

Onderhandelen met zorg

Achtergrondonderzoek naar het contracteren van zorg door
verzekeraars en zorgaanbieders

Dr. Jan-Peter Heida
Gupta Strategists

Gupta Strategists

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg bij het advies Zorginkoop

Den Haag, 2008

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

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

Colofon
Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: WPT, Rijswijk (binnenwerk)
Quantes, Rijswijk (omslag)
Uitgave: 2008
ISBN: 978-90-5732-189-4

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 08/07.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Managementsamenvatting	5
1	Inleiding	11
2	De partijen aan de onderhandelingstafel	13
2.1	Verzekeraars	14
2.2	Ziekenhuisbestuur	17
2.3	Specialisten	19
2.4	Patiëntenverenigingen en collectiviteiten	20
3	De onderwerpen aan de onderhandelingstafel	24
3.1	Prijs	27
3.2	Kwaliteit	28
3.3	Volume	30
4	Wat nauwelijks ter tafel komt: ketenzorg	33
5	Aanbevelingen	40
5.1	Stimuleer concurrentie	40
5.2	Maak kwaliteit leidend	41
5.3	Geef het ziekenhuisbestuur zeggenschap in de eigen organisatie	42
5.4	Harmoniseer en versnel de cyclus van regelgeving en toezicht	42
	Literatuur	44
	Overzicht publicaties RVZ	45

Managementsamenvatting

Verzekeraars onderhandelen met ziekenhuizen en ZBC's over de inkoop van zorg. Uit een webenquête en interviews onder die partijen blijkt dat de marktwerking op gang komt en al bijdraagt aan het bespreken van de kwaliteit van zorg. Men is echter nog niet tevreden en wil graag verder gaan.

De partijen aan onderhandelingstafel

Alle partijen vinden dat de andere partij een sterkere positie heeft dan zij zelf, zowel in het A- als in het B-segment (figuur 1)¹. Ziekenhuizen realiseren de sterke positie die aanbieders meestal in zorgmarkten hebben nog niet.

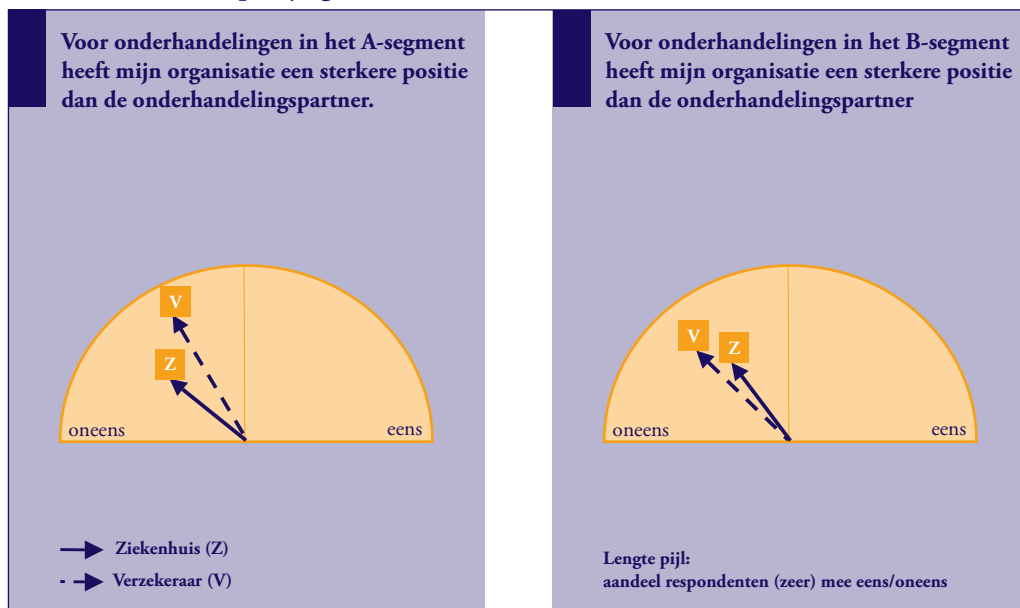
- Verzekeraars hebben een achterstand ten opzichte van de ziekenhuizen. De onderhandelaars hebben minder senioriteit en zijn volgens de ziekenhuizen en ZBC's nog niet voldoende toegerust voor hun taak. Ziekenhuizen zijn erg negatief over de kennis, kunde en inzet van verzekeraars. Verzekeraars lopen het risico dit te bagatelliseren. Minder dan een derde van de ziekenhuizen vindt de onderhandelaar van de verzekeraar ter zake kundig (figuur 2).
- De onderhandelaars van ziekenhuizen combineren hun taak vaak met andere taken. Onderhandelen met ziekenhuizen is nog wel lastig, omdat het bestuur de resultaten niet altijd kan implementeren binnen de eigen organisatie.
- Specialisten worden steeds meer bij de onderhandelingen betrokken. De belangen van de specialisten liggen niet per definitie parallel aan die van de ziekenhuizen.
- Patiëntenverenigingen en collectiviteiten worden nog nauwelijks betrokken bij de onderhandelingen in de zorg. Verzekeraars vinden iets vaker dat patiëntenverenigingen en collectiviteiten wel worden betrokken, maar ziekenhuizen en ZBC's herkennen dat niet (figuur 3). Zowel verzekeraars als ziekenhuizen vinden dat patiëntenverenigingen en collectiviteiten meer bij de onderhandelingen betrokken moeten worden. Hier wordt al mee geëxperimenteerd door verzekeraars en patiëntenverenigingen.

De onderwerpen aan de onderhandelingstafel

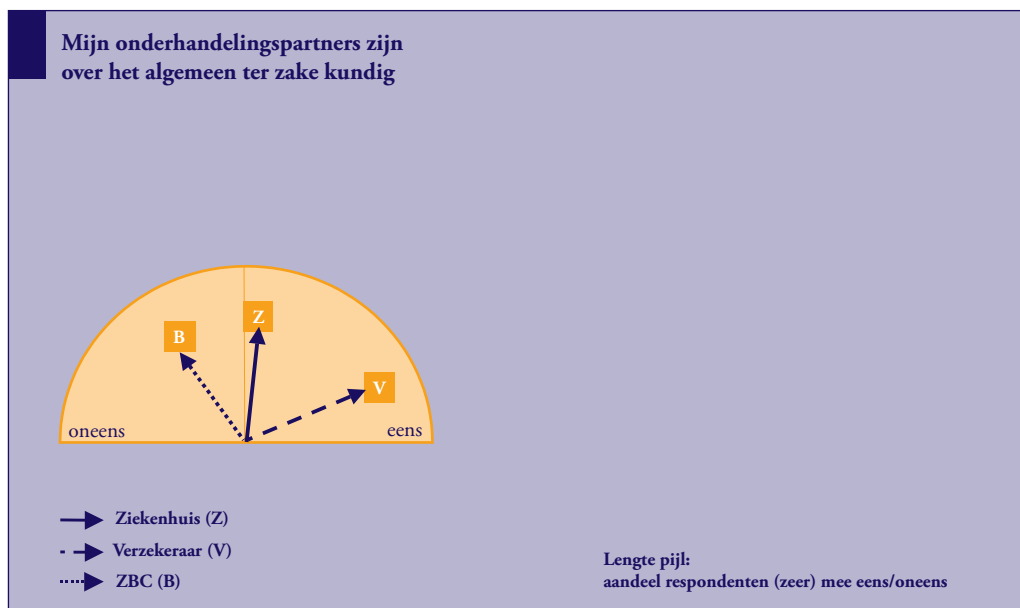
Tijdens de onderhandelingen wordt net zoveel tijd besteed aan het B-segment als aan het A-segment terwijl het A-segment ruim tien keer groter is. Vrijwel alle geïnterviewden staan positief tegenover uitbreiding van het B-segment. Bij de onderhandelingen is prijs belangrijker dan kwaliteit en volume.

