland hebben alle basisziekenhuizen alle basisspecialismen
- Concentratie van ziekenhuiszorg is internationale trend
- Tegenbeweging ontstaat richting meer lokaal organiseren, mede mogelijk door ICT
- Samenwerking met de eerste lijn

Enkele overige conclusies

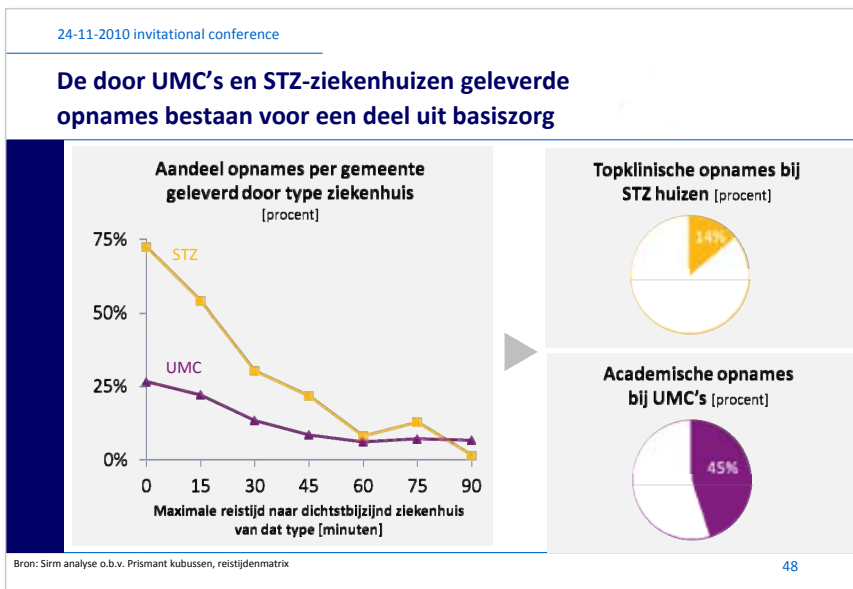
- Verschil tussen ruraal en stedelijk
- Nieuw zorgaanbod om chronische ziekten te helpen is nodig
- Het all-round basisziekenhuis blijft 'de ruggengraat'

Bron: Juliuscentrum i.o.v. Bouwcollege "Curatieve basiszorg, vraag, aanbod en infrastructuur", 2005

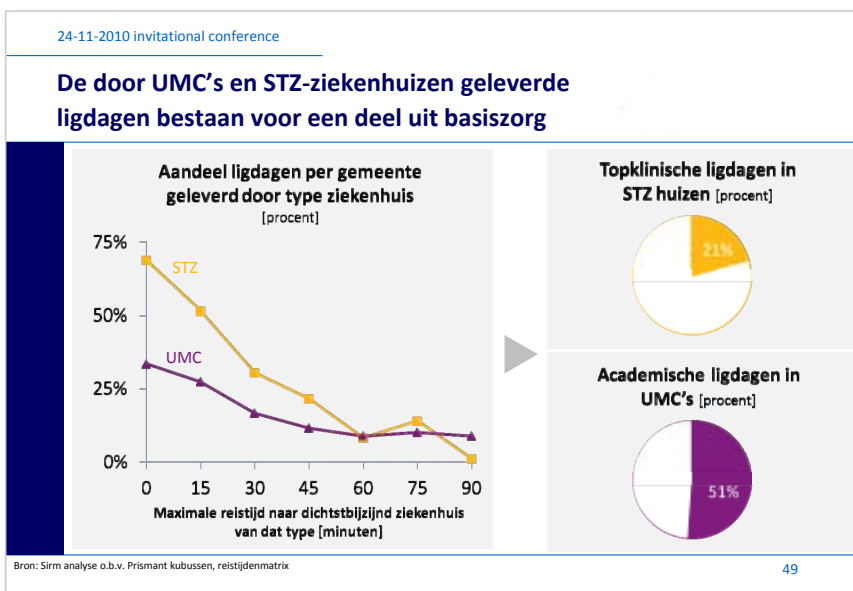
47

figuur 36

figuur 37



figuur 38

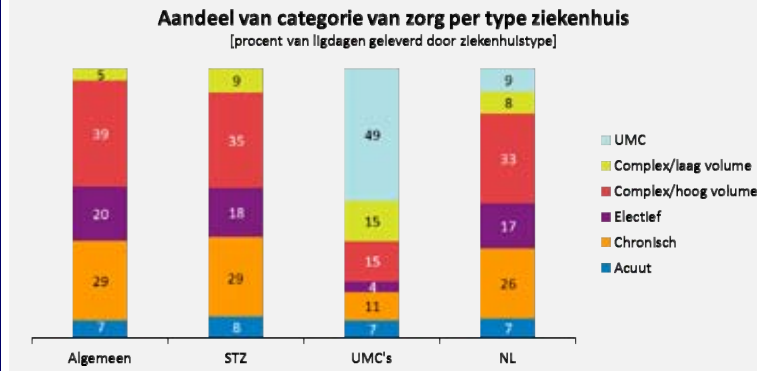


figuur 39



Het verschil in profiel tussen gemiddeld STZ en algemeen ziekenhuis is niet erg geprononceerd

figuur 40



Bron: Sirm analyse obv Zichtbare Zorg Tranche 1, Basisset IGZ, Jaarverslagen ziekenhuizen 2009

51

Er zijn eigenlijk nog maar weinig themaziekenhuizen in Nederland (voorbeelden)

figuur 41

“Klassieke” categorale instellingen



“Gevestigde namen”



“Initiatieven van bestaande partijen”

“Nieuwe toetreders”



52

Vrijwel ieder ziekenhuis heeft een spoedeisende hulp – soms op meerdere locaties

figuur 42



Bron: Zorgatlas RIVM, geraadpleegd september 2010

53

figuur 43

24-11-2010 invitational conference

Ziekenhuizen spelen geen centrale rol in de organisatie van zorggroepen

Rapport 26032001/2010
J.T. van Til | J.E. de Wit | J.N. Struijs

De organisatie van zorggroepen anno 2010
Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

Knelpunten zorggroepen:

- ICT
- Zelfmanagement patiënt
- Complexe structuur
- Onderhandeling met verzekeraar

Ziekenhuizen

- worden niet genoemd als belangrijke speler voor ketenzorg voor diabetes, COPD en VRM
- Uiteraard wel samenwerking met specialisten

Bron: "De organisatie van zorggroepen anno 2010", RIVM en LVG, 2010

54

figuur 44

24-11-2010 invitational conference

Onderwerpen genoemd als Top 3 tijdens interviews over spreiding en concentratie

Er zijn belemmeringen vanwege de financieringsstructuur waardoor uitruil lastig is - zowel in de ziekenhuisbekostiging als tussen de compartimenten	11
Er moet oog zijn voor hoe lastig dit proces is vanwege de grote belangen en omdat bestuurders moeten leren veranderen	9
Er is te weinig risico voor verzekeraars waardoor die hun rol van zorgregisseur nog voldoende op zich nemen	9
Er moet een gedegen visie komen op de samenhang van onderdelen van het ziekenhuis - ziekenhuizen moeten niet meer <i>a priori</i> alles willen doen	7
Er is meer urgentie rond	5
Er zijn heldere criteria voor	5
Er is bij concentratie vaak	4
Mede daardoor zijn verz	4
Er is geen stabiele visie v	4
Er is meer informatie ov	4
Er moet een leidende ro	3
Er moet rekening gehouden worden met de bereikbaarheid van het ziekenhuis	3
Overig	17

Bron: Interviews Sirm en NVZ met stakeholders

55

figuur 45

24-11-2010 invitational conference

Concentratie en spreiding is lastig vanwege vele - soms tegenstrijdige - belangen

Verzekeraar

- Mogelijke reputatieschade
- Focus op commercie ipv inkoop

Patiënt

- Weerstand in lokale gemeenschap

Overheid

- Zorg dichtbij de burger
- Mededinging niet beperken

Huisarts

- Grotere afstand specialisten
- Medicalisering

Personeel

- Mogelijk verhuizen
- Ander ziekenhuis

Specialist

- Verlies aanzien
- Monotoner werk
- Reistijd
- Eisen evidence

Ziekenhuis

- Verlies aanzien
- Impact financiën

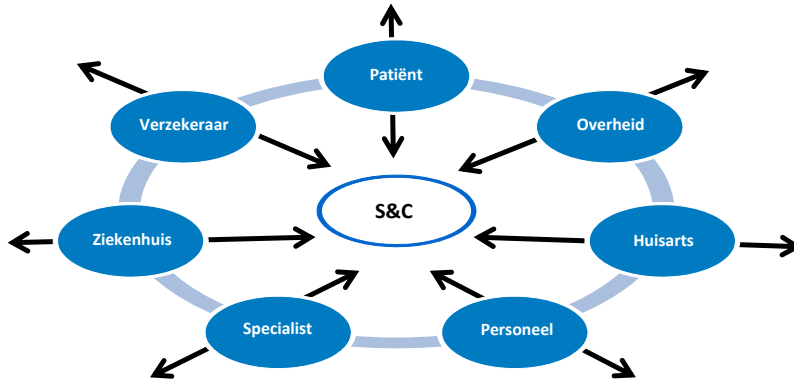
Interactions and other points:

- Concentratie speciale groepen
- Onderscheid op kwaliteit
- Kosten zorg
- Minimumnorm, ketenzorg
- Betaalbaarheid stelsel
- Ketenzorg/ zorggroepen
- Ontwikkelingsmogelijkheden
- Professionele verbetering

56



Concentratie en spreiding is lastig vanwege vele - soms tegenstrijdige - belangen



figuur 46

Concentratie en spreiding mag niet ten koste gaan van de opleiding tot medisch specialist

- Opleidingseisen vormen een belangrijke barrière. Artsen in opleiding kunnen niet meer alle ziekenhuiszorg ervaren.
- B-segment in UMC's en STZ ziekenhuizen is ook nodig voor opleidingen.
- Om co-assistenten en arts-assistenten in aanraking te laten komen met complexe verrichtingen, zal de structuur van de opleiding moeten worden aangepast.
- De consequenties voor opleidingen kunnen wel in samenwerkingsverbanden worden opgevangen.
- Moderne organisatie van opleidingen in OORs, die steeds beter functioneren, hoeft opleidingen niet te belemmeren.

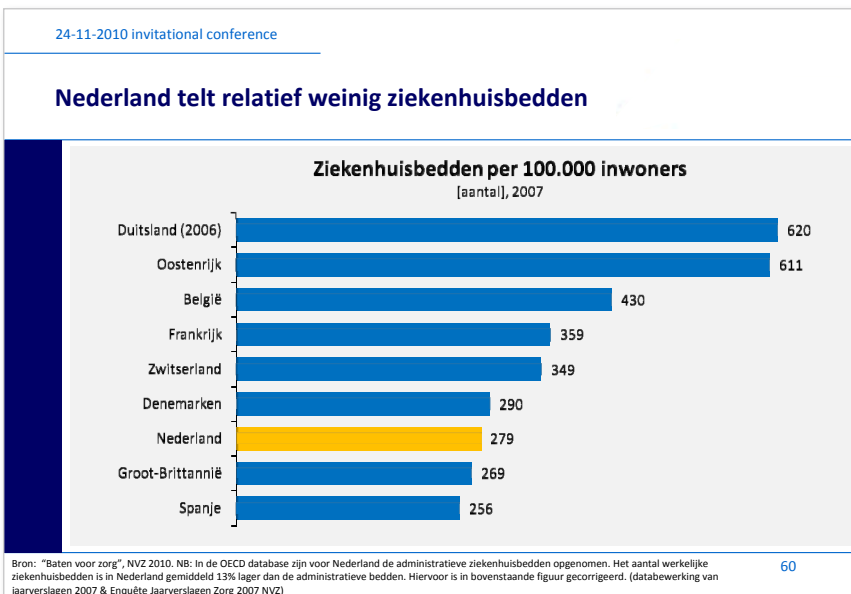
figuur 47

Spreiding en concentratie mag niet leiden tot extra infrastructuur, er is al genoeg

- Let op dat concentratie niet gebeurt in nieuwe gebouwen, dat leidt tot kapitaalvernietiging.
- Ziekenhuizen zoals Lelystad moeten failliet kunnen gaan zodat overcapaciteit wordt afgebouwd.
- Iets nieuws beginnen gaat wel, maar iets stoppen lukt bijna nooit. Je moet dan fysiek het gebouw afbreken.
- Er is een 'vissersvlootregeling' nodig om overcapaciteit af te bouwen.
- Bij verplaatsing van de 2e naar de 1e lijn, moet de capaciteit in het ziekenhuis ook daadwerkelijk worden afgebouwd.

figuur 48

figuur 49



figuur 50

24-11-2010 invitational conference

Spreiding en concentratie heeft impact op grootte en corporate governance van ziekenhuizen

Het leidt alleen maar tot grotere ziekenhuizen en dat is inefficiënt.

Men zegt dat we met 40 ziekenhuizen toe kunnen, maar dat is onzin.

Over 20 jaar zullen er meer ziekenhuislocaties zijn en zullen de ziekenhuizen minder bedden hebben.

Ziekenhuizen moeten minder complexe organisaties worden

Over 10 jaar bestaan alle ziekenhuizen nog, maar doen ze 1/3 minder soorten verrichtingen.

Grotere organisaties hoeven niet per se slecht te zijn. Binnen een organisatie kun je in kleinere units organiseren.

Raden van Toezicht zijn niet voldoende op de hoogte. Lokale werkgelegenheid gaat boven kwaliteit van zorg

Alleen maar non-profit is ouderwetse manier van organiseren

Eerst moet meting van kwaliteit op orde, dan private investeerders toestaan

Bron: Interviews Sirm en NVZ met stakeholders

61

figuur 51

24-11-2010 invitational conference

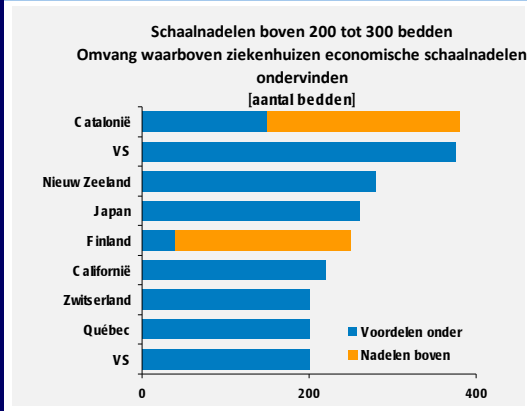
Ziekenhuiszorg denkbaar voor geografische en organisatorische spreiding en concentratie

	Concentratie	<ul style="list-style-type: none"> Concentratie voor ingreep bij één ziekenhuis, uitgevoerd door artsen van meerdere ziekenhuizen Coöperatie van ziekenhuizen die zorg uitwisselen in regio Landelijk centrum voor bepaald type aandoening zoals kinderanker
Geografisch	<ul style="list-style-type: none"> Samenwerking met 1e lijn, AWBZ voor ketenzorg Twee centra en shared care zoals UMC's met kindergeneeskunde Samenwerking SEH en HAP 	<ul style="list-style-type: none"> Fusie van ziekenhuizen in één stad
	Spreiding	<ul style="list-style-type: none"> Lokale ZBC's opgericht door specialisten Franchisemodel Oogziekenhuis Rotterdam St. Maartenskliniek in een ziekenhuis Keten zoals Alant Vrouw, Bergman Kliniek
		Organisatorisch

62



Concentratie hoeft niet te leiden tot de gevreesde schaalvergroting



- Concentratie hoeft niet te leiden tot schaalvergroting
- De evidence gaat niet uit van grotere organisaties
- Sterker nog, voor themaziekenhuizen juist kleinere organisaties

Bron: TU Delft, achtergrondstudie bij RVZ "Schaal en Zorg", 2008

figuur 52

Veel minder complexe bedrijfstak vindt zichzelf te complex

Splitsing Post en Express

Op basis van dit onderzoek zijn we tot de conclusie gekomen dat een volledige splitsing de beste oplossing is voor beide bedrijfsonderdelen. Post en Express zullen als op zichzelf staande bedrijven kunnen opereren in de top van hun respectievelijke sectoren, onder leiding van een sterk management en op basis van een solide kapitaalstructuur om hun strategieën succesvol te implementeren.



Bron: TNT Share, informatie voor aandeelhouders van TNT, augustus 2010

figuur 53

Economen pleiten voor toestaan van verticale integratie van zorgaanbieders en verzekeraars

Commissie verticale integratie

Een wettelijk verbod op verticale integratie [...] is niet noodzakelijk

- Het huidige toezichtkader is toepasbaar
- Keuzevrijheid waarschijnlijk niet beperkt
- Niet doelmatig
- Niet effectief
- Juridisch onhaalbaar

Wetenschap iBMG/Erasmus

Zo'n verbod is onverstandig

- In de VS zijn HMO's koplopers ketenzorg (diabetes, hartfalen, COPD)
- Integratie juist goed voor zowel gezondheid als portemonnee van de burger
- Gevaar beperking keuzevrijheid valt mee, NMA kan het per casus beoordelen

Consumentenbond

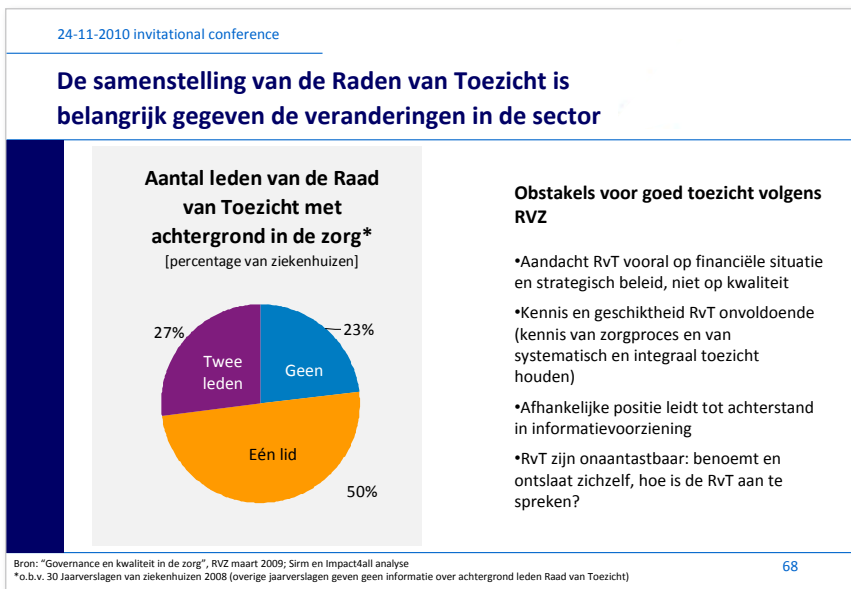
De meerderheid van de consumenten staat hier negatief tegenover:

- Onvoldoende keuzevrijheid
- Onvoldoende transparantie over kwaliteit
- Belangenverstrengeling tussen verzekeraar en zorgaanbieder

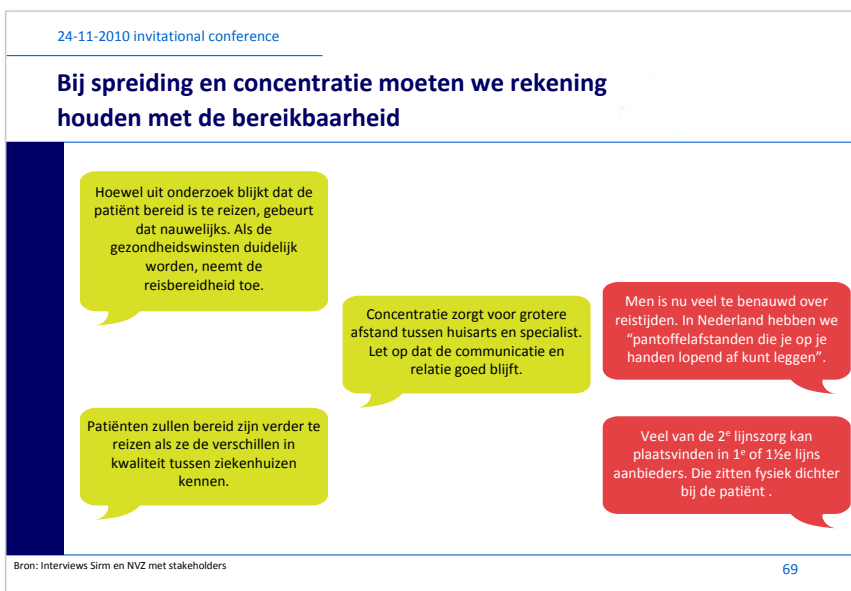
Bron: Baarsma et al., Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, 29 mei 2009
 Marco Varkevisser, Erik Schut, "Fusieverbod zorgverzekeraar en zorgaanbieder is onverstandig", Me Justice, jaargang 3, 8 november 2010
 Consumentenbond, "Verticale integratie vanuit consumenten perspectief", september 2009

figuur 54

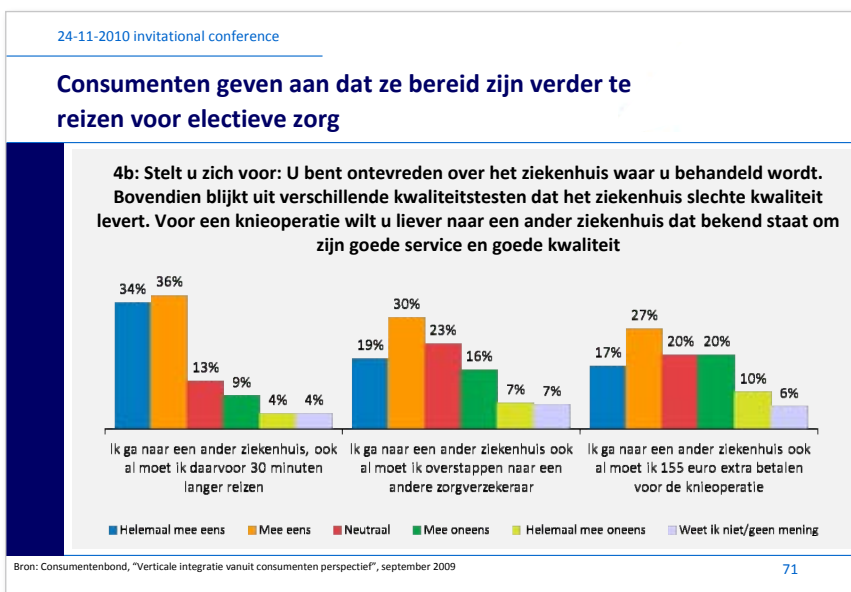
figuur 55



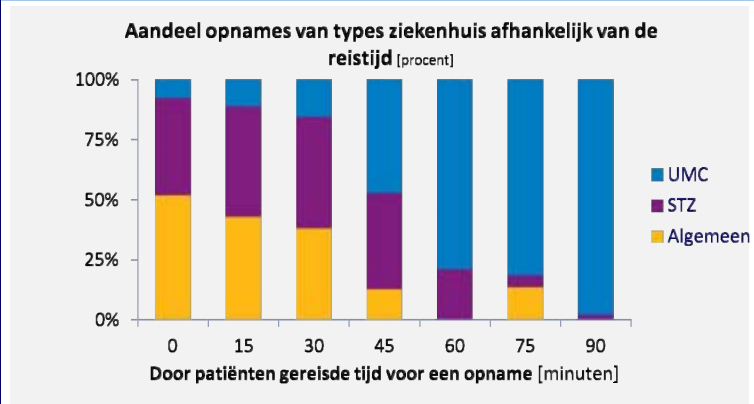
figuur 56



figuur 57



Als mensen ver moeten reizen is dat vooral voor zorg geleverd in UMC's

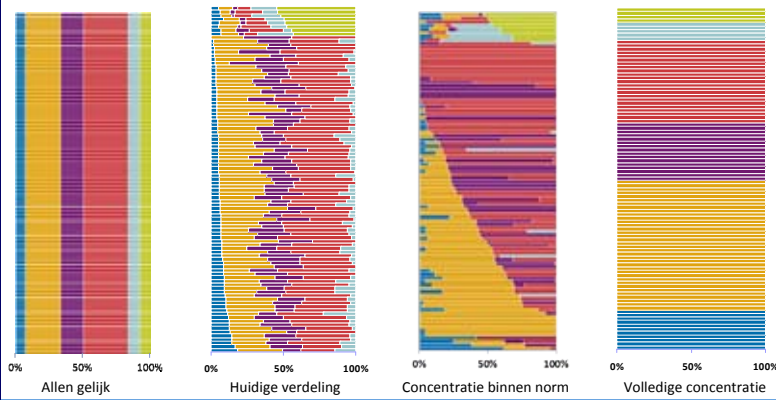


Bron: Sirm analyse o.b.v. Prismant kubussen

72

figuur 58

Concentratie voor zes categorieën zorg gesimuleerd op basis van drie ijkpunten

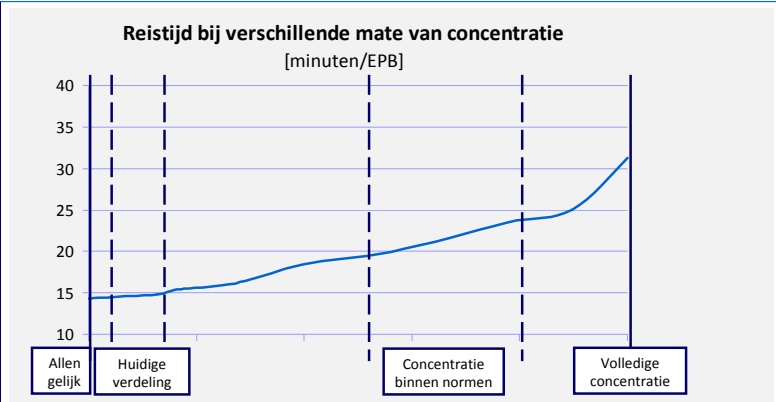


Bron: Sirm analyse obv jaarverslagen, Zichtbare Zorg tranche 1, Basisset IGZ

73

figuur 59

Gemiddelde reistijd neemt maar 5 tot 10 minuten toe terwijl bereikbaarheid binnen normen blijft

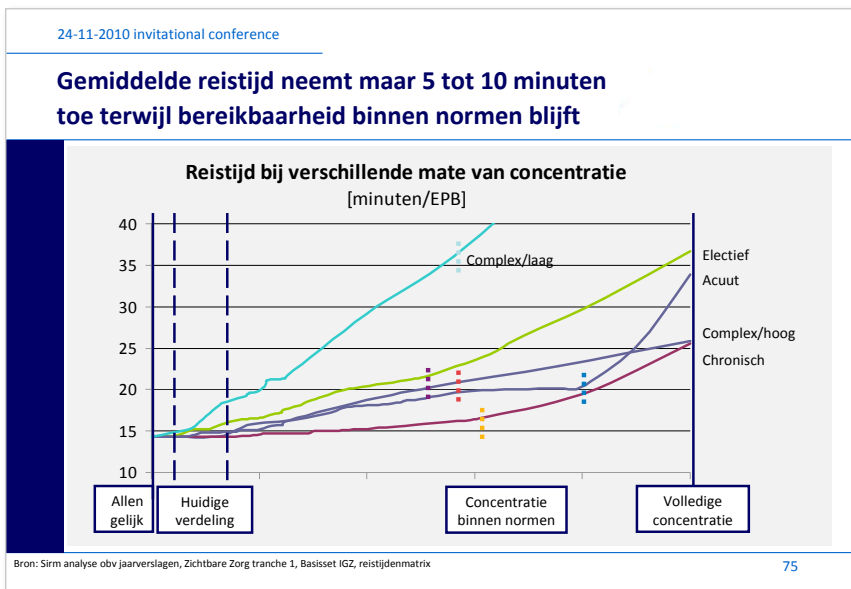


Bron: Sirm analyse obv jaarverslagen, Zichtbare Zorg tranche 1, Basisset IGZ, reistijdenmatrix

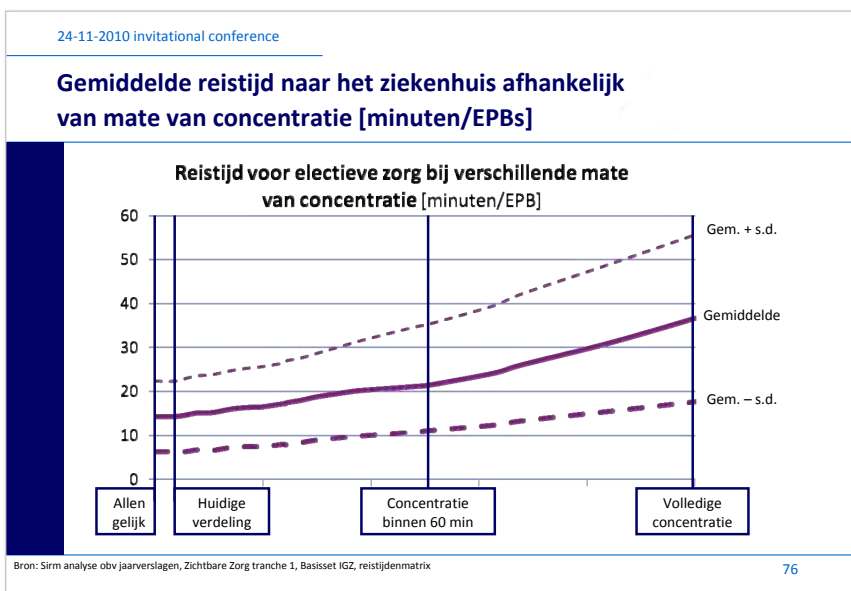
74

figuur 60

figuur 61



figuur 62



3. Randvoorwaarden waarbinnen spreiding en concentratie gerealiseerd kunnen worden

Ook als iedereen eensgezind aan de slag wil met spreiding en concentratie zijn er barrières te slechten.

Leden en stakeholders onderscheiden vier randvoorwaarden om kwaliteit van zorg daadwerkelijk op een hoger plan te brengen.

1. Een markt die prikkels geeft voor onderscheid op prijs en kwaliteit.
2. Toezichthouders die innovatie stimuleren.
3. De neuzen van specialisten en ziekenhuizen dezelfde kant op.
4. Verzekeraars die hun inkooprol goed oppakken.

3.1 'Markt' met vaste productdefinities, prijzen et cetera

De praktijk van alledag vertoont belemmeringen vanwege de financieringsstructuur van de zorg. Daardoor is uitruil lastig. Zowel in de ziekenhuisbesteding als tussen de compartimenten. Geïnterviewden zetten dit op de eerste plaats in de top 3 van barrières voor spreiding en concentratie (figuur 63).

Niets nieuws onder de zon

Ook de mate van inmenging van de overheid in de zorgsector ervaren velen als belemmerend. Die inmenging is van alle tijden. In de eerste in steen gebeitelde wetten, de Codex Hammurabi van rond 1780 voor Christus, werd de medische zorg al gereguleerd.

Er waren wetten voor de productdefinitie, de prijs en de kwaliteit. De beloning hing af van de status van de patiënt; slaaf, plebejer of patriciër. De maatregelen bij slechte prestaties van de arts waren vrij drastisch en afhankelijk van de status van de patiënt. (figuur 64).

Een markt die geen markt is, maakt uitruil van zorgfuncties moeilijk

De prijzen van de zorgproducten zijn niet goed gekoppeld aan de onderliggende kosten. De geïnterviewden zijn vrijwel allen van mening dat dit een ernstige belemmering is voor het tot stand komen van uitruil van zorgfuncties.

Omdat er sprake is van kruissubsidies moet een ziekenhuis wel een breed pakket van zorg leveren. Bovendien weten ziekenhuizen volgens de geïnterviewden vaak zelf niet wat de kosten zijn voor een DBC.

Door de bekostigingssystematiek moeten UMC's wel basiszorg blijven doen om de overige zorg te kunnen bekostigen, zo wordt gesteld (figuur 65). Deze toestand is grotendeels het gevolg van regelgeving.

Versnel productdefinities

De producten worden, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), gedefinieerd door de NZa na advies van DBC-Onderhoud. Dit systeem leidt tot lange doorlooptijd voor innovaties in een zorgprofiel, of voor nieuwe DBC's.

Koppel prijzen aan kosten

De vastgestelde prijzen zijn vaak niet goed gekoppeld aan de onderliggende kosten. Hierdoor komt uitwisseling van (onderdelen van) specialismen tussen zorgaanbieders moeilijk tot stand omdat de impact op de financiën niet duidelijk is. Zo hebben UMC's en STZ ziekenhuizen basiszorg nodig vanwege de bijdrage ervan aan de omzet.

Bovendien blijkt de toerekening van kosten per DBC binnen de ziekenhuizen vaak niet op orde te zijn. Zo waren er tot voor kort (en waarschijnlijk nu nog) ziekenhuizen waarbij implantaten en hulpmiddelen voor orthopedische en gynaecologische operaties op het budget van de operatiekamer drukken.

Schrap perverse prikkels

Het B-segment is maar 34% van het A- en B-segment samen. Bovendien worden ziekenhuizen verschillend afgerekend in het A- en B-segment. Dit leidt tot perverse prikkels voor uitruil tussen het A- en B-segment.