- De onderhandelingen gaan nog voor het belangrijkste deel over de prijs en in het A-segment over groei van het budget. Alhoewel alle partijen enthousiast beginnen met spreken over kwaliteit, verschuift gaandeweg de besprekingen de nadruk naar prijs en budget.

Figuur 1 Zowel ziekenhuizen als verzekeraars vinden dat de onderhandelingsmacht bij de andere partij ligt



Figuur 2 Ziekenhuizen en ZBC's zijn niet onder de indruk van de kundigheid van verzekeraars



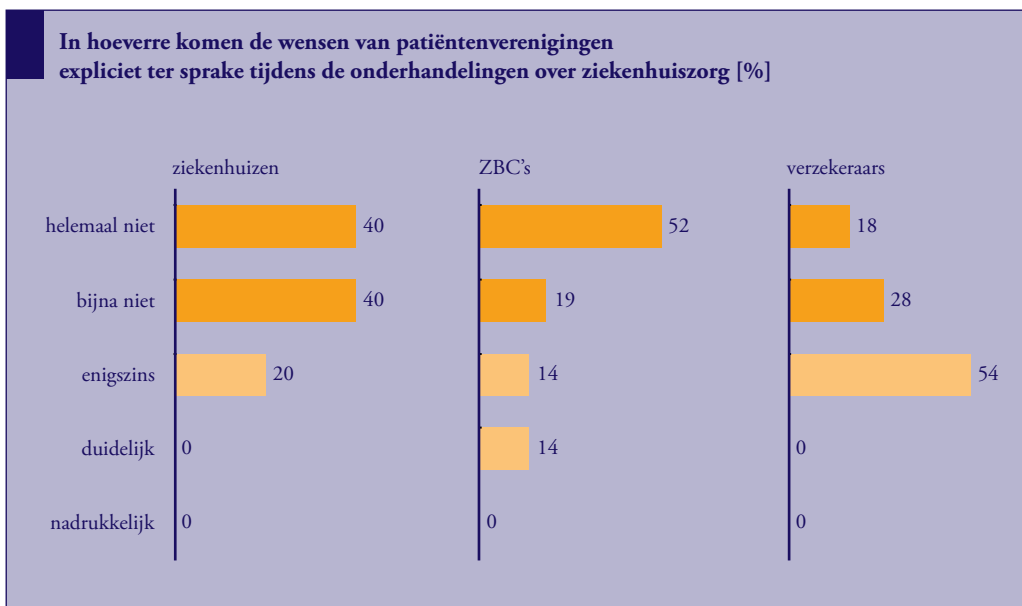
- Voor de DBC's in het B-segment wordt veel meer over kwaliteit gesproken dan voor de DBC's in het A-segment (figuur 4). Er worden in meer gevallen concrete afspraken over gemaakt. Kwaliteit was een paar jaar geleden nog nauwelijks bespreekbaar, maar wordt steeds meer een thema. De 'DBC-taal' draagt daar aan bij.
- Verzekerden worden nog nauwelijks gegidst naar ziekenhuizen. Verzekeraars streven er meestal naar om alle zorgaanbieders te contracteren. Zowel ziekenhuizen als verzekeraars willen wel meer aan sturing doen om zich van concurrenten te kunnen onderscheiden. Men verwacht dat dit ten goede komt aan de kwaliteit.

Ziekenhuizen denken dat verzekeraars vooral gedreven zijn door kostenbeheersing, terwijl verzekeraars stellen dat kwaliteit het belangrijkste doel van zorginkoop is (figuur 5).

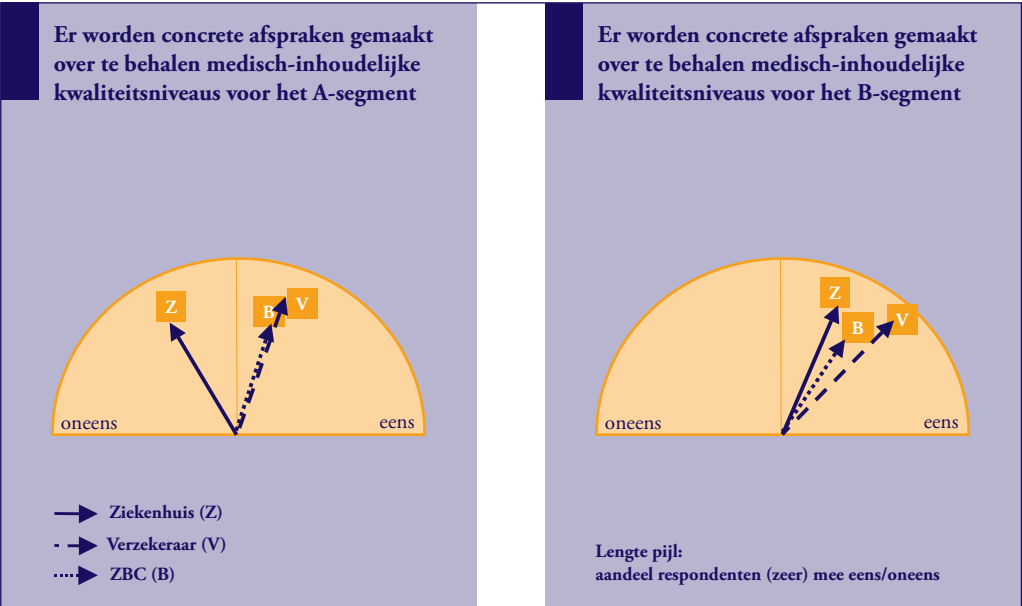
Wat nauwelijks ter tafel komt: ketenzorg

Alhoewel zowel verzekeraars als ziekenhuizen ketenzorg wenselijk achten (figuur 6), wordt er nog weinig tijd aan besteed. Alleen voor diabetes, waarvoor een landelijk behandelprotocol bestaat, worden concrete afspraken gemaakt. Dit wil niet zeggen dat er verder geen ketenzorg geleverd wordt. Ziekenhuizen maken afspraken met verpleeghuizen en huisartsen voor ketenzorg. Men verwacht dat het aandeel van ketenzorg de komende drie jaar verdubbeld. Er zijn nog veel belemmeringen voor verdere ontwikkeling van ketenzorg, zoals complexe regelgeving met voor ketenzorg perverse prikkels en het steeds 'technischer' worden van specialisten.

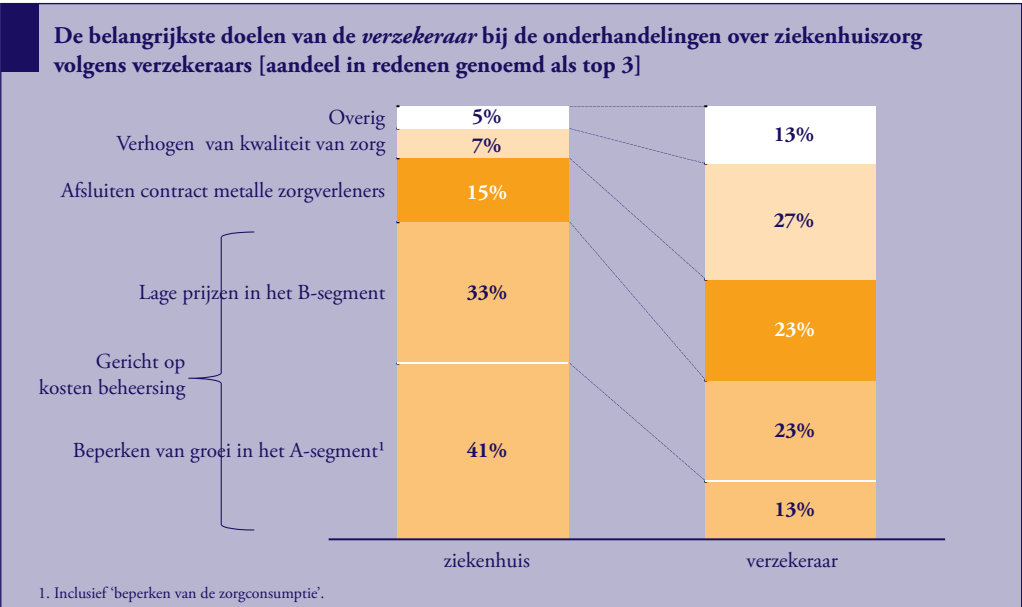
Figuur 3 Alhoewel verzekeraars de wensen van patiëntenverenigingen enigszins betrekken, merken ziekenhuizen en ZBC's dat niet



Figuur 4 Voor het B-segment worden vaker concrete afspraken over medische kwaliteit gemaakt, over het A-segment is men verdeeld



Figuur 5 Verzekeraars en ziekenhuizen hebben een radicaal ander beeld bij de doelen van verzekeraars bij de zorginkoop

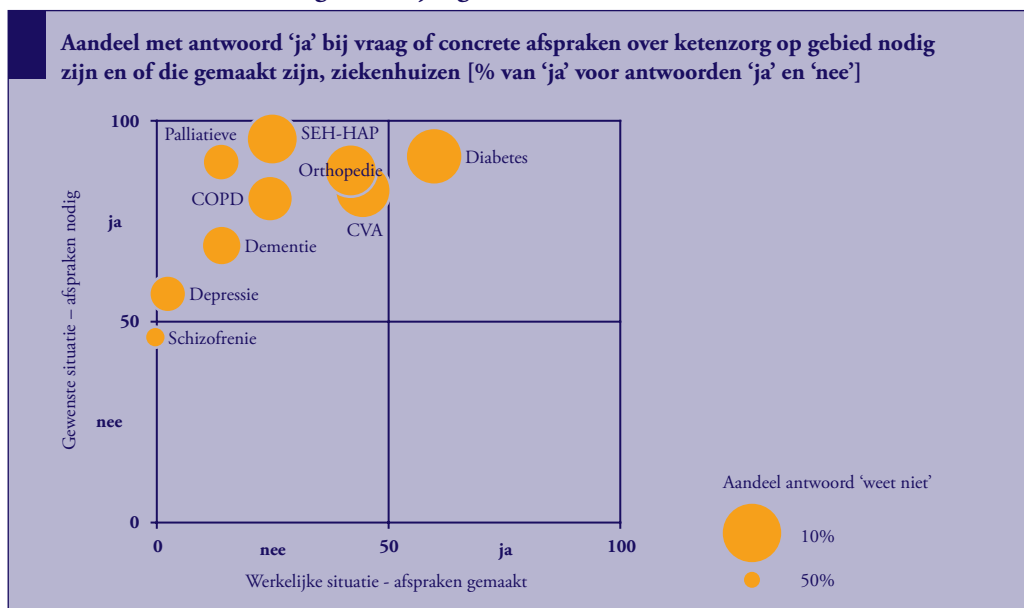


Aanbeveling om zorginkoop te verbeteren

De meest genoemde aanbevelingen voor verbetering van de zorginkoop zijn:

- Stimuleer concurrentie, zodat zorgaanbieders zich kunnen onderscheiden:
 - Breid het B-segment uit.
 - Creëer gelijk speelveld voor nieuwe toetreders als ZBC's.
 - Pas vereveningssysteem aan naar enkel ex-ante verevening.
 - Maak naturapolis aantrekkelijker.
 - Beperk vangnetten voor ziekenhuizen.
 - Zie toe op fusies van maatschappen.
- Focus op inhoud en kwaliteit en maak dat transparant:
 - Stel gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren vast.
 - Investeer in kennis over de zorg.
- Geef het ziekenhuisbestuur meer zeggenschap, zodat ze processen kunnen verbeteren:
 - Herzie systeem van toelatingsovereenkomsten van specialisten.
 - Maak prikkels voor ziekenhuis en specialist parallel.
- Harmoniseer en versnel het toezicht, zodat sneller duidelijk is wat de impact van innovaties eigenlijk is.
 - Harmoniseer toezicht van verschillende toezichthouders.
 - Versnel de cyclus, zodat resultaten eerder duidelijk zijn.

Figuur 6 Hoewel de meeste ziekenhuizen afspraken over ketenzorg belangrijk vinden, worden die nog nauwelijks gemaakt



Conclusie

De meeste geïnterviewden hebben veel commentaar op en verbeterpunten voor de huidige situatie. Verreweg de meesten stellen echter dat de Nederlandse ziekenhuissector op de ingeslagen weg verder moet gaan. Men besteedt meer tijd – zij het nog te weinig – aan onderhandelen over prijs en kwaliteit van de DBC's in het geliberaliseerde B-segment dan aan de DBC's in het A-segment. Er wordt meer over kwaliteit gesproken dan een paar jaar geleden en er ontstaat geleidelijk aan meer vrijheid om de zorg langs de wensen van patiënten te organiseren. Volgens de meesten mag dat proces gerust versneld worden.

1 Inleiding

De zorg heeft jarenlang gewerkt met wederzijds verplicht contracteren en regionale coördinatie tussen de verzekeraars. Met de introductie van het B-segment, per 1 januari 2008 ongeveer 20 % van de curatieve zorg, en met het opheffen van de contracteerplicht zijn er ook bilaterale onderhandelingen tussen individuele zorgverzekeraars en ziekenhuizen gekomen.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) bereidt een advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor over de zorgcontractering. Gupta Strategists is gevraagd om daarvoor een achtergrondstudie uit te voeren, waarin de huidige werking van de zorgcontractering en de rol van verschillende actoren daarbij wordt beschreven.