Grote spanning tussen marktwerking en budgettair kader zorg

Ook het B-segment valt onder het budgettair kader zorg (BKZ). Dat bleek recentelijk weer uit de kortingen van VWS naar aanleiding van de macro-overschrijdingen in 2009. Het ministerie van VWS kort ziekenhuizen als er meer zorg is geleverd en gecontracteerd met zorgverzekeraars dan door het ministerie gebudgetteerd. Dit kan er toe leiden dat ziekenhuizen die marktaandeel winnen vanwege goede kwaliteit, dienstverlening en/of prijsstelling achteraf worden gestraft.

En geef ons een consistent opererende overheid

De regulering van de ziekenhuiszorg leidt dus niet altijd tot prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid. Bovendien is onduidelijk hoe het beleid van VWS de komende jaren is.

3.2 Beleid van NMa en NZa ontmoedigt innovatie

Veel geïnterviewden hebben kritiek op de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Dat geldt voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in iets mindere mate. (figuur 66). De rol van beiden is overigens niet zo sterk als vaak gepercipieerd.

De NMa wordt ervaren als een bureaucratische, rigide organisatie die geen verstand heeft van de zorg. Er zijn overigens ook geïnterviewden die stellen dat zorgaanbieders de NMa te makkelijk als reden gebruiken om niet in actie te komen.

Apotheker

De NZa heeft overigens maar eenmaal voorwaarden aan een partij opgelegd in verband met aanmerkelijke marktmacht. Dat ging om een apotheker die geen contract met een zorgverzekeraar wilde sluiten (figuur 67).

De NMa heeft in de afgelopen twaalf jaar slechts zeven keer ingegrepen in de zorgsector vanwege overtreding van het kartelverbod. Hier waren geen ziekenhuizen bij betrokken (figuur 68).

Ook de meeste concentraties zijn toegestaan zoals in Hilversum en Gooi-Noord en Alkmaar en Den Helder. Alleen bij de fusie die leidde tot het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, stelde de NMa eisen. In de toestemming

voor die fusie speelde de verwachte impact op de kwaliteit van zorg een belangrijke rol. En in november 2010 heeft de NMa voorwaarden vastgelegd voor de informatie-uitwisseling tussen ziekenhuizen in Amsterdam.

Waarom NZa of NMa?

Enerzijds is de ziekenhuiszorg een buitengewone bedrijfstak, dus is het logisch dat de NZa er op toe ziet. Anderzijds is een groot deel van de ziekenhuiszorg gewoon een bedrijfsmatige activiteit, dus is het logisch dat de NMa er op toe ziet.

NVZ bepleit toenadering NMa, NZa en ziekenhuizen

De NMa en de NZa hebben verschillende rollen. Deze zijn beschreven in Appendix 2. De NVZ roept zowel ziekenhuizen als toezichthouders NMa en NZa op tot meer begrip en toenadering.

Ziekenhuizen, wees niet te bang voor de NMa

Net als in andere bedrijfstakken moeten ziekenhuizen zich door mededingingsjuristen en –economen laten voorlichten over de juridische consequenties van hun plannen voor spreiding en concentratie.

De NMa stelt in haar richtsnoeren voor de zorgsector: “De NMa staat in beginsel positief tegenover samenwerking, als ondernemingen daardoor in staat zijn efficiënter te werken, meer te innoveren en betere kwaliteit te leveren”.

NMa en NZa, stel de kwaliteit van zorg centraal in plaats van de regels

In de praktijk lijkt de verhouding tussen doel (verbetering van de prijs/kwaliteitverhouding) en middel (concurrentie) wel eens zoek. De NMa legt zware boetes op bij een overtreding. Dat was overigens niet het geval in de ziekenhuiszorg, maar in de thuiszorg. Bij een markt die nog niet lang bestaat en waar de spelers de spelregels nog niet goed kennen, zouden de eerste boetes juist mild moeten zijn. Daarna weten de spelers wat wel en niet mag. De NMa kan dan aangeven dat toekomstige boetes hoger zullen zijn.



3.3 De rol van verzekeraars komt nog onvoldoende uit de verf

“Verzekeraars moeten hun regierol nemen, dat doen ze te weinig en er is daar geen visie”. Veel geïnterviewden laten zich kritisch uit over de rol opvatting van verzekeraars. (figuur 69).

Overigens was dit het beeld vóór de ophef in de herfst van 2010 over het contracteerbeleid voor borstkankerzorg door CZ. De meesten die daarna geïnterviewd werden, zijn positief over het door CZ ingezette beleid, maar negatief over de wijze waarop daarover is gecommuniceerd.

Ook het ontbreken van risico voor verzekeraars waardoor zij hun rol van zorgregisseur nog niet voldoende op zich nemen, werd vaak genoemd als belangrijke barrière voor spreiding en concentratie (figuur 70).

3.3.1 Inkooprol van verzekeraars

Uit onderzoek naar de inkooprol van verzekeraars in 2007 kwam naar voren dat ziekenhuizen niet onder de indruk zijn van de kennis en kunde van verzekeraars. De onderhandelaars bij ziekenhuizen hadden meestal een veel meer seniore rol dan die van verzekeraars⁴.

Gezien het belang van inkoop voor een zorgverzekeraar, zijn er verrassend weinig inkopers werkzaam. Deskundigen legden in 2007 het enorme inkoopvolume (€ 15 miljard) aan zorg naast het aantal inkopers. (figuur 71). Dit beeld lijkt nog niet sterk veranderd.

3.3.2 Risicoverevening

Verzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren. Die acceptatieplicht is mogelijk met het risicovereveningssysteem dat bestaat uit vier delen: ex-ante verevening, hoge kosten verevening, ex-post nacalculatie en macro-nacalculatie. Wat betekent dit?

- De ex-ante verevening houdt in dat verzekeraars een normatieve vergoeding krijgen gegeven de samenstelling van hun populatie polishouders naar leeftijd, geslacht en gezondheid.
- De hoge kosten verevening compenseert verzekeraars als de zorgkosten voor een verzekerde hoger zijn dan een bepaalde waarde.
- De ex-post nacalculatie compenseert verzekeraars voor een deel (nu ongeveer 70%) van het verschil tussen de gerealiseerde zorgkosten en de ex-ante normatieve vergoeding. Dat gebeurt omdat de normatieve vergoedingen door technische redenen nog onvoldoende compenseren voor portefeuilleverschillen tussen verzekeraars.
- De macro-nacalculatie brengt de normatieve vergoedingen (deels) in lijn met de totale stijging van de zorgkosten, voorzover de overheid daar bij het vaststellen van het macrobudget geen rekening mee heeft gehouden. Als ziekenhuizen meer hebben geproduceerd dan gebudgetteerd, krijgen verzekeraars dat achteraf via een proportionele opslag op hun normatieve vergoedingen gecompenseerd.

Het risicovereveningssysteem mondt uit in een gemiddeld risico van 61% voor verzekeraars in de ziekenhuiszorg. Binnen de ziekenhuiszorg is er geen risico op de vaste kosten en bijna volledig risico op zorg in het B-segment (figuur 72). Het verschil in risicoregimes hangt onder meer samen met de mate van beïnvloedbaarheid door verzekeraars.

Systeemveranderingen met grote impact op ziekenhuizen

Het ministerie van VWS werkt aan veranderingen in het ex-ante risicovereveningssysteem. De minister wil deze veranderingen per 2012 doorvoeren. De ex-post compensaties zullen dan worden afgebouwd. Die veranderingen kunnen grote impact hebben op ziekenhuizen. SiRM signaleert drie valkuilen.

⁴ Gupta Strategists voor RVZ, “Onderhandelen met zorg - Achtergrondonderzoek naar het contracteren van zorg door verzekeraars en zorgaanbieders”, 2008

Werkt het model wel goed? (figuur 73)

Er wordt nu gewerkt aan verbetering van de ex-ante risicoverevening. Dat is nodig voordat de ex-post risicoverevening kan worden afgeschaft. Verbetering van de ex-ante verevening kan bijvoorbeeld gerealiseerd worden door in de risicoverevening de zorguitgaven van verzekerden met meerjarige hoge schade te gebruiken. Dat verklaart een groot deel van de schadelast van een verzekeraar die betrekking heeft op relatief ongezonde verzekerden. Echter, verzekeraars moeten er op kunnen vertrouwen dat het ex-ante model goed werkt, ook in geval er zich in de externe omgeving wijzigingen voordoen in bijvoorbeeld de kostendefinities. Daarvoor is ervaring en goede informatie nodig. Het is niet duidelijk of aan die voorwaarden zal zijn voldaan, bijvoorbeeld vanwege de invoering van DOT. Ook verdere uitbreiding van het B-segment draagt bij aan sterkere prikkels voor verzekeraars om hun inkooprol waar te maken.

Houden verzekeraars oog voor kwaliteit?

Als bovendien de macronaïcalculatie wordt afgeschaft, lopen verzekeraars het risico als ziekenhuizen meer zorg leveren dan VWS had gebudgetteerd. Dat is gepland per 2012. Verzekeraars zullen daar waarschijnlijk op reageren door veel scherper dan nu volume- en prijsafspraken met ziekenhuizen te maken. Er is een kans dat verzekeraars wel moeten focussen op prijs en volume op de korte termijn om te overleven. Dat kan ten koste gaan van de aandacht voor kwaliteit.



Blijft de acceptatieplicht intact?

Er zal altijd een vorm van nacalculatie moeten blijven. Voor een effectieve acceptatieplicht is het cruciaal dat de verhoudingen van de normbedragen voor verschillende risicogroepen juist zijn.

Als er budgetoverschrijdingen veroorzaakt worden door voorspelbare groepen verzekerden, ontstaat er een prikkel om die geen of minder polissen te verstrekken. Door nacalculatie kan de verhouding van de normbedragen alsnog worden gecorrigeerd.

3.3.3 Prikkel voor verzekeraars

In het nieuwe zorgstelsel is een centrale rol voor verzekeraars en burgers weggelegd. Iemand koopt de polis die het beste bij hem of haar past. Wat is nu het effect van een verbetering van de zorg op de polis?

Stel: een verzekeraar en ziekenhuis, en de daar werkzame specialisten, ontwikkelen samen een initiatief voor betere en efficiëntere zorg waarmee het ziekenhuis in het A-segment voor € 10 miljoen efficiënter kan werken (figuur 74).

Dan gebeurt er dit:

- Ziekenhuis en verzekeraar delen het voordeel van het initiatief, in dit voorbeeld 50/50. Er wordt dus € 5 miljoen aan inkoopkosten voor verzekeraars bespaard.
- Omdat het hier gaat om het A-segment, liften andere verzekeraars mee. In dit voorbeeld is de helft van de patiënten verzekerd bij verzekeraar X. Verzekeraar X bespaart dus € 2,5 miljoen op de inkoopkosten.
- Stel de overige patiënten zijn verzekerd bij verzekeraar Y en Z, met beiden een aandeel van een kwart. Zij besparen beide dus € 1,25 miljoen op hun inkoopkosten voor het A-segment. Het comparatieve voordeel voor verzekeraar X ten opzichte van Y en Z is dus € 1,25 miljoen.
- We gaan er van uit dat de besparing impact heeft op de variabele kosten. Vanwege de risicoverevening loopt de verzekeraar iets meer dan 60% risico over de variabele ziekenhuiskosten. Dus blijft $60\% \times € 1,25 \text{ miljoen} = € 0,75 \text{ miljoen}$ aan relatief inkoopvoordeel voor verzekeraar X over.

- Aangezien bijna alle verzekeraars onderlinge waarborgmaatschappijen zijn, gaan we er van uit dat dit voordeel in zijn geheel wordt doorgegeven aan de verzekerden. De poliskosten worden voor bijna de helft betaald via inkomensafhankelijke premies en wordt niet beïnvloed door de efficiëntie van de verzekeraar waar de verzekerde zijn polis heeft. Het uiteindelijke nominale premieverschil van verzekeraar X ten opzichte van Y en Z is dan € 0,75 miljoen. (Als verzekeraar X een groot landelijk marktaandeel heeft, leidt het initiatief ook tot een lagere premie).

Kortom, als het een ziekenhuis en verzekeraar X lukt om in het A-segment voor € 10 miljoen efficiënter te werken, kan de verzekeraar X in dit voorbeeld € 750.000 minder premie vragen dan de verzekeraars Y en Z.

Zelfde besparing, ander segment

Als een vergelijkbare besparing in het B-segment wordt gerealiseerd, is het comparatief voordeel voor de verzekeraar groter. Het B-segment is ongeveer 30% van de omzet van het A- en B-segment samen. We gaan hier uit van een besparing van $30\% \times € 10 \text{ miljoen} = € 3 \text{ miljoen}$ (figuur 75):

- Ziekenhuis en verzekeraar delen het voordeel van het initiatief in dit voorbeeld 50/50. Er wordt dus € 1,5 miljoen aan inkoopkosten voor verzekeraars bespaard.
- Omdat het hier gaat om het B-segment, kunnen ziekenhuis en verzekeraar afspraken maken over de prijs. In dit voorbeeld werken ze samen aan een efficiencyverbetering. Het ziekenhuis kan met de verzekeraar afspreken dat het de samenwerking zal honoreren door de verzekeraar een korting te geven die andere verzekeraars niet krijgen. Verzekeraar X heeft dan een comparatief voordeel van € 1,5 miljoen.
- Het risico dat de verzekeraar loopt op inkoop in het B-segment is bijna 100%. Dus heeft verzekeraar X voor € 1,5 miljoen lagere inkoopkosten dan verzekeraar Y en Z.
- De verzekeraar kan haar polissen aanbieden voor € 1,5 miljoen minder nominale premie dan verzekeraar Y en Z.

Kortom, als het een ziekenhuis en verzekeraar X lukt om in het B-segment voor € 3 miljoen efficiënter te werken, kan de verzekeraar X in dit voorbeeld € 1,5 miljoen minder premie vragen dan de verzekeraars Y en Z. Omdat de inkoopkosten meer dan 95% van de kosten van een verzekeraar zijn, kan een besparing op inkoop een forse impact op de winstgevendheid hebben. In het B-segment is het resultaat van een vergelijkbare inspanning groter dan in het A-segment.



Prikkels versterken

De prikkels kunnen bij meerdere stappen versterkt worden:

- Het delen van de opbrengst tussen ziekenhuis en verzekeraar is mede afhankelijk van de marktmachtverhoudingen.
- Bij een groter aandeel van het B-segment, zijn er sterkere prikkels voor verzekeraars en ziekenhuizen om samen te werken (figuur 76).
- Door betere ex-ante risicoverevening en afschaffen van ex-post risicoverevening, kan het risico van de verzekeraar veel hoger worden dan 60%. VWS heeft gepland om de risicoverevening aan te passen.
- Door een kleiner deel van de zorgpremie collectief te betalen, voelen polishouders een groter deel van besparingen rechtstreeks in de portemonnaie. Of andersom door juist een groter deel via de premies te betalen (zoals in Duitsland) kan de relatieve impact van besparingen op de nominale premie worden verhoogd⁵.

3.4 De belangentegenstelling tussen specialist en ziekenhuizen maakt spreiding en concentratie lastig

De belangentegenstelling tussen specialisten en ziekenhuizen maakt actie moeilijk volgens veel geïnterviewden (figuur 77). Spreiding en concentratie is niet altijd in het belang van de specialisten, bijvoorbeeld vanwege verplaatsing, prestige en financiële belangen.

Volgens enkele geïnterviewden moet de macht van de raad van bestuur ten opzichte van de specialisten worden uitgebreid.

Het is zaak dat bestuurders en medisch specialisten het gezamenlijk belang scherper krijgen.



⁵ Schut, van de Ven, "Structuur van de Duitse zorgpremies efficiënter dan Nederlandse", ESB 95 (4596) oktober 2010.



Onderwerpen genoemd als Top 3 tijdens interviews over spreiding en concentratie



Er zijn belemmeringen vanwege de financieringsstructuur waardoor uitruil lastig is - zowel in de ziekenhuisbesteding als tussen de compartimenten.

figuur 63

Inmenging van de overheid is van alle tijden – Codex Hammurabi (ca. 1780 v. Chr.)