In het achtergrondonderzoek wordt tevens aandacht geschonken aan het contracteren van Zorgverzekeringswet (ZVW) overschrijdende ketenzorg. Een van de verwachte voordelen van marktwerking in de zorg is dat ontkokering tussen de compartimenten verder wordt gestimuleerd. Bij de zorgcontractering wordt idealiter een holistisch beeld van de zorg gebruikt, zodat afwegingen tussen eerste, tweede en derde lijnzorg worden gemaakt. Dit leidt dan tot 'ketenzorg'. Voorbeelden hiervan zijn integratie van de HAP en de SEH, ketenzorg voor bijvoorbeeld COPD- en diabetespatiënten en recuperatie in een zorghotel na een orthopedische ingreep. Dit achtergrondonderzoek gaat in op ketenzorg tussen ziekenhuizen en huisartsen en drie AWBZ-sectoren (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg).

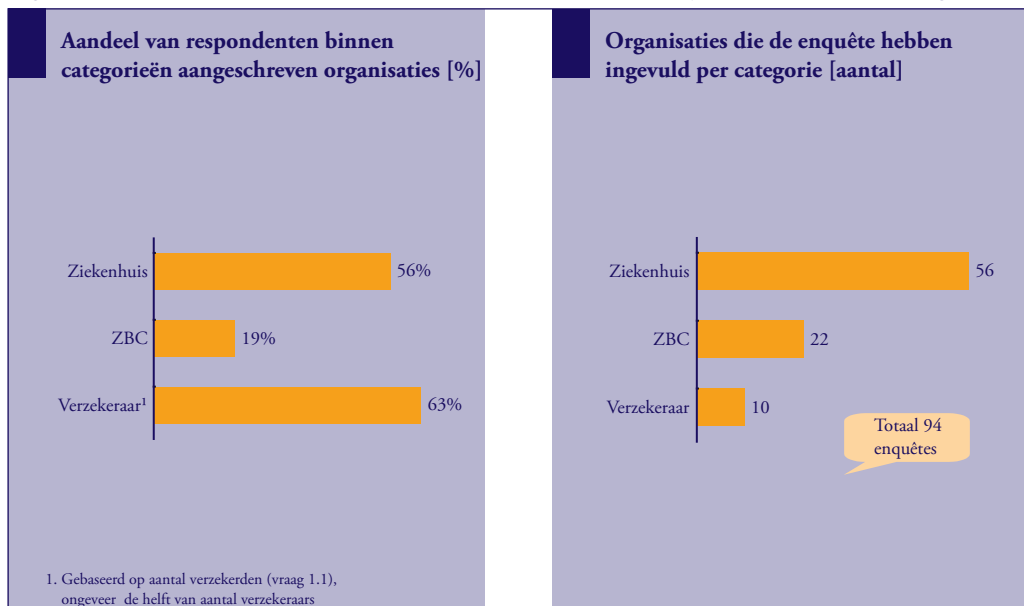
Het materiaal voor deze achtergrondstudie is verzameld met een webenquête en met interviews. De webenquête is gehouden onder ziekenhuizen, verzekeraars en ZBC's. De enquête is in totaal 94 maal correct ingevuld. Dit houdt een respons in van 56% onder ziekenhuizen. De verzekeraars die hebben gereageerd zijn goed voor 63% van de markt van verzekerden (figuur 7). Voor enkele organisaties is de enquête door twee respondenten ingevuld. Daarnaast zijn 21 organisaties geïnterviewd over hun ervaringen met de zorginkoop en over wat zij als belangrijkste belemmeringen zien voor een betere werking van het inkoopproces. Dit waren 7 verzekeraars, 8 ziekenhuizen, 2 specialisten, 2 ZBC's en 2 inkoopers van zorg. De citaten zijn in dit rapport geanonimiseerd weergegeven, de herkomst ervan is bij het RVZ projectteam bekend.

"Een hele hoop dingen gaan wel goed. Ik wil niet klagen hoor..."

Dit rapport kan nogal negatief overkomen. Er is dan ook expliciet gevraagd naar knelpunten in het huidige systeem. Een deel van de gerapporteerde knelpunten is beeldvorming, een ander deel werkelijkheid. De meeste geïnterviewden zien zeker ook positieve punten in het huidige

systeem. Niemand is echter nog tevreden. Er staat nog veel werk te gebeuren om de zorg kwalitatief te verbeteren en de kosten te beheersen. Verreweg de meeste geïnterviewden vinden dat er nu in Nederland een trend in de goede richting is. Er wordt meer over kwaliteit gesproken dan een paar jaar geleden en er ontstaat geleidelijk aan meer vrijheid om de zorg langs de wensen van patiënten te organiseren. Volgens de meesten mag dat proces gerust versneld worden.

Figuur 7 Voor zowel ziekenhuizen als verzekeraars heeft bijna 60% de enquête ingevuld



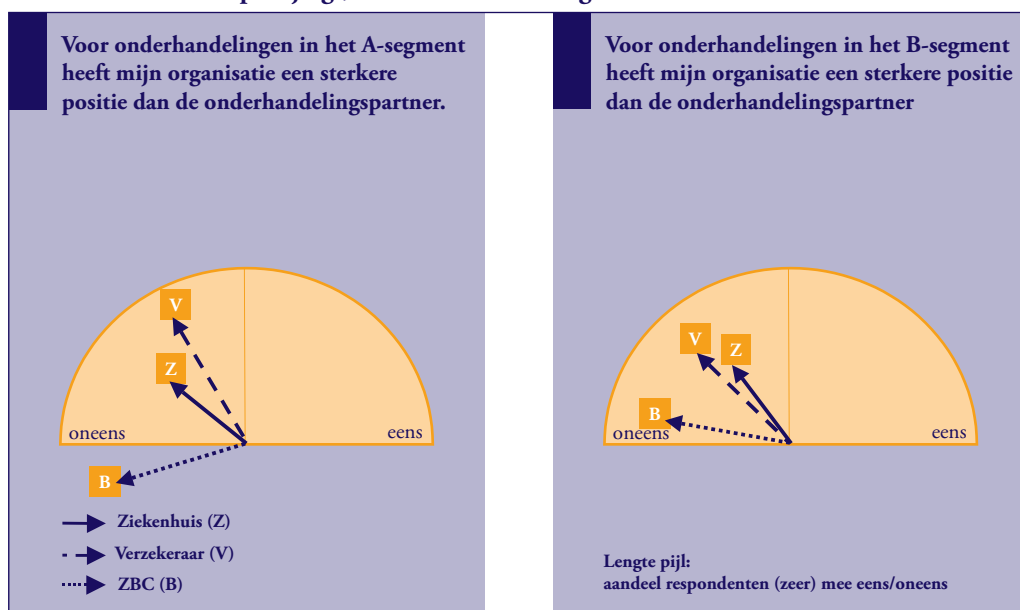
2 De partijen aan de onderhandelingsstafel

Verzekeraars sluiten contracten met de ziekenhuizen en ZBC's. Ziekenhuizen en verzekeraars vinden beide dat hun onderhandelingspartners een sterkere positie hebben dan zij zelf (figuur 8). Overigens werd dit beeld in de gesprekken iets genuanceerd, en gaven de meeste geïnterviewden aan dat het ziekenhuis meer macht heeft dan het nu gebruikt. "De macht ligt, en dat is verbazingwekkend, nog midden op tafel – waarom grijpen ziekenhuizen die niet?". De machtspositie van verzekeraars is in het A-segment, waar verzekeraars het wettelijk budget over de ziekenhuizen verdelen, iets groter dan in het B-segment. ZBC's vinden hun eigen positie aan de onderhandelingsstafel nog een stuk zwakker dan ziekenhuizen voor zowel het A- als het B-segment.

Volgens ziekenhuizen moeten verzekeraars fors investeren in inhoudelijke kennis van de zorg, zij hebben een achterstand op kennis, kunde en senioriteit.

Verzekeraars stellen dat ziekenhuizen voornamelijk in managementcapaciteiten moeten investeren om zodoende de bedrijfsvoering te verbeteren. Volgens de meeste geïnterviewden zou het bestuur van ziekenhuizen meer macht moeten hebben om beslissingen in de eigen organisatie door te kunnen voeren. Die macht ligt nu volgens geïnterviewden te veel bij specialisten. De verhouding tussen ziekenhuizen en specialisten zouden moeten worden aangepast.

Figuur 8 Zowel ziekenhuizen als verzekeraars vinden dat de onderhandelingsmacht bij de andere partij ligt, ZBC's vinden dat nog meer



Bijna alle geïnterviewden maken zich zorgen om de tegenstrijdige belangen tussen ziekenhuizen en specialisten, zeker nu de lump sum per 2008 wordt afgeschaft. Specialisten worden overigens steeds meer bij de onderhandelingen betrokken.

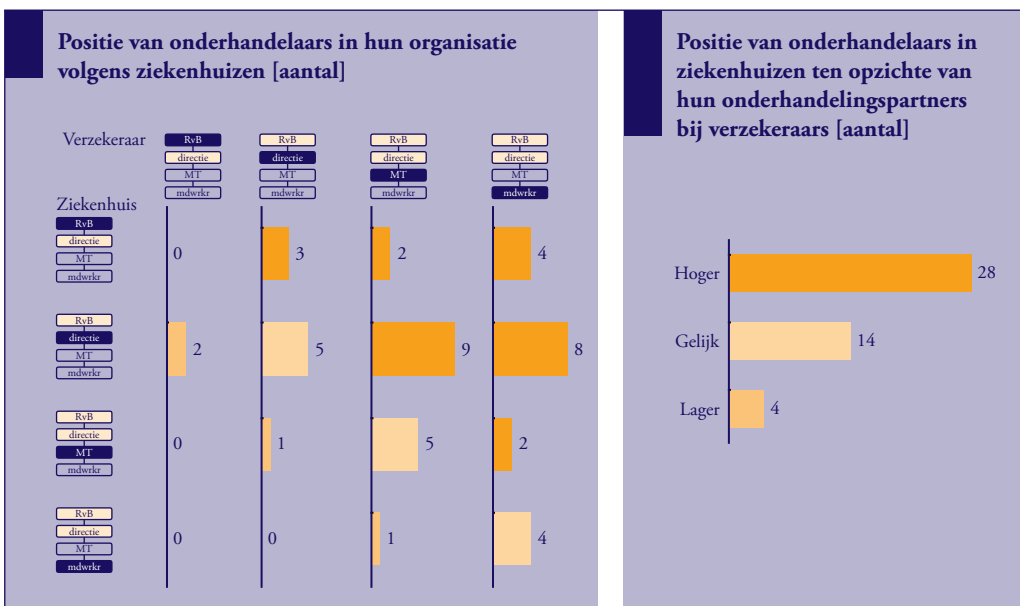
Patiëntenverenigingen en collectiviteiten worden nog nauwelijks betrokken bij de zorginkoop alhoewel dit volgens de meeste respondenten wel gewenst is.

2.1 Verzekeraars

De verzekeraar heeft bij de onderhandelingen een achterstand ten opzichte van ziekenhuizen, zowel qua kennis, kunde als qua senioriteit. Bovendien lijken respondenten van verzekeraars er nog niet van door-drongen dat ze meer kunnen investeren in onderhandelingsvaardigheden en voorbereiding van de onderhandelingsrondes. De onderhandelaars van ziekenhuizen zijn meestal hoger gepositioneerd in hun organisatie dan de onderhandelaars van verzekeraars (figuur 9).

- De onderhandelaars van verzekeraars zijn meestal medewerkers zonder veel andere verantwoordelijkheden (figuur 10). Onderhandelaars van ziekenhuizen hebben een bredere verantwoordelijkheid. Meestal zijn het de managers van de finance en control functie. Over het algemeen hebben deze mensen meer senioriteit, en als zodanig ook een overwicht in de onderhandelingen. Hier komt wel verandering

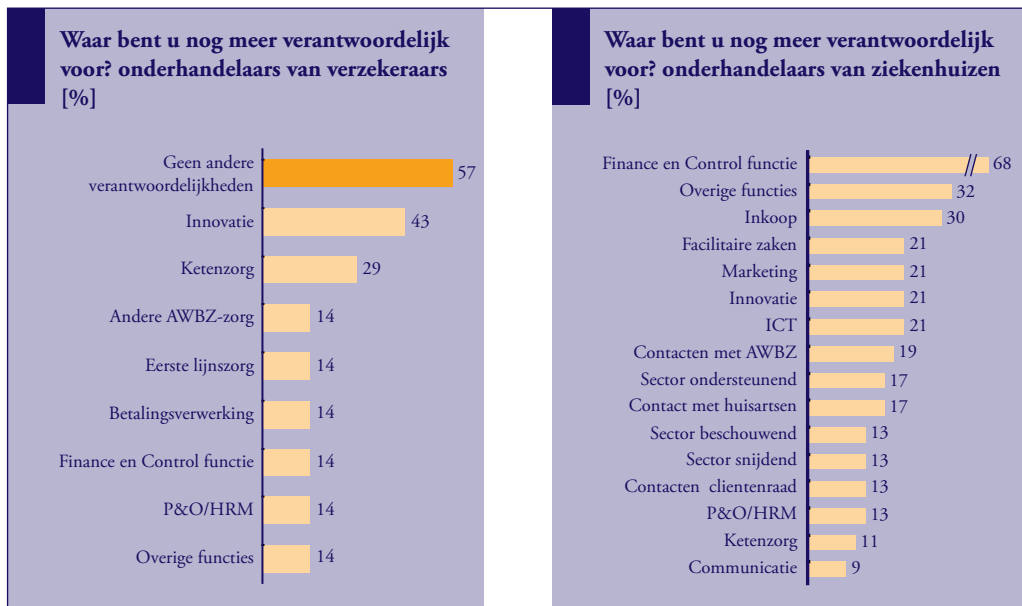
Figuur 9 De onderhandelaars van ziekenhuizen hebben meestal een grotere verantwoordelijkheid binnen hun organisatie