- 215. Als een chirurg een patriciër met een serieuze verwonding heeft geopereerd met een bronzen lancet en de patriciër geneest of als hij met een bronzen lancet , een cataract bij een patriciër heeft verwijderd en het oog heeft genezen, neemt hij tien zilveren shekels
- 216. Als het een plebejer betreft, neemt hij vijf zilveren shekels
- 217. Als het een slaaf betreft, geeft de eigenaar van de slaaf twee zilveren shekels aan de chirurg
- 218. Als een chirurg een patriciër met een serieuze verwonding heeft geopereerd met een bronzen lancet en de dood van de patriciër heeft veroorzaakt, of als hij met een bronzen lancet een cataract bij een patriciër heeft verwijderd en het oog daardoor verloren is gegaan, worden zijn handen afgehakt
- 219. Als een chirurg de slaaf van een plebejer met een serieuze verwonding heeft geopereerd met een bronzen lancet en zijn dood heeft veroorzaakt, vervangt hij de slaaf

figuur 64

Regulering kan beter - prijs DBC's vaak onvoldoende gerelateerd aan kosten.....voor zover bekend

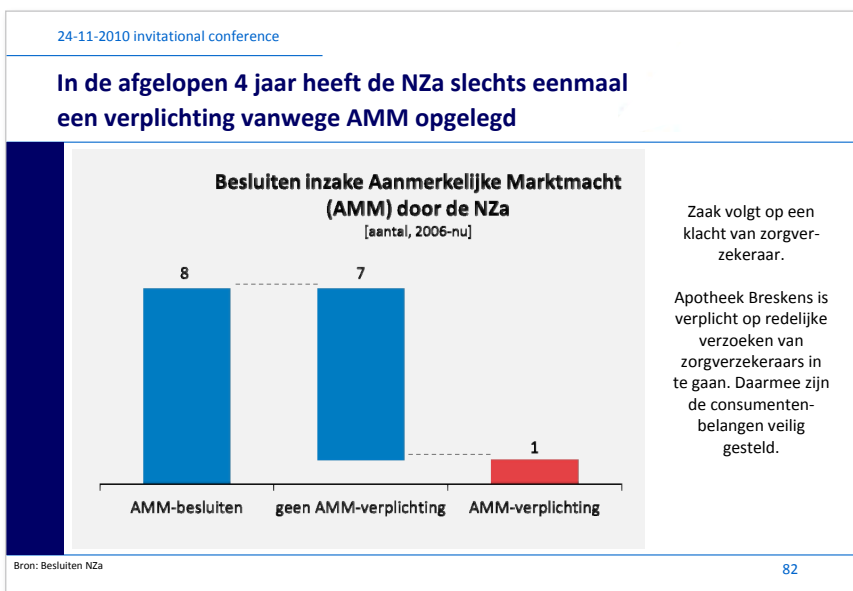
- De relatie tussen prijs en prestatie moet worden verbeterd.
- Prijsstelling mag geen belemmering zijn voor specialisme overstijgende uitruil.
- Er is kruissubsidiëring. Dat zorgt voor problemen bij specialisatie.
- UMC's hebben de verdiensten uit basiszorg nodig en dat belemmert S&C.
- De kostprijsberekening is bij vrijwel geen enkel ziekenhuis op orde. Dit probleem is groter in het A- dan het B-segment.
- De productstructuur sluit nu niet aan op de aanspraken voor verzekeren.
- In tegenstelling tot het bedrijfsleven is de kostprijs vaak niet bekend. De bedrijfseconomische effecten van uitruil dus ook niet.

figuur 65

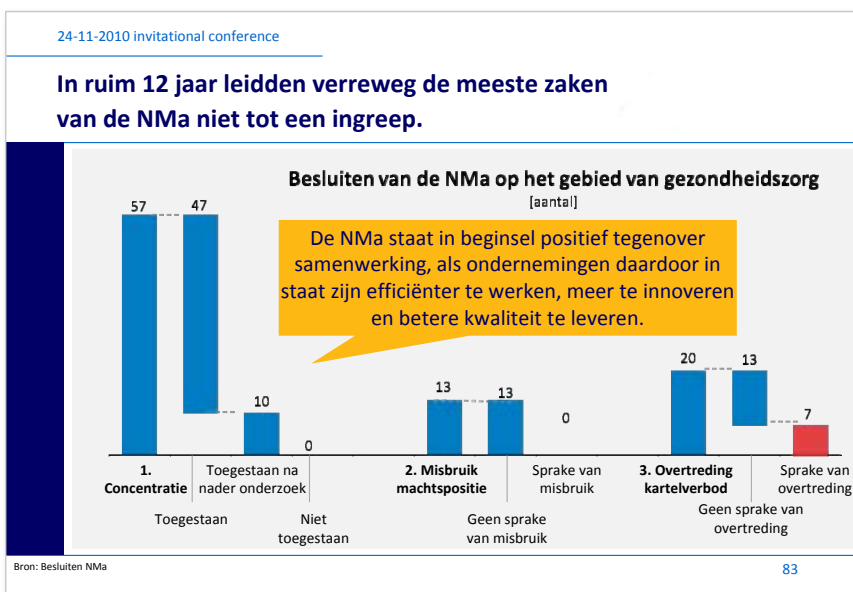
figuur 66



figuur 67



figuur 68



24-11-2010 invitational conference

Geïnterviewden stellen dat verzekeraars hun rol onvoldoende opnemen

Verzekeraars moeten hun regierol opnemen. Dat doen ze te weinig en er is daar geen visie.

Er is geen eenduidig beleid, iedere verzekeraar baant zijn eigen weg.

Verzekeraars hebben een sleutelrol in het stelsel. Maar ze laten niets zien.

Soms is coördinatie tussen verzekeraars nodig, bijvoorbeeld bij SEH.

Zorgverzekeraars pretenderen zich hierop te richten, maar de aandacht gaat uit naar commercie.

Verzekeraars kunnen pas na een jaar hun uitgaven doorrekenen en zijn daardoor niet in staat adequaat op de markt in te spelen.

Ze hebben een heel lastige rol, enerzijds selectief inkopen, anderzijds imago bewaken.

Er wordt al selectief ingekocht, maar verzekeraars hanteren geen 'botte bijl'.

Selectieve inkoop is lastig te realiseren, maar het is wel de 'license to operate' van verzekeraars.

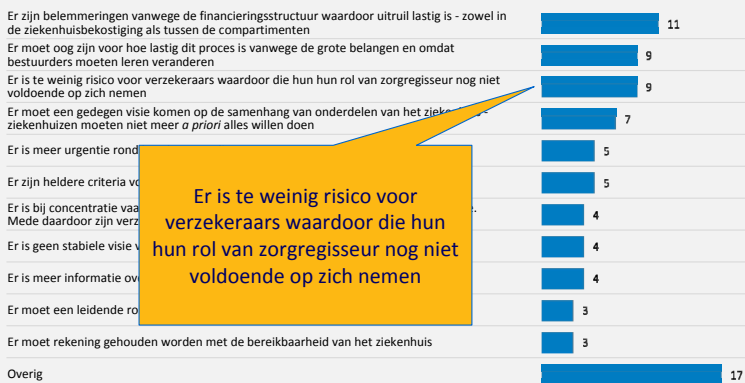
Bron: Interviews Sirm en NVZ met stakeholders

85

figuur 69

24-11-2010 invitational conference

Onderwerpen genoemd als Top 3 tijdens interviews over spreiding en concentratie



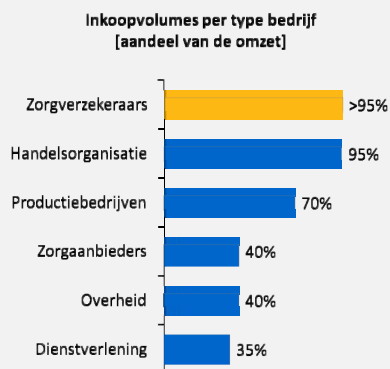
Bron: Interviews Sirm en NVZ met stakeholders

86

figuur 70

24-11-2010 invitational conference

Gezien het belang van inkoop voor een zorgverzekeraar, zijn er verrassend weinig inkopers



Aantal inkopers zorg en ziekenhuiszorg

- Schatting € 8-20 mln/inkoper op basis van:
 - Aantal leveranciers
 - Complexiteit in te kopen product
 - Dynamiek op de markt
 - Belang van inkoop voor organisatie
 - Professionalisering en diepgang
- Voor ZVW en AWBZ: 2.500 – 6.250 FTE
- Totaal werken er ≈ 9 à 10.000 FTE
- Disbalans inzet bij zorgverzekeraars

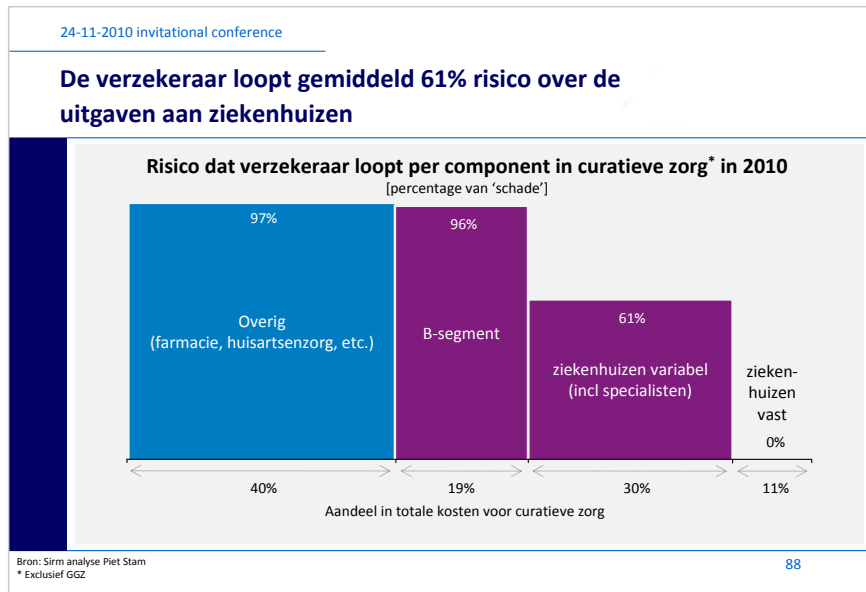
Ziekenhuiszorg: paramedisch	
Budget:	15 : 1
Aantal inkopers:	4 : 1

Bron: "Zorginkoop heeft de toekomst", Significant 2007 (achtergrondstudie voor de RVZ) – bovengrens van daar genoemde 90-95% voor zorgverzekeraars genomen, volgens verzekeraars hoger dan 95% (interview)

87

figuur 71

figuur 72



figuur 73

24-11-2010 invitational conference

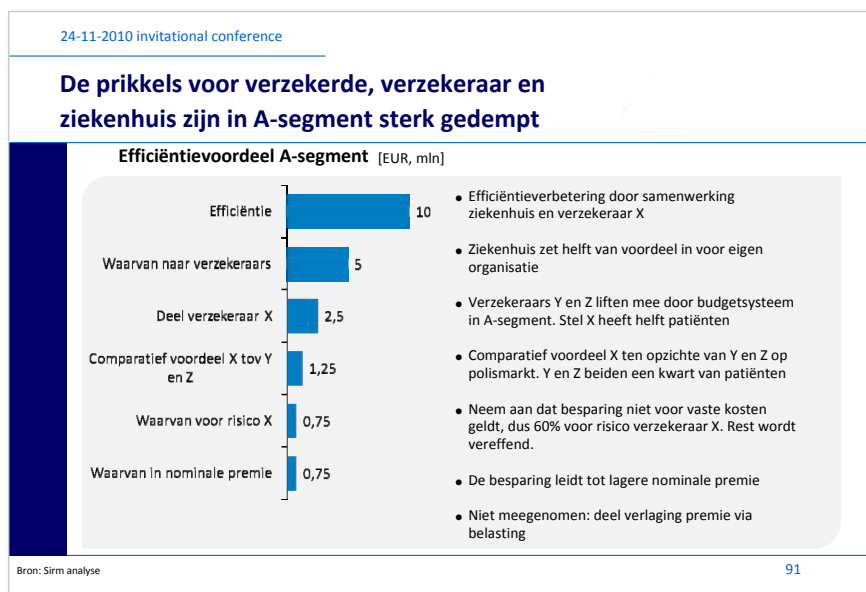
VWS wil risicoverevening veranderen; valkuilen zijn ook relevant voor ziekenhuizen

Onderdeel risicoverevening	Plannen VWS	Valkuilen – ook relevant voor ziekenhuizen
Ex-ante • Normbedrag per verzekerde obv persoons- en gezondheidskenmerken	• Verbeteren ex-ante model obv schade voorgaande jaren	• Veranderingen in bekostiging zorg (FB, A/B-segment, DOT) dus geen goede informatie
Hoge Kosten Verevening • Vergoeding als zorgkosten voor verzekerde > €12.500	• Ex-post hoge kostenverevening komt te vervallen	• Ex-ante model moet eerst bewezen beter zijn, gelijktijdig afschaffen mogelijk instabiel
Macronacalculatie • Ophoging normbedragen als macro budget ziekenhuizen is overschreden	• Macro-nacalculatie komt te vervallen	• Impact op verhouding ex-ante normbedragen (nu ook) • Risico op korte termijn focus op prijs/volume ipv op lange termijn kwaliteit
Ex-post nacalculatie • 70% van extra schade vergoed aan verzekeraar	• Ex-post nacalculatie komt te vervallen	• Ex-ante model moet eerst bewezen beter zijn, gelijktijdig afschaffen mogelijk instabiel

Bron: Sirm, NVZ interviews, Sirm analyse

89

figuur 74



24-11-2010 invitational conference

De prikkels voor verzekerde, verzekeraar en ziekenhuis zijn gedempt, ook in het B-segment

Efficiëntievoordeel B-segment [EUR, mln]



Bron: Sirm analyse

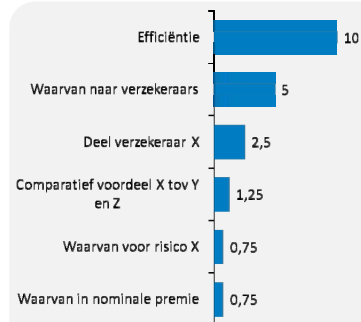
92

figuur 75

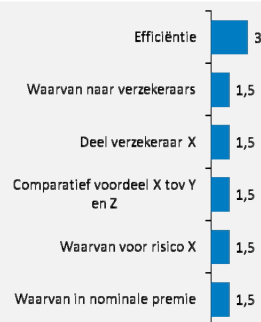
24-11-2010 invitational conference

De prikkels voor verzekerde, verzekeraar en ziekenhuis in A-segment zwakker dan in B-segment

Efficiëntievoordeel A-segment [EUR, mln]



Efficiëntievoordeel B-segment [EUR, mln]



Bron: Sirm analyse

93

figuur 76

24-11-2010 invitational conference

Belangentegenstelling tussen ziekenhuizen en specialisten maakt actie moeilijk

Het organiseren van concentratie is heel lastig o.a. vanwege verplaatsing van specialisten en ander personeel.

De macht van de RvB t.o.v. specialisten moet worden uitgebreid.

Prestige is belangrijk – wetenschappelijke verenigingen zeggen wel dat niet iedereen alles kan, het is niet prettig als dat op jou slaat.

Bestuurders zijn vaak niet in staat specialisten te overtuigen.

Het gaat ook om financiële belangen van specialisten.

Specialisten zijn bang om variatie in 'hun behandelingen' te missen.

Bron: Interviews Sirm en NVZ met stakeholders

94

figuur 77

Appendix 1 Overzicht onderzoeksresultaten

Het overzicht van het Competition and Cooperation panel van de NHS is het meest recent. Gedetailleerde bestudering van de tabellen van het CC-panel van de NHS levert sterke aanwijzingen voor een relatie tussen volume en kwaliteit (figuur 78). Overigens zijn de conclusies die het CC-panel zelf trekt zeer genuanceerd. Dat zien we bij veel van dergelijke overzichten. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is het bewijs nog niet keihard. Ook mensen die er met een juridische blik naar kijken, stellen dat er geen wetmatigheid is. Kijken we met een meer beleidsmatige en bedrijfskundige bril naar de literatuur, dan valt op dat er nauwelijks studies zijn gepubliceerd met een negatief verband tussen volume en kwaliteit. Bovendien is het een logisch verband dat je ook zou verwachten.

Daarnaast hebben ook eerdere reviews en overzichten al geconcludeerd dat er een relatie is tussen volume en kwaliteit van zorg (figuur 79). In deze Appendix worden de belangrijkste resultaten van enkele van deze studies beschreven. Overigens worden soms dezelfde studies door meerdere auteurs in reviews gebruikt.

Halm et al. maakten in 2002 een overzicht van 135 publicaties voor 21 aandoeningen tussen 1980 en 2000. Zij vonden dat meer dan 70% van de studies een positieve correlatie tussen volume en sterfte vond, zowel op het niveau van de specialist als van het ziekenhuis (figuur 80).

Gandjour et al. bekeken studies tussen 1990 en 2000. Uit hun review volgt dat er maar één studie een significant slechtere kwaliteit liet zien bij hoger volume. 51 van de 76 studies lieten wel een significant betere kwaliteit bij hoger volume zien (figuur 81). De auteurs keken ook naar de methodologisch beste studies per diagnose. Ook dan wordt de koppeling tussen hoger volume en hogere kwaliteit gevonden.