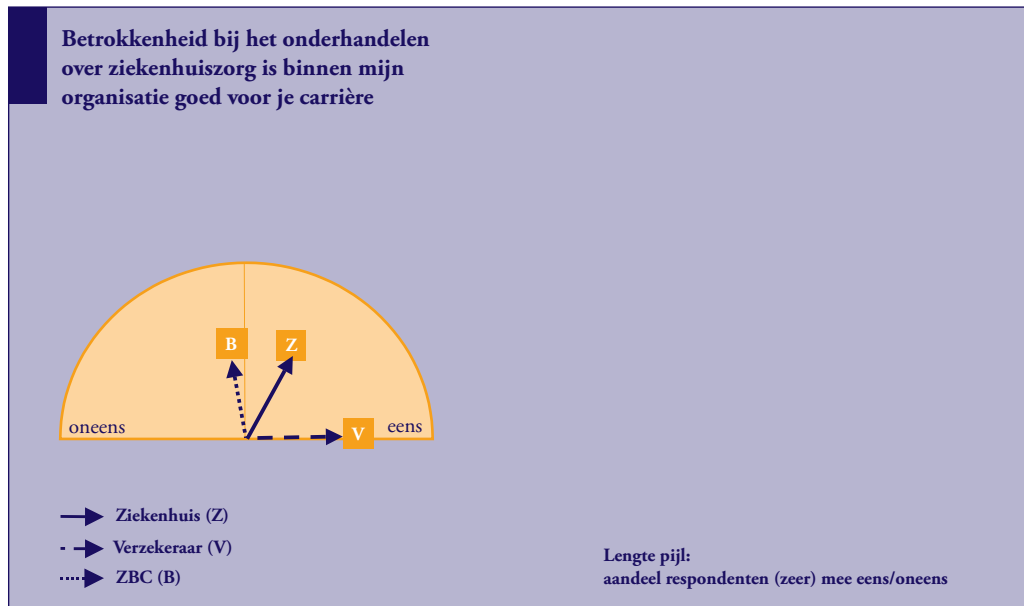
in. De eerste ziekenhuizen hebben nu een specifieke marketing en sales functie. Tot nog toe werd het onderhandelen erbij gedaan. Met menskracht op marketing en sales verwacht men de onderhandelings- en salesfunctie uit de technische sfeer te halen. Men hoopt hiermee bovendien meer aan innovatie en kwaliteit te kunnen doen.

- Betrokkenheid bij onderhandelen is niet per definitie een pre voor de eigen carrière (figuur 11). Wellicht omdat de onderhandelingspartners bij ziekenhuizen al een carrière hebben gemaakt. Bij verzekeraars wordt het meer gezien als positief voor de carrière om bij de onderhandelingspartners betrokken te zijn. Dit zijn overigens vaak meer junior mensen die betrokkenheid bij onderhandelen misschien zien als een goede mogelijkheid om verder te ontwikkelen.
- Respondenten bij ziekenhuizen vinden wel dat ze meer kunnen investeren in onderhandelingsvaardigheden (figuur 12). Verzekeraars vinden dat van zichzelf niet. Verzekeraars zijn hier waarschijnlijk te gemakkelijk in. Hun onderhandelingspartners zijn namelijk niet onder de indruk van hun onderhandelingsvaardigheden.
- De onderhandelingspartners van ziekenhuizen hebben een enorme informatievoorsprong op hun onderhandelingspartners. Verzekeraars stellen dat ze voldoende aandacht aan de onderhandelingspartners voor zorginkoop besteden (figuur 13). Volgens ziekenhuizen hebben ze echter vaak niet de tijd om de onderhandelingspartners goed voor te bereiden. “Er gaat bij hen veel energie en tijd verloren aan fusies en interne zaken”. Geïnterviewden geven aan dat hier veranderingen gaande zijn. Een “verzekeraar vergelijkt ons [ziekenhuis] met andere vergelijkbare ziekenhuizen”. Verzekeraars moeten volgens ziekenhuizen fors

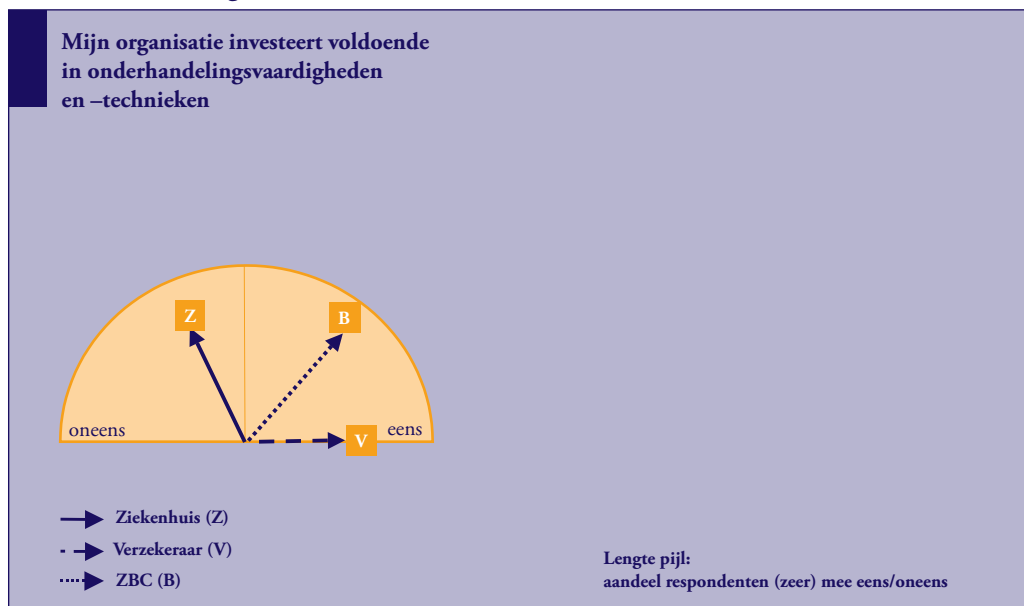
Figuur 10 Onderhandelingspartners bij verzekeraars hebben meestal geen andere verantwoordelijkheden, bij ziekenhuizen juist wel



Figuur 11 Betrokkenheid bij het contracteren van zorg wordt volgens verzekeraars meer gewaardeerd dan volgens ziekenhuizen



Figuur 12 Verzekeraars vinden dat ze voldoende investeren in onderhandelingsvaardigheden en technieken



investeren in beter begrip van de zorgketen. Volgens ziekenhuizen gebruiken de verzekeraars daarvoor nog lang niet alle informatie die ze zelf hebben. “Ze hebben hun databases nog niet op orde”.

- Bij ziekenhuizen worden vrijwel altijd specialisten betrokken bij de voorbereiding en steeds meer ook bij de eigenlijke onderhandelingen. Verzekeraars zijn volgens ziekenhuizen geen partij voor hun eigen medische en niet-medische onderhandelaars.

Minder dan een derde van de ziekenhuizen antwoord “mee eens” of “zeer mee eens” op de vraag of ze hun onderhandelingspartner ter zake kundig vinden (figuur 14). Over de kennis van verzekeraars over de zorg wordt steeds smalend gedaan. “Ze weten van toeten noch blazen. De know how ontbreekt – maar ja, ze kunnen ook niet alles weten”. De meeste verzekeraars hebben zich tot nog toe te weinig verdiept in de onderliggende processen. Bij het ‘onderhandelen’ wordt nauwelijks op de inhoud ingegaan.

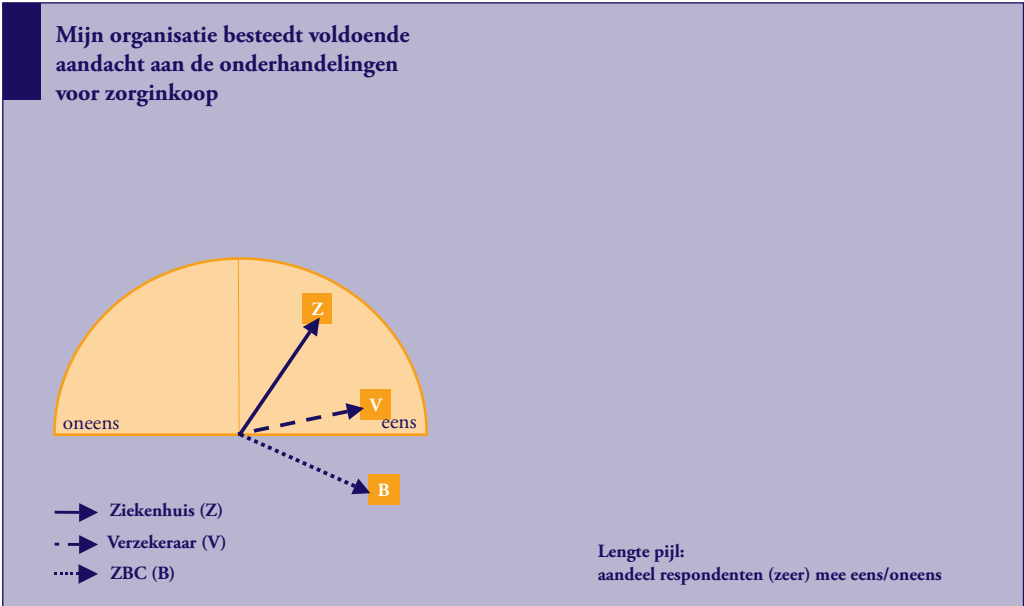
Verzekeraars lopen het risico dat ze dit beeld van de ziekenhuizen bagatelliseren. Zo stellen ze bijvoorbeeld dat ze de onderhandelingen goed voorbereiden en voldoende investeren in onderhandelingsvaardigheden. Dat strookt niet met het beeld dat de ziekenhuizen van hen hebben.

Verzekeraars daarentegen zien de onderhandelaars van ziekenhuizen over het algemeen als ter zake kundig. Zij hebben echter wel op- en aanmerkingen over het functioneren van het ziekenhuisbestuur in het algemeen.

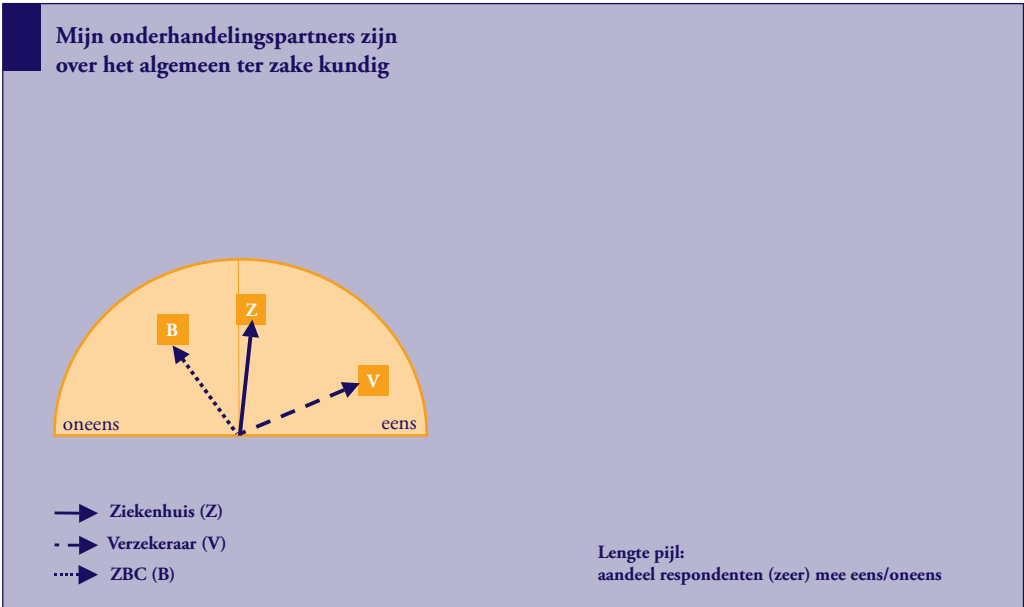
2.2 Ziekenhuisbestuur

Verzekeraars stellen dat ziekenhuizen hard moeten werken aan verbetering van de efficiëntie en van de bedrijfsvoering. “Bedrijfsvoering is een belangrijk thema en kan een risico voor ziekenhuizen en verzekeraars inhouden”. Veel ziekenhuizen kunnen bijvoorbeeld geen oordeel geven over hoeveel werk ze onderhanden hebben, of wat wordt gefactureerd. Verzekeraars hebben in 2006 bijvoorbeeld twee maal zoveel voorschotten betaald als voorheen gebruikelijk, omdat ziekenhuizen hun facturering niet op orde hadden. Er is nog veel werk te doen om de invoering van DBC’s te verwerken. Volgens verzekeraars moet er een forse professionaliseringsslag gemaakt worden, zoals ook vaak door ziekenhuizen zelf wordt beaamd. “De focus op ‘handen aan het bed’ van het afgelopen decennium is ten koste gegaan van management en overhead. Er zijn simpelweg te weinig mensen om na te denken over aspecten zoals marketing, sales, strategie en logistiek”. “Het zou goed zijn om een commercieel geëxploiteerd ziekenhuis in Nederland te hebben. Die kan laten zien dat verbeteringen veel sneller kunnen worden doorgevoerd dan men nu in Nederland voor mogelijk houdt. Dat werkt als een ‘steen in de vijver’”. Volgens ziekenhuizen is “een belangrijk voordeel van het DBC-systeem – alhoewel nog steeds veel te complex – dat er een prikkel is om de interne kostentoerekening aan afdelingen en producten te verbeteren.

Figuur 13 **Verzekeraars vinden eerder dat ze voldoende aandacht aan de onderhandelingen besteden dan ziekenhuizen**



Figuur 14 **Ziekenhuizen en ZBC's zijn niet onder de indruk van de kundigheid van verzekeraars**



Volgens verzekeraars is er duidelijk een professionaliseringsslag in het ziekenhuisbestuur nodig om de doelstellingen te behalen. “Het is ook moeilijk om goede managers te krijgen als ze elders het dubbele kunnen verdienen”. De inkomens voor ex-medici in de Raad van Bestuur zijn bijna 20% hoger dan voor niet-medici in de Raad van Bestuur. Voor een verleden als specialist wordt meer betaald dan voor een verleden als succesvol manager. Ziekenhuizen zijn over het algemeen geen ondernemende organisaties. Eén verzekeraar stelt zelfs: “Als het ondernemers waren, zaten ze daar niet”.