De NHS Scotland heeft in 2005 een overzicht van reviews gemaakt (waaronder de bovenstaande twee reviews). Zij hebben daarvoor 500 abstracts gescand. De NHS concludeert dat de methodologische kwaliteit van de studies en reviews de afgelopen jaren sterk is

verbeterd. Zij concluderen: *“There is now a core of studies of adequate methodological quality to establish striking volume/outcome associations in certain complex high risk surgical procedures and more modest but clinically relevant effects in a wide range of common procedures”*. Ze stellen dat het effect afneemt naarmate er al een hoger volume is. Daarnaast hebben ze de impact op concentratie (‘regionalisation’) onderzocht. Dat geeft een wisselend beeld maar wel met veel voorbeelden van succesvolle concentratie voor bijvoorbeeld trauma’s, neonatale zorg, SEH-chirurgie en hartchirurgie (figuur 82).

De werkgroep kwaliteit van kankerzorg heeft 122 publicaties geëvalueerd (uit een scan van 545 publicaties). Zij vonden een positief verband tussen volume en kwaliteit bij blaas-, slokdarm-, alvleesklier- en eierstokkanker. Er is geen verband gevonden voor dikke darm- en endeldarmkanker. Voor borstkanker werd geconcludeerd dat behandelaars met laag volume ‘slow adopters’ van nieuwe behandelingen zijn. De top 3 actiepunten gaan over concentratie van oncologische zorg, ook voor vaker voorkomende tumorsoorten. Maar ‘keuze voor hoog volume is [...] niet per definitie een garantie voor een hoge kwaliteit van zorg’ (figuur 83). De werkgroep heeft ook specifiek voor de Nederlandse oncologische zorg het verband tussen volume en kwaliteit aangetoond.

Gaynor, econoom en adviseur van de Amerikaanse overheid, bouwt in onderzoek naar de impact van concurrentie op de kwaliteit van zorg voort op het verband tussen volume en kwaliteit.

In 2002 vond Birkmeyer voor 14 ingrepen een koppeling tussen hoger volume en lager gestandaardiseerde sterfte. Overigens zijn de volumes voor sommige ingrepen erg laag, ook omdat de afstanden tussen ziekenhuizen op het platteland van de VS erg groot kunnen zijn.

Ook vooraanstaande instituten op het gebied van zorg concludeerden al een verband tussen volume en kwaliteit. Het Amerikaans Institute of Medicine deed dat bijvoorbeeld al in 2000. In 2009 is in opdracht van de Franse Haute

Autorité de Santé een overzicht gemaakt van de literatuur. Ook zij concluderen – deels op basis van dezelfde reviews – dat: *“This literature review shows that, for certain procedures, there is a real possibility of improving outcome when the volume of activity of both hospitals and surgeons increases. This relationship is particularly well demonstrated in the case of cardiovascular procedures and major surgery”*. Ook eigen onderzoek in Franse ziekenhuizen laat een koppeling tussen volume en kwaliteit zien. Daarmee worden de conclusies van het merendeel van dergelijke studies nogmaals bevestigd: *“Globalement, nos résultats confirment les conclusions de la plupart des études internationales publiées sur le sujet, en affirmant qu’il existe un lien significatif entre le volume d’activité et les résultats de soins pour certaines procédures et interventions.”*

Recent (2010) hebben Ross et al. de afnemende meeropbrengst van concentratie van zorg onderzocht. Zij concluderen dat de impact van concentratie afvlakt na ruim 100 behandelingen voor hartfalen, longontsteking en hartinfarct.

Er zijn ook al onderzoekers die de correlatie tussen hoger volume en hogere kwaliteit als uitgangspunt nemen voor verder onderzoek. De relatie tussen volume en kwaliteit is bij die onderzoekers een geaccepteerd paradigma (figuur 84). Zij onderzoeken bijvoorbeeld:

- de kosten en baten afweging voor het transporteren van patiënten per helikopter naar een hoog-volume centrum.
- Of de prijsverhoging door minder mededinging opweegt tegen de extra baten van de zorg (op basis van de waardering van voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren).
- Wat de impact is op reistijden van patiënten bij concentratie op volume of op uitkomstindicatoren.
- Of het eigenaarschap van klinieken impact heeft op verwijzingen van specialisten.
- Hoe het door laag-volume-centra overnemen van best practices, die vaak in hoog-volume-centra worden ontwikkeld, kan bijdragen aan verbetering van zorg.

24-11-2010 invitational conference

NHS: Tweederde van de reviews laten een positief verband tussen volume en kwaliteit zien



Cooperation and Competition panel NHS, "The impact of hospital treatment volumes on outcomes", Working Paper Vol. 1 No. 1, 2010.

95

figuur 78

24-11-2010 invitational conference

Veel onderzoeken vinden hogere kwaliteit voor hoger volume blijkt uit meerdere reviews

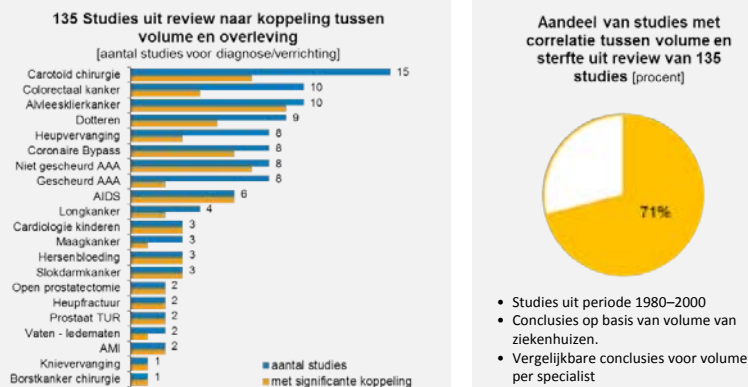
Jaar	Auteur	Conclusie
2002	Halm et al.	71% van 135 studies naar 21 aandoeningen uit 1980-2000 vonden significant lagere sterfte bij hoger volume.
2004	Gandjour et al.	Slechts 1 uit 76 studies vond negatief verband kwaliteit en volume. Ook de methodologie van studies is beoordeeld.
2005	NHS Scotland	There is now a core of studies of adequate methodological quality to establish striking volume/outcome associations in certain complex high risk surgical procedures and more modest but clinically relevant effects in a wide range of common procedures
2010	KWf	Top 3 actiepunten gaan over concentratie van oncologische zorg, ook bij vaker voorkomende tumorsoorten.
2010	Ross et al.	Afnemende meeropbrengst van concentratie bij 30 dagen mortaliteit voor longontsteking, hartfalen en hartinfarct boven ongeveer 100 patiënten
En meer auteurs		VS: Birkmeyer, Gaynor, Hewitt (Intitute of Medicine), Frankrijk: Com-Ruelle, Or (Haute Autorité de Santé)

96

figuur 79

24-11-2010 invitational conference

Significante relatie volume en kwaliteit gevonden voor veel diagnoses/ingrepen

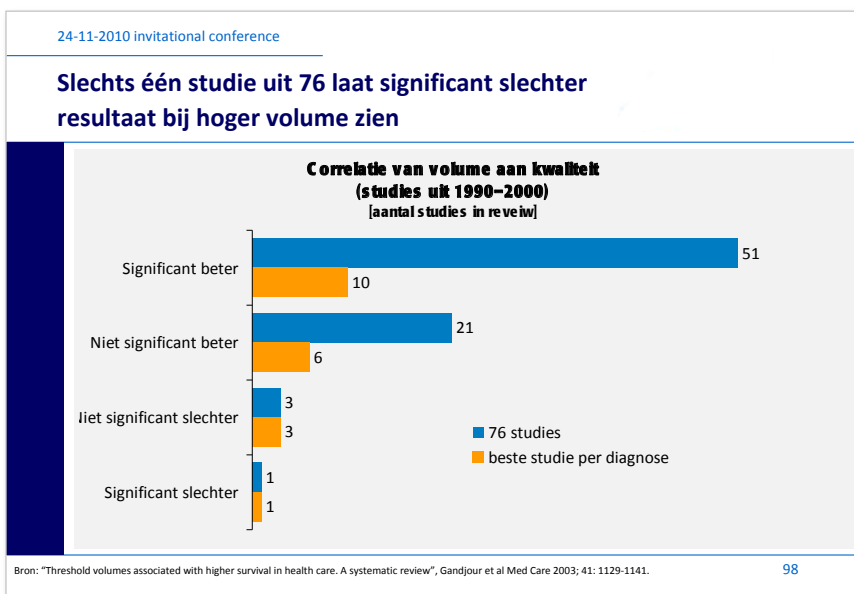


Bron: "Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodological critique of the literature", Halm et al, Ann. Intern. Med. 2002, 137, 511-520

97

figuur 80

figuur 81



figuur 82

24-11-2010 invitational conference

NHS Schotland geeft wisselend beeld over 'regionalisation'

In eerdere studies geen effect van concentratie. Maar... 'this reflected a lack of evidence rather than evidence of a lack of effect'

Trauma's (VS)

- In de VS heeft regionalisatie geleid tot betere zorg voor traumaslachtoffers
- Maar lange tijd tussen concentratie en resultaat

Neonatale zorg (VK)

- Juist minder effect in recentere studies
- Laagvolume eenheden nemen best practices over
- Meer besmetting bij eenheden met veel personeel
- Beetje ruimte ('slack') in systeem goed voor uitkomsten

Hartchirurgie (Italië)

- Samenwerking in plaats van concurrentie leidt tot betere zorg

SEH chirurgie

- Subspecialisatie naar upper/lower abdominal region

Veel voorbeelden

Overigens voor ingrepen/aandoeningen die al deels geconcentreerd zijn

Bron: "The relationship between volume and health outcomes - Report of volume/outcome subgroup to advisory group to national framework for service change NHS Scotland", 2005 100

figuur 83

24-11-2010 invitational conference

KWF werkgroep kwaliteit van kankerzorg beveelt concentratie aan

Signaleringsrapport kwaliteit van kankerzorg van signaleringscommissie kanker (KWF)

545 publicaties, 122 daarvan geëvalueerd

Positieve effecten van volumeconcentratie bij

- Blaaskanker
- Slokdarmkanker
- Alveeslierkanker
- Eierstokkanker

Geen correlatie gevonden voor

- Dikke darmkanker en
- Endeldarmkanker

Bij borstkanker zijn behandelaars met laag volume 'slow adopters' van nieuwe technologie.

Slechts 7 van de 50 richtlijnen geven een volumegrens.

Top 3 actiepunten gaan over concentratie van oncologische zorg

Concentratie ook bij vaker voorkomende tumorsoorten

Maar 'keuze voor hoog volume is [...] niet per definitie een garantie voor een hoge kwaliteit van zorg'

Bron: Werkgroep kwaliteit van kankerzorg, "Signaleringsrapport kwaliteit van kankerzorg in Nederland", juli 2010 101



24-11-2010 invitational conference

figuur 84

Positief verband van volume op kwaliteit is bij veel onderzoekers een geaccepteerd paradigma

jaar	Auteur	Artikel	Onderwerp	Over volume-kwaliteit
2004	Bardach et al.	Regionalization of Subarachnoid hemorrhage	Cost utility analyse naar kosten van overbrengen van patiënten naar hoog volume centrum	In several studies of complex medical conditions, hospitals with more annual admissions [...] have had beter outcomes [...]"
2007	Ho et al.	Regionalization versus competition in complex cancer surgery	Impact van concentratie op mededinging en prijzen	"The emperical association between high hospital procedure volume and lower mortality rates [...]"
2003	Birkmeyer et al.	Regionalization of high risk surgery and implications for patient travel times	Impact van concentratie op reistijden voor patienten	"For many surgical procedures, operative mortality rates are substantially lower at hospitals that perform them more frequently
2007	Schneider et al. (rapport)	The effects of physician owned specialty hospitals – a critical review of het evidence	Impact van specialisten als eigenaren van klinieken op doorverwijzingen en kosten.	"[...] the well established outcomes and learning benefits of high volume"
2007	Kahn et al.	Volume, outcome, and the organization of critical care	Overnemen van best practices bij hoog volume ziekenhuizen door laag volume ziekenhuizen	"[...] the growing body of literature demonstrating that increased volume is associated with increased outcomes in the intensive care unit"

Soms neemt onderzoek de significante positieve volume-kwaliteit relatie als uitgangspunt

109



Appendix 2 Randvoorwaarden NMa en NZa

Inleiding

In 2010 gaan 4,4 miljoen Nederlanders met de auto op vakantie. Zo'n autovakantie is best een onderneming. Het begint al met de voorbereiding. De auto nog even laten controleren of repareren in de garage, verzekeringen op orde brengen, route uitzoeken en dergelijke. En dan de bagage in de auto zien te krijgen. Alle bestuurders moeten onderweg een groot aantal activiteiten uitvoeren: goed letten op medeweggebruikers, een groot aantal verkeersregels toepassen, actuele filemeldingen bijhouden, voorkomen dat de auto oververhit raakt, goed op de route blijven en tijdig pauze houden. Al met al een complexe onderneming. En toch gaan al die miljoenen Nederlanders. Geen haar op hun hoofd die er aan denkt zich door al dit gedoe te laten weerhouden. Hooguit bedenken ze dat ze de volgende keer liever met bijvoorbeeld het vliegtuig gaan. Maar thuisblijven is geen optie.

Zo kan het ook zijn bij spreiding en concentratie door ziekenhuizen. De totstandkoming van een fusie, samenwerking of specialisatie is best een onderneming. Het is daarbij belangrijk dat ziekenhuizen voldoen aan de randvoorwaarden vanuit mededingingsregels. In de metafoor van de autovakantie zijn de randvoorwaarden vanuit mededingingsregels te vergelijken met verkeersregels. Je moet je er aan houden, maar binnen de regels bieden ze volop bewegingsvrijheid. Je moet er niet meer van maken dan het is. Net als het garagebezoek in de metafoor van de autovakantie, is het voor ziekenhuizen wenselijk

om bij spreiding en concentratie vooraf juridisch advies in te winnen en zo nodig de plannen te bij te stellen. Maar de verkeersregels en het garagepersoneel bepalen niet waar de 4,4 miljoen Nederlanders op vakantie gaan. Zo dicteren de mededingingsregels niet hoe ziekenhuizen de initiatieven tot spreiding en concentratie moeten inrichten. Ze zijn zeker geen reden om er van af te zien. In deze appendix komt naar voren dat ziekenhuizen bij spreiding en concentratie rekening moeten houden met de mededingingsregels vanuit de NMa en NZa, maar dat de mededingingsregels geen reden (mogen) zijn om van spreiding en concentratie af te zien. Ook komt naar voren dat het terecht is dat de NMa en NZa actief zijn in de ziekenhuiszorg. Daarbij wordt uitgelegd hoe zij hun taken onderling verdelen. Vervolgens volgt een toelichting over de speelruimte die ziekenhuizen hebben voor spreiding en concentratie tegen de achtergrond van de mededingingsregels van de NMa en NZa. Deze appendix eindigt met twee oproepen die beogen het risico te verminderen dat ziekenhuizen - als ongewenst neveneffect van het toezicht - maatschappelijk wenselijke vormen van samenwerking niet durven te starten. Allereerst een oproep aan ziekenhuizen om de mededingingsregels beter door te voeren in hun interne organisatie. Ten tweede een oproep aan de NMa en NZa om het belang van kwaliteit in de zorg centraal te stellen in plaats van de regels. Hierna worden bovenstaande punten toegelicht.



Terecht dat er mededingingstoezicht is

Ziekenhuiszorg is gewoon een bedrijfstak. Dus terecht dat de NMa erop toe ziet

Ziekenhuizen concurreren met elkaar. Ziekenhuizen onderscheiden zich immers van elkaar via hun kwaliteit, prijzen en de zorgproducten. Dat ziekenhuizen zich richten op publieke belangen, dat ze geen winst mogen uitkeren en dat ze intensief samenwerken doet daar niets aan af. De ruimte voor concurrentie bestaat ook ondanks de intensieve overheidsbemoeyenis via onder meer de omschrijvingen en maximumtarieven van DBC's.

De ziekenhuiszorg wordt steeds meer een gewone bedrijfstak wordt waar mededingingstoezicht 'gewoon' op z'n plaats is. Net als ondernemingen in andere bedrijfstakken hebben ziekenhuizen namelijk de mogelijkheid en de prikkel om de concurrentie te verstoren op een manier die de belangen van de patiënten/verzekerden (en zorgverzekeraars) kan schaden.

In andere zorgbranches zijn voorbeelden te vinden van ongewenste concurrentieverstoring. Zo hadden de thuiszorgorganisaties in Kennemerland en in het Gooi onderling de markt verdeeld, zodat ze niet meer met elkaar hoefden te concurreren. Cliënten ontbeerden hierdoor keuzevrijheid⁶. Een ander voorbeeld betreft de apothekers in Assen die gezamenlijk beschikken over een elektronisch netwerk met consumentgegevens. Dit netwerk kan de onderlinge concurrentie bevorderen, omdat alle aangesloten apotheken inzage hebben in deze gegevens en daarmee de medicijnbewaking kunnen garanderen. Daardoor kan de consument gemakkelijker gebruik maken van een andere apotheek. Echter, omdat de Assense apotheken hadden afgesproken het netwerk niet te gebruiken tijdens reguliere openingstijden, beperkten zij de keuzevrijheid van de consument en daarmee zowel hun onderlinge concurrentie als de toetreding van nieuwe apotheken⁷.

In de ziekenhuissector zijn er (nog) geen Nederlandse voorbeelden waarin de NMa ongewenste concurrentievervalsing heeft bewezen⁸. Wel blijkt uit meerdere onderzoeken dat ziekenhuizen in de Verenigde Staten na een fusie hun prijzen verhogen. Deze bevindingen gelden zowel voor winstgerichte als niet-winstgerichte ziekenhuizen⁹. Deze appendix gaat onder meer in op de vraag tot op welke hoogte afspraken tussen ziekenhuizen over het aanbieden van verschillende soorten zorg zijn toegestaan om specialisatievoordelen te bereiken en wanneer de concurrentie ongewenst wordt verstoord.

Ziekenhuiszorg is een buitengewone bedrijfstak. Dus terecht dat de NZa erop toeziet

In veel aspecten is ziekenhuiszorg, net als andere zorgbranches, een buitengewone bedrijfstak waarvoor sectorspecifiek toezicht door de NZa op z'n plaats is. De zorgbranche is buitengewoon doordat de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid centraal staan. Bovendien maken ook het verzekeringskarakter en de onvolledige informatie bij patiënten en verzekeraars dat de markt voor ziekenhuiszorg niet zo soepel werkt als in de meeste andere delen van de economie. Al deze bijzondere kenmerken moeten worden meegewogen in het mededingingstoezicht. Daarnaast is de zorg bijzonder vanwege de transitie van een situatie met volledige regulering naar een situatie met gereguleerde marktwerking. Deze transitie moet worden meegewogen in het toezicht op de mededinging in de zorg. Daarom gelden voor de zorg sectorspecifieke regels die de concurrentie in de zorg beogen te bevorderen, waaronder regels met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht en toezicht op transparante informatieverstrekking door marktpartijen (niet relevant voor spreiding en concentratie).

⁶ Besluiten NMa van 19 september 2008 in zaak 5851, Thuiszorg 't Gooi en in zaak 6108, Kennemerland.

⁷ Besluit NMa van 21 juni 2004 in zaak 2501, Dienstoptheek Assen.

⁸ Ten tijde van het schrijven van deze notitie ligt een ontwerpbesluit voor waarin de NMa Amsterdamse ziekenhuizen verbiedt om actuele en gedetailleerde bedrijfsvertrouwelijke gegevens onderling uit te wisselen, omdat het de concurrentie verstoort (ontwerpbesluit NMa van 18 november 2010 in zaak 6895, Ziekenhuiszorg Amsterdam). Zie ook paragraaf 4.1.

⁹ zie bijvoorbeeld Keeler, E., G. Melnick en J. Zwanziger, 1999, "The changing effect of competition on non-profit and for-profit hospital behavior", *Journal of Health Economics* 18, pp. 69-86, 1999

De NMa en NZa houden zelf hun taakverdeling in de gaten

De taakverdeling tussen NMa en NZa is tamelijk complex. De hoofdlijnen worden hier beschreven. Voor ziekenhuizen is het belangrijkste om te weten dat de NMa en NZa dossiers naar elkaar doorwijzen wanneer een partij de verkeerde toezichthouder aanspreekt. De opdracht van de NZa is om daadwerkelijke mededinging te bevorderen. De belangrijkste instrumenten daarbij zijn:

- Toezicht op aanmerkelijke marktmacht van een individuele onderneming. De NZa kan verplichtingen opleggen wanneer het concurrentiebeperkende feit zich

nog niet heeft voorgedaan, maar zich in potentie zou kunnen voordoen. De NZa kan het probleem oplossen door een scala aan op te leggen verplichtingen.

- Verstrekken zienswijzen aan NMa bij concentraties.

De NMa heeft de opdracht de concurrentie te bewaken.

De belangrijkste instrumenten daarbij zijn:

- Toezicht op concentraties.
- Toezicht op verboden afspraken tussen ondernemingen. De NMa kan reeds gemaakte afspraken en geconstateerde gedragingen bestraffen met een boete.
- Verstrekken zienswijzen aan NZa bij aanmerkelijke marktmacht.

Benut de speelruimte die de NMa en NZa in hun besluiten en richtlijnen beschrijven

De richtsnoeren van de NZa en NMa bevatten voor ziekenhuizen veel informatie over wat wel en niet mag op het gebied van concentraties (fusies) en andere (lichtere) vormen van samenwerking. In die richtsnoeren zijn ook de belangrijkste bevindingen verwerkt uit de besluiten die de toezichthouders al hebben genomen. In deze appendix vermelden we de relevante punten uit de “Richtsnoeren voor de Zorgsector” van de NMa (december 2007, geactualiseerd maart 2010) en de “Toelichting op de beleidsregel aanmerkelijke marktmacht in de zorg” van de NZa (oktober 2008). Voor een volledig overzicht van de relevante mededingingsregels verdient het aanbeveling de Richtsnoeren en de beleidsregel te gebruiken.

De rode draad van de richtsnoeren van NZa en NMa is krachtig verwoord door de NMa: “De NMa staat in beginsel positief tegenover samenwerking, als ondernemingen daardoor in staat zijn efficiënter te werken, meer te innoveren en betere kwaliteit te leveren.” (Richtsnoeren voor de Zorgsector, nr 233, pag 74).

Speelruimte met betrekking tot samenwerking

De NMa hanteert in de praktijk een norm die stelt: een afspraak tot samenwerking is goed als die winstgevend is voor de betrokken ondernemingen en ook goed is voor de consumenten¹⁰. De grote speelruimte wordt geïllustreerd door het feit dat de NMa tot voor kort geen enkel samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen heeft verboden¹¹. Tegelijkertijd is de speelruimte nadrukkelijk niet onbegrensd. In deze paragraaf wordt nader toegelicht waar de grenzen liggen: tot op welke hoogte is samenwerking toegestaan en wanneer is sprake van een overtreding?

¹⁰ NMa, Jaarverslag 2009

¹¹ Ten tijde van het schrijven van deze appendix ligt een ontwerpbesluit voor waarin de NMa Amsterdamse ziekenhuizen verbiedt om actuele en gedetailleerde bedrijfsvertrouwelijke gegevens onderling uit te wisselen (ontwerpbesluit NMa van 18 november 2010 in zaak 6895, Ziekenhuiszorg Amsterdam). Zie ook paragraaf 4.1.

Wat mag wel?

In grote lijnen is samenwerking met het oog op spreiding en concentratie toegestaan wanneer sprake is van een of meerdere van de volgende situaties:

1. De samenwerking heeft geen merkbaar effect op de concurrentie.
 2. De positieve (economische) welvaartseffecten wegen zwaarder dan de aan de samenwerking verbonden concurrentiebezwaren.
 3. De samenwerking voldoet aan de criteria van de groepsvrijstelling over specialisatieovereenkomsten.
- In het vervolg van deze paragraaf worden de regels over deze drie vormen van samenwerking nader toegelicht.

Geen merkbaar effect op de concurrentie

Veel vormen van samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en andere ondernemingen zijn toegestaan omdat ze geen merkbaar effect hebben op de concurrentie in de markt. Dit is in de eerste plaats het geval bij activiteiten die de concurrentie niet beïnvloeden. Zo is samenwerking toegestaan bij het uitwisselen van best-practices, het gezamenlijk ontwikkelen van richtlijnen en het doorverwijzen van patiënten die men zelf niet goed kan behandelen. Dit is in de tweede plaats het geval bij samenwerking tussen niet-concurrenten. Zo is samenwerking tussen een ziekenhuis en een thuiszorgorganisatie veelal toegestaan (actief op verschillende niveaus in de zorg- en verzorgingskolom). Ook is het toegestaan wanneer een ziekenhuis in het noorden van Nederland samenwerkt met een Limburgs ziekenhuis bij de behandeling van niet-gespecialiseerde zorg (actief op verschillende geografische markten).

De voordelen wegen zwaarder dan de nadelen

Op grond van de Mededingingswet staat de NMa tal van vormen van samenwerking in de zorg toe die de concurrentie beperken. Dit is het geval wanneer de positieve (economische) welvaartseffecten zwaarder wegen dan de concurrentiebezwaren, verbonden aan de samenwerking. Aandachtspunt voor ziekenhuizen is dat het een zware toets is om beoogde kwaliteitsvoordelen van samenwerking objectief en verifieerbaar te maken. Concreet moeten partijen de NMa aantonen dat de samenwerking aan drie cumulatieve voorwaarden voldoet (beschreven in artikel 6 Mededingingswet):

1. Dat de te bereiken voordelen deels ten goede komen aan de consument (patiënt);
2. dat de concurrentiebeperking echt noodzakelijk is om het "goede doel" te bereiken en niet verder gaat dan strikt noodzakelijk om dat doel te bereiken en

3. dat er voldoende restconcurrentie in de markt overblijft.

Op grond van deze cumulatieve voorwaarden staat de NMa onder meer de volgende vormen van samenwerking toe die relevant zijn voor spreiding en concentratie door ziekenhuizen:

- kwaliteitsafspraken
- gemeenschappelijke inkoop
- waarnemingsregelingen
- deelnemen aan elektronische netwerken en uitwisseling van zorginhoudelijke informatie
- ketenzorg, zoals bijvoorbeeld in een diabetesketen
- keurmerken en andere kwaliteitsregelingen
- specialisatieafspraken met kwaliteitsverbetering tot doel
- samenwerking ten behoeve van innovatie (onderzoek en ontwikkeling)

Aandachtspunt bij deze vormen van samenwerking is de als tweede genoemde voorwaarde dat de concurrentiebeperking noodzakelijk is om het "goede doel" te bereiken en niet verder gaat dan strikt noodzakelijk om dat doel te bereiken. Kort gezegd betekent deze voorwaarde dat de afspraken tussen de ondernemingen noodzakelijk en proportioneel moeten zijn. Zijn de afspraken echt nodig? Gaan de afspraken niet verder dan strikt nodig? Is er een heldere logica tussen middel (een afspraak) en doel? Kortom, de NMa toetst of afspraken en overeenkomsten niet worden gebruikt als alibi of camouflagemiddel voor bijvoorbeeld een verboden marktverdeling. De samenwerking moet bepaalde doelstellingen realiseerbaar maken die men alleen niet kan bereiken.

Een voorbeeld van toegestaane samenwerking op grond van artikel 6 van de Mededingingswet is die wanneer naburige ziekenhuizen onderling afspraken maken over de acute zorg voor patiënten met diabetes type I. Stel dat ziekenhuis Noordster en Poolzon allebei zorg aanbieden voor patiënten met diabetes type I, maar dat alleen ziekenhuis Noordster beschikt over een afdeling voor spoedeisende hulp. De ziekenhuizen spreken af dat de diabetespatiënten van ziekenhuis Poolzon naar ziekenhuis Noordster zullen gaan indien de patiënten onverhoopt spoedeisende hulp nodig hebben in verband met hun chronische ziekte. Ziekenhuis Noordster en Poolzon maken afspraken over de uitwisseling van patiëntgegevens die hiervoor nodig is. Dergelijke afspraken bevorderen de continuïteit van de zorg en zijn daarmee toegestaan op grond van de Mededingingswet.

Groepsvrijstelling specialisatieafspraken

In aanvulling op bovenstaande geldt in Europa een veilige haven (groepsvrijstelling) voor specialisatieafspraken. De groepsvrijstelling heeft betrekking op concurrerende ziekenhuizen die afspreken om bepaalde goederen of diensten gezamenlijk te vervaardigen met het oog op efficiëntie. De groepsvrijstelling is bedoeld voor samenwerkingsverbanden die grote investeringen vereisen en waarbij samenwerking een duidelijke, technische of economische verbetering oplevert. Er moet een duidelijk kwalitatieve meerwaarde zijn voor de patiënt - dus niet zozeer voor de deelnemende ziekenhuizen - die niet op een andere manier bereikt kan worden dan door specialisatie.

De NMa noemt drie soorten specialisatieovereenkomsten die zijn toegestaan op grond van de Mededingingswet:

- overeenkomsten waarbij één ziekenhuis afziet van de vervaardiging van bepaalde producten of de verrichting van bepaalde diensten en dit aan een andere onderneming overlaat (eenzijdige specialisatie)
- overeenkomsten waarbij elk betrokken ziekenhuis afziet van de vervaardiging van een bepaald product of de verrichting van een bepaalde dienst en dit aan een ander ziekenhuis in de samenwerking overlaat (wederkerige specialisatie)
- overeenkomsten waarbij de ziekenhuizen zich ertoe verplichten gezamenlijk bepaalde producten te vervaardigen of bepaalde diensten te verrichten (gezamenlijke productie).

De groepsvrijstelling geldt alleen wanneer aan drie cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:

1. Alle betrokken ondernemingen blijven het product of de dienst aanbieden, doordat zij onderlinge leveringen overeenkomen en zo beide als aanbieders op de markten aanwezig blijven.
2. De overeenkomsten gaan niet over het vaststellen van verkoopprijzen, een beperking van de verkoop of de productie of de toewijzing van markten of klanten.
3. Het gezamenlijke marktaandeel van de betrokken partijen mag niet hoger zijn dan 20 procent (er moet voldoende concurrentie overblijven).

Een voorbeeld van samenwerking die valt onder de groepsvrijstelling specialisatieovereenkomsten is wanneer ziekenhuizen Zuiderzon en Maneschijn (tezamen

niet meer dan 20 procent marktaandeel) voor heup- en knie-operaties besluiten dat Zuiderzon zich specialiseert in de operaties, terwijl Maneschijn zich specialiseert in de bijbehorende fysiotherapie. Beide ziekenhuizen nemen deze diensten over en weer van elkaar af, zodat zij beide heup- en knie-operaties kunnen leveren.

De NMa merkt op dat de meeste samenwerkingsverbanden in de praktijk niet voldoen aan de voorwaarden van de groepsvrijstelling specialisatieovereenkomsten. In veel gevallen zal een ziekenhuis zich bij specialisatie(overeenkomsten) namelijk helemaal terugtrekken uit de markt. Dan is niet voldaan aan de eerste voorwaarde van de groepsvrijstelling. Ook is bij samenwerking tussen ziekenhuizen snel sprake van een gezamenlijk marktaandeel groter dan 20 procent. Dit betekent niet automatisch dat de specialisatie verboden is. Het is namelijk mogelijk dat in dat specifieke (individuele) geval toch wel is voldaan aan de voorwaarden van artikel 6 (de voordelen van de samenwerking wegen zwaarder dan de nadelen).

3.1.2 Wat mag niet?

Afspraken tussen ziekenhuizen met het oog op concentratie en/of afspraken over spreiding tussen ziekenhuizen en andere ondernemingen die niet voldoen aan de hierboven beschreven voorwaarden zijn over het algemeen verboden. Daarbij gaat het zowel om overeenkomsten als om feitelijke gedragingen. De NMa (maar ook de civiele rechter) toetst zo nodig de samenwerking tussen ondernemingen aan het kartelverbod.

De NMa heeft vier soorten afspraken aangewezen die nagenoeg nooit zijn toegestaan, omdat ze zelden tot voordelen leiden voor de consument (patiënt). Ze zijn daarmee ook niet noodzakelijk en proportioneel om het beoogde doel te bereiken. De NMa treedt streng en voortvarend op tegen samenwerking die is aangekleed met één of meerdere van deze vier afspraken:

- onderlinge afspraken over prijzen of tarieven die zorgaanbieders in rekening willen brengen
- onderlinge verdeling van markten (bijvoorbeeld verdeling van patiënten naar postcodegebied)
- afstemming of vooroverleg bij aanbestedingen
- collectieve leveringsweigering, boycot (bijvoorbeeld van leveranciers of verzekeraars)

Er geldt voor samenwerkingsvormen geen voorafgaande meldings- en goedkeuringsplicht bij en van de NMa (anders dan bij fusies. Het is de verantwoordelijkheid van de samenwerkende ondernemingen om zelf te beoordelen of de afspraken toegestaan zijn. De NMa geeft soms wel een informele zienswijze.

In geval van overtreding van het kartelverbod legt de NMa meestal een boete op. Deze kan oplopen tot maximaal 10% van de totale jaaromzet van de onderneming. Ook kan de NMa persoonlijke boetes opleggen (tot maximaal € 450.000 aan de persoon die gezien wordt als de opdrachtgever of de hoofdverantwoordelijke voor de overtreding.

Het volgende voorbeeld maakt duidelijk wanneer afspraken over ketenzorg elementen bevatten die niet zijn toegestaan op grond van de Mededingingswet¹². Stel ziekenhuis, verpleeghuizen en thuiszorg werken in Otrrecht samen in de CVA-keten “de Otrrechtse Stroke Service” (OSS) . Het ziekenhuis heeft samen met Alertzorg - een van de OSS-partners, een organisatie voor verpleeghuiszorg en thuiszorg - een joint venture opgericht die een zorghotel in de directe nabijheid van het ziekenhuis exploiteert. Vanuit het ziekenhuis wordt het overgrote deel van de CVA-patiënten na behandeling doorverwezen naar het Zorghotel waar uitsluitend Alertzorg revalidatiezorg verleent. Andere OSS-partners wordt niet toegestaan zorg te verlenen in het zorghotel. Deze weigering mag niet op grond van de Mededingingswet, tenzij in Otrrecht nog drie ziekenhuizen aanwezig zijn met een groot marktaandeel. Er is geen mededingings-overtreding wanneer de meeste cliënten zelf kiezen voor revalidatiezorg door Alertzorg.



Speelruimte bij het aangaan van een fusie/concentratie

Samenwerking gericht op spreiding en concentratie kan eventueel uitmonden in een fusie (de NMa noemt dit “concentratie”).

Op grond van de huidige wetgeving moeten fusies boven de drempelwaarde van € 55 miljoen altijd worden aangemeld bij de NMa. Het is op het eerste oog niet altijd goed te bepalen wanneer volgens de definities van de Mededingingswet sprake is van samenwerking en wanneer van een fusie¹³. Bij twijfel of er sprake is van een fusie of van samenwerking verdient het de voorkeur om dit te melden bij de NMa. De NZa en IGZ geven bij fusies een zienswijze af aan de NMa over de effecten die de fusie naar verwachting zal hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

In het regeerakkoord van het kabinet Rutte wordt gesproken over wijziging van de taakverdeling tussen de toezichthouders: een zorgspecifieke fusietoets door de IGZ en de NZa voorafgaand aan een eventuele mededingingstoets door de NMa. Ook is het plan om de IGZ de bevoegdheid te geven om een zorginstelling op te splitsen vanwege kwaliteitsargumenten. Hiertoe moet de relevante wetgeving (o.a. de Kwaliteitswet, het rechtspersonenrecht) worden gewijzigd. Oogmerk van het kabinet is te bevorderen dat er kleinere zorginstellingen komen. Een optimale schaalgrootte van zorginstellingen zorgt volgens het kabinet voor meer efficiëntie, lagere kosten, meer integraliteit, hogere klanttevredenheid en betere zorg. Overigens ligt het in de rede dat initiatieven met betrekking tot spreiding en concentratie aansluiten bij deze kabinetsplannen. Fusies gericht op spreiding en concentratie beogen immers kwaliteitsverbetering. Bovendien zullen ze niet snel tot schaalvergroting leiden, doordat ze veelal alleen betrekking hebben op bepaalde activiteiten van een ziekenhuis of individuele maatschappen (niet fusies van twee volledige ziekenhuizen).

Fusies tussen maatschappen kunnen normaliter zonder enige interventie van de NMa worden voltrokken; ze

¹² Voorbeeld van Actiz, ten behoeve van voorlichting over de Mededingingswet, februari 2010

¹³ Stelregel is dat er sprake is van een fusie bij overgang van zeggenschap. Er is sprake van overgang van zeggenschap als een betrokken onderneming zeggenschap verliest, gaat delen of overneemt. De zeggenschap dient dan betrekking te hebben op jaarplannen, budgetten, strategie, benoemen en ontslaan bestuurders e.d.

vallen immers meestal onder de reguliere meldingsdrempels. Alleen zorginstellingen met een gezamenlijke omzet van meer dan € 55 miljoen en elk afzonderlijk meer dan € 5,5 miljoen, moeten zich voor een toets melden bij de NMa. Onder de drempel bestaat een volledige (mededingings)vrijheid tot fusies. Uitgaande van een gemiddelde omzet per medisch specialist van € 250.000,- hoeft een fusie pas bij de NMa aangemeld te worden wanneer daar meer dan 220 medisch specialisten bij zijn betrokken.

Op grond van de huidige wetgeving heeft de NMa de bevoegdheid om een fusie te verbieden. Daarbij toetst ze erop of de daadwerkelijke mededinging op significante wijze wordt belemmerd? Met name als resultaat van het in het leven roepen of het versterken van een economische machtspositie.

De NMa spreekt niet lichtvaardig een verbod uit. Integendeel, tot nu toe zijn alle fusies uiteindelijk goedgekeurd. Voor de ziekenhuisbranche betreft het 10 goedgekeurde fusies. De Zeeuwse ziekenhuizen kregen daarbij wel enkele stevige voorwaarden opgelegd. Wel is duidelijk dat sommige combinaties zeer kritisch zullen worden ontvangen en veel bestuurlijke energie en een lange adem zullen vergen; niet alleen van de raden van bestuur, maar van alle betrokkenen. Ook moet worden opgemerkt dat er sprake zal zijn van een anticipatie-effect: partijen die afzien van een fusie, omdat ze na verkenning van de mededingingsregels tot de conclusie komen dat hun fusie wellicht niet zal worden goedgekeurd.

Bij de fusietoets redeneert de NMa vanuit de effecten op de vraagkant van de markt: de verzekeraars en patiënten. Vallen er keuzemogelijkheden voor verzekeraars en patiënten weg? Heeft de patiënt in een bepaalde regio na de fusie de facto te maken met een monopolie of een dominant ziekenhuis? Kan een ontevreden patiënt (na de fusie) nog steeds met de voeten stemmen of is hij "overgeleverd"?

De NMa maakt onderscheid naar markten voor klinische en niet-klinische ziekenhuiszorg, met daarbinnen een onderscheid naar onder meer spoedeisende, planbare en topklinische zorg. De NMa heeft wel een verfijning naar specialismen verkend, maar dat heeft nog niet geleid tot een vaste praktijk van afbakening van dit soort specifieke (deel)markten.

Speelruimte in geval van aanmerkelijke marktmacht

Het is mogelijk dat een gefuseerde zorgaanbieder na verloop van tijd aanmerkelijke marktmacht (AMM) verwerft. Dan heeft de zorgaanbieder zoveel macht in de markt, dat hij zich onafhankelijk van concurrenten of de wens van consumenten kan gedragen. Op zich is dat geen probleem. De grote speelruimte bij aanmerkelijke marktmacht wordt geïllustreerd door het feit dat de NZa tot op heden slechts in één casus verplichtingen beoogt op te leggen aan een zorgstelling in het kader van AMM.¹⁴

De NZa grijpt in wanneer de zorgaanbieder met AMM de ontwikkeling van concurrentie en daardoor de werking van de vrije markt kan beperken. De NMa verstrekt hierbij een zienswijze aan de NZa, vanuit het perspectief van de Mededingingswet.

Bij de beoordeling van een AMM-casus stelt de NZa het consumentenbelang voorop. Om een AMM-verplichting op te kunnen leggen, moet de NZa vaststellen dat op een daartoe afgebakende relevante markt een AMM-positie bestaat die leidt tot (potentiële) mededingingsproblemen welke door een of meer verplichtingen op proportionele wijze kunnen worden opgelost. Deze voorwaarden zijn cumulatief: aan ál deze voorwaarden moet dus worden voldaan voordat de NZa AMM-verplichtingen kan opleggen.

De NZa noemt twee hoofdcategorieën van mededingingsproblemen waarbij ze zal ingrijpen:

- Uitbuiting van afnemers of leveranciers, door bijvoorbeeld buitensporig hoge ('excessieve') prijzen te rekenen, door het leveren van ondermaatse kwaliteit of door beperking van het aanbod (te weinig leveren).
- Uitsluiting van (potentiële) concurrenten door bijvoorbeeld leverings-/toegangswegering, koppelverkoop, exclusiviteitsbedingen, buitensporig hoge prijzen, roof- of wurgprijzen en getrouwheidskortingen. Uitsluiting belemmert het ontstaan of de instandhouding van daadwerkelijke mededinging.

De NZa kan verschillende soorten AMM-verplichtingen opleggen:

- **Transparantie:** de zorgaanbieder moet specifieke extra informatie publiceren die voor het bevorderen van gelijke concurrentiekansen van belang is.
- **Non-discriminatie:** de zorgaanbieder moet bij de levering van bepaalde diensten de afnemers van die diensten in gelijke gevallen gelijk behandelen.
- **Ontbundeling:** de zorgaanbieder moet een bepaalde dienst los leveren van andere diensten. Deze verplichting wil tegengaan dat een partij marktmacht van de ene markt naar een andere aangrenzende markt overhevelt, bijvoorbeeld door koppelverkoop.
- **Gescheiden boekhouding:** de zorgaanbieder moet de kosten en opbrengsten van bepaalde diensten scheiden van die van zijn overige activiteiten. Ze moet daartoe een gescheiden boekhouding voeren volgens aanwijzingen van de NZa.
- **Contracteerplicht:** de zorgaanbieder moet in principe voldoen aan elk redelijk verzoek van een andere zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst. Bijvoorbeeld het medegebruik door nieuwe markttoetreders van bepaalde kostbare apparatuur.
- **Geen overcapaciteit bedingen:** een ziektekostenverzekeraar mag bij zorgaanbieders geen onredelijk hoge capaciteit reserveren in relatie tot de capaciteit die de verzekeraar naar verwachting reëel voor zijn verzekerden nodig heeft.

- **Delen van voorzieningen:** een zorgaanbieder moet voor het medegebruik van bepaalde categorieën van zorg, diensten of voorzieningen een openbaar aanbod doen en instandhouden. Hiervan was bijvoorbeeld sprake in de AMM-casus van de apotheken in Assen, waarbij de apotheken gezamenlijk beschikken over een elektronisch netwerk met consumentgegevens.
- **Prijscontrole:** de zorgaanbieder moet een bepaalde berekeningsmethode hanteren voor het vaststellen van de tarieven voor bepaalde diensten of leveringen. Meestal moet de zorgaanbieder de onderliggende kosten vermeerderen met een redelijk rendement.
- **Kostentoerekening:** in aanvulling op voorgaande bullit moet de zorgaanbieder bij het vaststellen van de tarieven een systeem van kostentoerekening hanteren dat voldoet aan door de NZa te bepalen toerekeningsprincipes.

Hierbij zij opgemerkt op dat de NZa het AMM-instrument alleen kan opleggen aan een onderneming, niet aan samenwerkingsverbanden.



Aanbevelingen

Indien ziekenhuizen de rol van de NZa en NMa niet helder op het netvlies hebben, bestaat het risico dat zij maatschappelijk wenselijke vormen van samenwerking niet durven te starten. Zowel de toezichthouders als ziekenhuizen dienen zich in te zetten om het risico op dit ongewenste neveneffect van het toezicht te verminderen.

Ziekenhuizen, pas de interne organisatie aan

Tot op heden heeft de NMa in de zorg bij de handhaving van het kartelverbod de nadruk gelegd op uitleg, met als doel om op deze manier eventuele overtredingen van het kartelverbod weg te nemen. Zo is de NMa ten tijde van het schrijven van deze notitie van plan om Amsterdamse ziekenhuizen geen boete te geven, ondanks dat ze volgens de NMa de concurrentie hebben beperkt door uitwisseling van gedetailleerde en actuele bedrijfsvertrouwelijke informatie¹⁵. Het is echter waarschijnlijk dat de NMa na deze fase van voorlichting zal overstappen op de volgende fase van actieve handhaving met boetes. Getuige de boetes aan negen thuiszorgorganisaties variërend van € 314.000 tot ruim € 4 miljoen¹⁶, is de volgende fase misschien al gestart; in elk geval buiten de ziekenhuissector.”

Een ziekenhuis dat met andere organisaties afspraken wil maken omtrent spreiding en concentratie is zelf verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat de afspraken geen verboden concurrentiebeperkingen bevatten. Net als ondernemingen in andere bedrijfstakken dienen ziekenhuizen zichzelf op de hoogte te stellen van de mededingingsregels van de NMa en NZa wanneer ze willen overgaan tot spreiding en concentratie. In de praktijk schakelen ziekenhuizen hiertoe al vaak juridische expertise in.

De NVZ biedt als brancheorganisatie ondersteuning aan ziekenhuizen die willen weten wat wel en niet mag op grond van de mededingingsregels.

NMa en NZa, stel kwaliteit van de zorg centraal in plaats van de regels

Doelstelling van concurrentie in de zorg is dat de patiënt betere kwaliteit krijgt voor zijn zorgeuro. Concurrentie is geen doel op zich. Daarom de oproep aan de toezichthouders om dit uitgangspunt nog verder door te voeren in het dagelijkse toezicht.

In de besluiten van de NMa en NZa is de verhouding tussen doel (verbetering prijs/kwaliteitsverhouding) en middel (concurrentie) niet altijd duidelijk. Twee voorbeelden:

- Met het oog op preventie treden de toezichthouders in enkele casussen stevig op en geven hieraan veel ruchtbaarheid. Zo gaf de NMa ongeveer 4 mln EUR boete aan thuiszorgorganisatie Viva! na overtreding van het kartelverbod (zaak Kennemerland 6108/258). Een budgetaanslag voor een organisatie met dunne marges en zonder winsttoegmerk. Deze preventiestrategie werkt ongetwijfeld effectief. Ongewenst neveneffect is echter dat sommige ziekenhuizen ook maatschappelijk wenselijke vormen van samenwerking niet durven op te starten, met mogelijk negatieve gevolgen voor innovatie en kwaliteit.
- De financieringsstructuur van instellingen bemoeilijkt spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties, doordat uitruil moeilijk is van activiteiten die in verschillende financieringscompartimenten zijn ondergebracht. Daarbij gaat het om verschillen in financiering tussen het A- en B-segment van de ziekenhuiszorg, maar ook om verschillen in financiering van ziekenhuiszorg versus andere instellingen of vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Voor alle compartimenten geldt bovendien dat de gereguleerde tarieven niet goed aansluiten bij de onderliggende (gemiddelde) kosten. Verder hebben alle instellingen te maken met budgetplafonds. Door deze punten is het voor ziekenhuizen moeilijk op bedrijfseconomische gronden beslissingen te nemen over spreiding en concentratie. De NZa zou op deze punten sneller tot besluiten moeten komen. Daarbij zou de NZa het perspectief van de zorgverlener centraal moeten stellen (bedrijfseconomische afwegingen kunnen maken), in plaats van korte termijn budgettaire overwegingen.

¹⁵ Ontwerpbesluit NMa van 18 november 2010 in zaak 6895, Ziekenhuiszorg Amsterdam

¹⁶ Persbericht NMa d.d. 27 oktober 2010

Ook in de voorlichting kunnen de toezichhouders een slag maken wanneer ze de zorg centraal stellen in plaats van de regels. Overigens spreekt de NVZ waardering uit voor de intensiteit waarmee de NMa en NZa voorlichting geven aan ziekenhuizen over de mededingingsregels. Dit neemt niet weg dat de voorlichtingsdocumenten moeilijk zijn te hanteren voor iemand die niet is ingevoerd in de mededingingsregels. Zo zijn de richtsnoeren van de NMa opgebouwd in lijn met de onderdelen van de wet, in plaats van op basis van de vraagstukken waar zorgaanbieders mee te maken hebben.

Om de toegankelijkheid, begrijpelijkheid en volledigheid van bestaande informatievoorziening te verbeteren is het wenselijk dat de NMa en NZa tezamen specifieke richtsnoeren voor ziekenhuizen opstellen, zoals ze ook hebben gedaan bij de Richtsnoeren Zorggroepen (augustus 2010). Hierbij wordt alle relevante informatie voor één type vraagstuk gebundeld, zowel van de NMa als de NZa. Om de totstandkoming van wenselijke vormen van concentratie en spreiding te bevorderen zouden de specifieke richtsnoeren voor ziekenhuizen zich in ieder geval moeten richten op de volgende vraagstukken:

- Specialisatie-afspraken tussen ziekenhuizen
- Concentraties in de ziekenhuiszorg
- Ketenzorg (bijvoorbeeld ziekenhuis-thuiszorg)



NVZ invitational conference: Spreiding en Concentratie Ziekenhuisfuncties (gedicht)

Ontvangst met warme mosterdsoep, een broodje en vers fruit
Er zat geen rotte appel tussen en het zag er heerlijk uit
De zaal viel ook niet tegen: stoelen waarop je lekker zat
Jan des Bouvrie had in de inrichting wellicht de hand gehad.

Een keur aan goeie sprekers en zowaar ook nog twee vrouwen
Als eerste mocht hier Roelf de Boer een welkomstpraatje houden
Ruim tweeduizend jaar geleden had je het Romeinse Rijk
Een hoofdpijndossier, zo kopte Roelf toen maar gelijk.

Je eigen lot bepalen, dat wilden wij allemaal
Want Den Haag had makkelijk praten, en de patiënt? Die stond centraal
En onze uitnodiging van vandaag, Roelf die meldde het maar even:
Was door kunstenaars Ilona van Zanten heel fraai vormgegeven.

Het ging over de kankerzorg, het ging over CZ
En Roelf? Die kon het niet alleen, zo werd uiteengezet
We gingen samen praten, desnoods tot in de kleine uurtjes
Onder het genot van koek en koffie, borrels, bittergarnituurtjes.

Toen een excellente voorzitter, die vandaag nog kòn en dus graag kwàm
Vanaf morgen waardig opvolger van Willem van der Ham
Gisteren nog bij Balkenende, en vanmiddag hier
Frank de Grave en hij zat ons voor, met veel plezier.

Daar waar het oppervlakkig bleef, daar prikte Frank ons door
En hij legde bloot waar 't nodig was, sprak hij tot zijn gehoor
De klok die ging van groen, via oranje snel naar rood
Bier kreeg u pas ná vijven, dus de tijdsdruk was heel groot.

Jan-Peter Heida kreeg het woord en meldde aan de klas
Dat spreiding en concentratie nogal een hot item was
De Nederlandse curatieve zorg presteerde heel erg goed
En relatief was 'ie goedkoop en dat gaf de burger moed

Maar: het kon altijd beter! Wilde Jan-Peter aan ons kwijt
Vooreerst en vooral moesten we focussen op kwaliteit
De structuur van de markt zat in de weg bij spreiding en concentratie
En er waren tientallen interviews gedaan, vervolgde Heida zijn presentatie.

Volume leidde toch aantoonbaar tot hogere kwaliteit
Ook patiënten, verzekeraars en overheden willen daar wat over kwijt
Het ging over de 'kickersprong', dat zijn zo van die dingen
Maar na een buikslagaderoperatie, lijkt het mij ook lastig springen.

Ook themaziekenhuizen leidden tot meer kwaliteit
De 'Harvard liesbreukenfabriek' die liep heel goed, al lange tijd
Spoedeisende hulp in Nederland? De keus was ruim en groot
Maar de chronische zorg? Die kwam wellicht in grote nood.

Heida die rook kansen, Frank proefde dat in zijn woorden
Waarna wij over de noodzaak als eerste dokter Wouters hoorden
Kwaliteit was leidend voor de medisch specialist
Zorgwekkende kwaliteitsverschillen, nou, die raakten hem beslist.

In de behandeling van borstkanker stond Nederland bijna bovenaan
Een zucht van verlichting voelde ik door 't gezelschap gaan
Postoperatieve sterfte werd toen met ons doorgenomen
En hoe zinloze operaties door goeie analyse konden worden voorkomen.

Toen ging de dokter dieper in op slokdarmchirurgie
Er was nu een concentratie in een ziekenhuis of drie
Meer mensen overleefden, gaf dokter Wouters te verstaan
En toen floepten dwingend alle rode lampen aan.

Toen het woord aan Schellekens, hoofdinspecteur IGZ
Om hier voor u te spreken, imponerend vond 'ie het
Want er zaten heel wat zwaargewichten hier in deze zaal
Heel strategisch deed Wim àchterstevoren zijn verhaal.

Dan kon de rode lamp zijn slotconclusie niet verstoren
Al kreeg u aan het eind geen onderbouwing meer te horen
'High tech, low volume', dat was de conclusie hier, van Wim
En dat zonder onderbouwing, nou, ik vond het heel erg slim!

Of het overleg nou wel of niet heel stroperig was
Het ging om het laatste stapje, zo vertelde Wim de klas
Daarna kreeg Marc Berg zijn tien minuten kostbare tijd
Hij streefde naar een ethische discussie over kwaliteit.

In 'Lake Wobegon' was alles bovengemiddeld goed
Mooie mannen, mooie vrouwen, iedereen altijd in the mood
Daniël, mijn pianist, die weet daar alles van
Hij is de beste muzikant van heel Lake Wobegon!

Marc die had wat rotte appels op de landkaart neergelegd
Maar echt volstrekt willekeurig, werd oprecht door hem gezegd
Wondinfectie-indicatie, Marc toonde een curve aan de klas
Ik dacht even dat dit wéér een kunstwerk van Ilona van Zanten was.

Electieve chirurgie, daar werd nog kort over gepraat
Als je in een bepaald gebied woont, eindig je zó zonder prostaat!
Marc was voor 'delta delen', want het mocht best transparant
Want dat leek hem het eerlijkst en het beste voor de klant.
Toen Steven van Eijck, die fanatiek zijn zegje deed
Ik dacht bij mezelf: 'Volgens mij heeft 'ie ADHD!
Het ging over de patiënt, toen zagen wij de 'nulde lijn'
Ik dacht: 'Zou dit nou wéér een kunstwerk van Ilona zijn?'

Oranje gekleurde zorgcirkels, als een teken aan de wand
 Waarom waren ze oranje? Mensen, dit was Nederland!
 Hoe konden we acute zorg wat beter controleren
 En samenwerken, hoorden wij, was het nieuwe concurreren.

Aan het einde van dit blok het woord aan Marjolein
 Haar microfoon die kraakte wat en dat was niet zo fijn
 Vervolgens bleek dat Steven van Eijck haar apparaatje had
 Hij bracht het haar snel terug en wees haar waar het knopje zat.

Een plaatje van twee poezen en ze keken heel erg lief
 Ze stonden hier symbool voor het patiëntenperspectief
 Behandeling was een middel, het doel was kwaliteit van leven
 Kiezen loont! En chronische zorg, die heeft de toekomst nog wel even.

De moraal van haar verhaal: alles dichtbij, zolang dat kan
 En anders verder weg, want soms wordt je daar beter van
 Drie minuten extra spreektijd voor deze Marjolein de Booij
 Maar de patiënt, zo dachten wij, had recht op al dat moois.

En de patiënt moest in de Task Force, meldde Marjolein de klas
 Steven haastte zich te zeggen dat dat vanzelfsprekend was
 Toen mocht de zaal wat zeggen en Loek Winter kreeg het woord
 Over kosten en implementatie had 'ie nog niet veel gehoord.

De zorg, dat was geen vlees waarin je een thermometer stak
 Vandaar dat Schellekens bedachtzaam over kwaliteitsnormering sprak
 Steven's dochter was in China door een valse hond gebeten
 En werd binnen 3¹/₂ uur geholpen, liet 'ie ons opgelucht weten.

En Frank z'n dochter was met kerst gestikt haast, in een kraal
 En die kerst wèrd toch gezellig, in de VU daar op die zaal!
 Toen werd er een kwartiertje door ons allen gepauzeerd
 En een blauwe Saab stond blijkbaar dubbel geparkeerd.

Een dokter die even ging roken werd buiten achterna gezeten
 Door een Pekinees ... gelukkig werd 'ie niet gebeten.
 Een vrouw in een rood jasje werd maar steeds mobiel gebeld
 Haar dochter had een pony ingeslikt, is mij verteld.

Na de pauze zei eerst Heida weer een hele hoop
 En na zijn inleiding gaf Frank de Grave 't woord aan Joop
 Hij vond de sfeer heel positief, hij proefde geen zwaar weer
 En wat was het gezellig, in het tuinhuis van Peter van de Meer
 De vergelijking met een schaatswedstrijd, we moesten harder rijden
 Eerst maar een stukje oefenen, gezellig met z'n beiden
 En na verloop van tijd, gaf Joop blijmoedig te verstaan
 Kwam je, vol schaatsplezier, op handen of pantoffels aan.

'Dus mijn moraal: veel schaatsplezier!' kregen wij van Joop te horen
 Deed hij zijn verhaal vanmiddag ook achterstevoren?
 Leve de coöperatie, werd tot slot door hem bericht
 Hij zag niets in fuseren en daarmee kreeg 'ie rood licht.

Over het Haga Ziekenhuis wou Frank toen nog wat weten
 Die hadden blijkbaar niet in Peter's tuinhuisje gezeten!
 Elmer Mulder toen, die over taakverdeling sprak
 En over 'ordening zorg', hoe regisseerde je dat strak?

Weesziekten, kindergeneeskunde in tien deelgebieden
 Ja, de UMC's hadden bijzonder veel te bieden
 Mulder waarschuwde tot slot voor de enorme complexiteit
 Einstein op het doek, al was dat net buiten de tijd.

Frank z'n eerste microfoon van vijf, die schee er toen mee uit
 Hij kreeg een nieuwe en vervolgens gaf Kees Sol geluid
 Die uitleg over TNT, daarvoor dankte hij Jan-Peter
 Want de ambitie van zijn zoon begreep 'ie nu veel beter.

Ja het ene kind dat stopt een kraaltje in z'n neus
 En het andere kind maakt weer een heel andere keus
 Sol was door de hele wereld zeer geïnspireerd
 Ook van de mensen in India had hij heel veel geleerd.

Iets moois willen maken, daar was het allemaal om te doen
 En met Kees' ogen was niks mis en hij eindigde wèl mooi in het groen
 Toen, het werd al haast traditie, of is dat een beetje flauw?
 Kregen wij als hekkensluis van dit blok alwèér een vrouw.

En ook Cynthia sprak namens patiënt en consument
 Maar begon heel vriendelijk, met voor de NVZ een compliment
 Over de verwachting van de patiënt was Cynthia kort
 Er was wat weerstand, maar de patiënt denkt ook dat 'ie van concentra-
 tie beter wordt.

Hoe groot de reisbereidheid was hoorden wij allemaal
 Dat bleek af te hangen van de reputatie en de kwaal
 Daniël reist het hele land door, wil ik namens hem verklaren
 En al helemaal als 'ie daarmee zijn prostaat kan sparen!

Wouter Bos werd ondervraagd, zag op de weg nog wel wat beren
 Iets meer gevoel voor urgentie zou mooi zijn, wilde hij hier concluderen
 Maarten, met zijn grijze baard, sprak over 'druk creëren'
 Rol langzaam het vloerkleed op, dat wou Maarten proberen.
 Hadden we tien jaar de tijd? Zei Sol dat nou zo pas?
 't Leek mij dat dan dat vloerkleed tot op de draad versleten was!
 Daarna was het weer tijd voor wat reacties van de klas
 En toen was het na vijven, benieuwd of er een biertje was

Wel garnalenkroketjes, maar tot onze teleurstelling geen bier
 En Wouter Bos, zo zag ik, die ging alweer weg van hier
 Was dat omdat 'ie buiten een sigaretje wilde roken?
 Of had 'ie vanavond bij hem thuis de beurt met koken?

Jan-Peter Heida bouwde voort op de vorige twee blokken
 Hij ging de angst te lijf en echt, dat deed 'ie onverschrokken
 Moesten de NMa en NZa met dynamiet worden opgeblazen?
 Jan-Peter dacht van niet en dat kon niemand hier verbazen.

Inmenging van de overheid? 't Bleek dat die al vierduizend jaar bestond
 Men hakte gewoon uw hand af, als men u niet deskundig vond
 Na Jan-Peter volgden in dit blok alweer vier heren
 Voorzitter één, Theo Langejan, die mocht het eerst proberen.

Tussen droom en daad stond NZa, zoals Theo vrij naar Elsschot zei
 'Wij gaan niet over uw beslissingen', zo constateerde hij
 'Wij gaan over de randvoorwaarden!' pas laat had Theo in de gaten
 Dat wij NIET bij de presentatie van het plan Simons zaten!

Theo voelde dat wij naar een regisseur zaten te snakken
 Ik voelde dat de zaal steeds verder weg begon te zakken
 Theo had al vijf minuten rood, maar reageren? Nou nee!
 Hij stond in 't rode licht als een ervaren prostituee.

Kalbfleisch had geen Elsschot, maar een lied van Sinterklaas
 't Is een vreemdeling zeker ... ' aan 't begin van zijn relaas
 En als tweede wilde hij met klem toen aan ons kwijt
 Zorg bleef voor de NMA te allen tijde prioriteit.

Pieters vierde boodschap: 'Neem je verantwoordelijkheid'
 En Mozes en zijn braambos zijn al eeuwen uit de tijd
 En Pieter had toch nare zondagen, zo stond 'ie te verklaren
 Omdat Feyenoord slecht speelde en al zijn familieleden artsen waren.

Toen het praatje over concentratie van de heer Willem van der Ham
 Die toch een beetje baalde dat 'ie zo laat in 't programma kwam
 Ikzelf ben nog veel later, maar u hoort mij echt niet klagen
 Stel dat ik als éérste was geweest, dan had ik weinig kans van slagen.

In Walcheren was concentratie een must, zei van der Ham
 Waarna Konterman, de laatste spreker, alweer kwam
 De zorgverzekeraar, die 'in het óóg van de afweging' stond
 En popelde om ons te zeggen wat 'ie ervan vond.

Kwaliteit moest transparant zijn hoorden wij van Konterman
 Maar de productiviteitsgroei, daar dacht 'ie het zijne van
 Achmea had de plicht gegevens openbaar te maken
 En met koplopers in de zorg deed Achmea heel graag zaken.

Het borstkankervoorbeeld, aangezwengeld door CZ
 Het standpunt van Achmea werd daarin uiteengezet
 Een benchmark voor specialisten, een instituut voor kwaliteit
 We waren klaar met polderen, voor actie was het tijd!



En daarna was vanmiddag voor de allerlaatste maal
 Gelegenheid tot reageren en het woord was aan de zaal
 Het platteland van Friesland sprak een lichte frustratie uit
 'Concentratie, die is goed', herhaalde Langejan weer luid.

Mevrouw Verbeek vulde wat aan, Kingma die kreeg het woord
 'De resultaten die zijn helder', werd van Van der Ham gehoord
 De situatie in Walcheren, zolang die onverantwoord was
 Zou Konterman daar niet inkopen, vertelde hij de klas.

Marjolein die pleitte voor meer creativiteit
 En hoe kon je 't best bevallen met behoud van kwaliteit?
 Meer babysterfte dan verkeersdoden? En bevallen was emotioneel
 En naar de IC in Walcheren wilden er niet heel veel!

We doen nog drie coupletten en dan gaan wij u verlaten
 Ik moet nog langs de eerste hulp en hij z'n Pekinees uitlaten
 Zoals u weet valt het momenteel niet mee voor musici
 Maar in de ochtenduren beunt 'ie bij, bij TNT!

Ik kan nog uren doorgaan, maar hij krijgt een beetje kramp
 En daarbij dreigt voor mij natuurlijk ook die rode lamp
 Ik hoop dat dit gedicht u allen heeft kunnen bekoren
 De volgende keer doe ik het óók achterstevoren.

Het was mij een genoeg, maar dit is het slotcouplet
 De Saab staat voor en thuis haal ik mijn schaatsen uit het vet
 Daan heeft zijn prostaat nog en dat valt ons alles mee
 En we zaten hier gezellig en we zaten hier oké!

Dominique Engers, 24 november 2010
www.desneldichteres.nl



Colofon

Deze publicatie is tot stand gekomen onder regie en verantwoordelijkheid van de NVZ vereniging van ziekenhuizen, in samenwerking met SiRM, Strategies in Regulated Markets.

NVZ vereniging van ziekenhuizen

Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
030 2739883
nvz@nvz-ziekenhuizen.nl

SiRM, Strategies in Regulated Markets

Postbus 24355
3007 DJ Rotterdam
010 7854225
info@sirm.nl

Ontwerp beeldmerk spreiding en concentratie

Ilona van Zanten

Met dank aan dagvoorzitter en sprekers:

de heer mr. F.H.G. (Frank) de Grave
de heer drs. M.W.J.M. (Michel) Wouters. Chirurg NKI
de heer W.M.C.L.M. (Wim) Schellekens. Hoofdinspecteur IGZ
de heer M. (Marc) Berg. Partner PLEXUS
de heer dr. S.R.A. (Steven) van Eijk. Voorzitter LHV
mevrouw drs. M.A. (Marjolein) de Booy. Manager kwaliteit NPCF
de heer drs. J.G.M. (Joop) Hendriks. Voorzitter raad van bestuur Bronovo Ziekenhuis
de heer drs. E.B. (Elmer) Mulder. Voorzitter NFU
de heer drs. J.C.A. (Kees) Sol. Directeur bedrijfsvoering Oogziekenhuis Rotterdam
mevrouw drs. C. (Cynthia) Vogeler. Manager gezond leven Consumentenbond
de heer mr. P. (Pieter) Kalbfleisch. Voorzitter raad van bestuur NMA
de heer mr.drs. T.W. (Theo) Langejan. Voorzitter raad van bestuur NZa
de heer drs. W.G.J.M. (Willem) van der Ham. Voorzitter Orde van Medisch Specialisten
de heer R (Roelof) Konterman. Voorzitter directie Achmea
de heer drs. L.A.M. (Leon) van Halder. Directeur-generaal Curatieve Zorg ministerie VWS

Vormgeving en druk

Barnyard Creative Powerhouse, Bilthoven

Oplage

1500 exemplaren
1e druk
Utrecht december 2010



INVITATIONAL CONFERENCE 2010