Voorzitters van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis zijn dat gemiddeld vijf à zes jaar (Gupta Strategists 2007a). “Ze hebben niet genoeg macht om huidige patronen te doorbreken. De Raad van Bestuur is baas van een gebouw, niet van een ziekenhuis”. De geïnterviewde verzekeraars en ziekenhuizen vinden dat de Raden van Bestuur meer macht over het ziekenhuis moeten krijgen.

Het bestuur van ziekenhuizen wordt veel interim ingevuld. 10% van de voorzitters van de Raad van Bestuur is ad interim². De meeste bestuurswisselingen worden afgedwongen door de specialisten die meestal de eigenlijke macht in het ziekenhuis hebben. “Niet één ziekenhuisdirecteur is baas van zijn eigen organisatie”. Dit zijn over het algemeen de specialisten.

2.3 Specialisten

De financiële prikkels voor vrijgevestigde specialisten liggen voor het A-segment niet parallel aan die van het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet binnen het afgesproken budget blijven, zodat extra productie geld kost. Voor specialisten daarentegen, levert extra productie juist geld op.

“Voor het B-segment zijn de belangen meer gelijkgericht, omdat het ziekenhuis daar ook zoveel mogelijk volume wil maken”. Eén ziekenhuis heeft bijvoorbeeld geadverteerd voor orthopedische ingrepen en heeft daarmee extra groei gerealiseerd. Overigens “was een belangrijker effect van de advertenties dat het in het ziekenhuis duidelijker werd dat de wereld veranderd is”.

Het financieel belang van specialisten zou volgens geïnterviewden meer parallel moeten lopen aan die van het ziekenhuis. Dit gebeurt bij uitbreiding van het B-segment en door een herziening van het stelsel van toelatingsovereenkomsten. Die zouden kunnen worden omgezet in arbeidscontracten of een beperkte duur kunnen krijgen. Het ziekenhuis kan dan periodiek evalueren of de specialist nog past in het profiel van het ziekenhuis en vice versa. Het is daarnaast wel van belang dat er ook een serieus volumerisico is. Ziekenhuizen en specialisten hebben dan

dezelfde prikkel, en de beste combinatie kan ook daadwerkelijke volumegroei realiseren.

Aangezien de lump sum per 1 januari 2008 wordt afgeschaft, verwachten veel geïnterviewden spanningen tussen het ziekenhuisbestuur en de specialisten, binnen de maatschappen en tussen maatschappen. “Afschaffen van de lump sum is een ‘bommetje’ onder de ziekenhuiszorg”. De productieprikkel zal voor een aantal specialismen toenemen. Het verdelen van de groei binnen het ziekenhuis wordt nog moeilijker. “Ik zou nu niet graag ziekenhuisbestuurder willen zijn”.

De toekomstige rol van specialisten is bovendien nog niet helder:

- Aan de ene kant “moeten specialisten meer met elkaar gaan samenwerken; we moeten af van de huidige maatschapstructuur. Ze moeten zich organiseren rond patiëntengroepen”. Daarmee kan dan patiëntgerichter gewerkt worden.
- Aan de andere kant “...worden specialisten steeds meer topexperts op een heel klein gebied en werken ze steeds minder mensgericht. Een kankerspecialist weet heel veel over een knobbel in de borst en wordt steeds meer een techneur”.
- Daarnaast zijn er ook specialismen die niet in een groot collectief hoeven te worden ondergebracht. “De meerwaarde van een grote organisatie weegt niet op tegen het gedoe, bijvoorbeeld op het logistieke gebied. Met moderne communicatiemiddelen is overleg, inclusief verzenden van beelden, met collega’s op afstand makkelijk te realiseren. De clustering is niet altijd nodig”.

Geïnterviewden geven vaak aan dat juist de onduidelijkheid over de plannen van VWS funest zijn voor innovatie in de zorg. Als stakeholders niet weten waar ze aan toe zijn, belemmert dat de samenwerking. Niet alleen tussen specialisten en ziekenhuisbestuur, maar ook met andere partners, zoals huisartsen, verpleeghuizen, verzekeraars en patiëntenverenigingen en collectiviteiten.

2.4 Patiëntenverenigingen en collectiviteiten

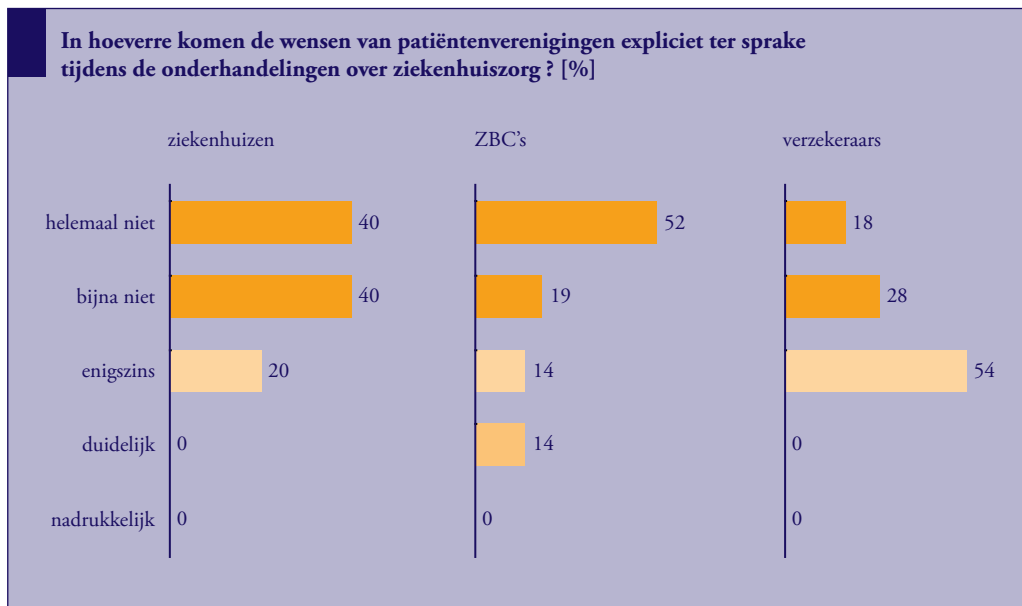
Patiëntenverenigingen en collectiviteiten worden nog nauwelijks betrokken bij het contracteren van zorg. Ruim driekwart van de ziekenhuizen geeft aan dat de wensen van patiëntenverenigingen en collectiviteiten niet expliciet ter sprake komen tijdens de onderhandelingen (figuur 15 en 16). Het beeld voor collectiviteiten is iets minder somber. Zij komen iets vaker ter sprake tijdens de onderhandelingen. Bijna 60% van de ziekenhuizen geeft aan helemaal niet met patiëntenverenigingen of collectiviteiten te spreken in het kader van het contracteren van zorg. Verzekeraars zijn iets positiever, ongeveer de helft stelt dat de wensen van patiëntenverenigingen en collectiviteiten wel ter sprake komen. Het is merkwaardig dat patiëntenverenigingen en collectiviteiten volgens verzekeraars soms

wel ter sprake komen, maar dat dit veel minder door ziekenhuizen wordt herkend.

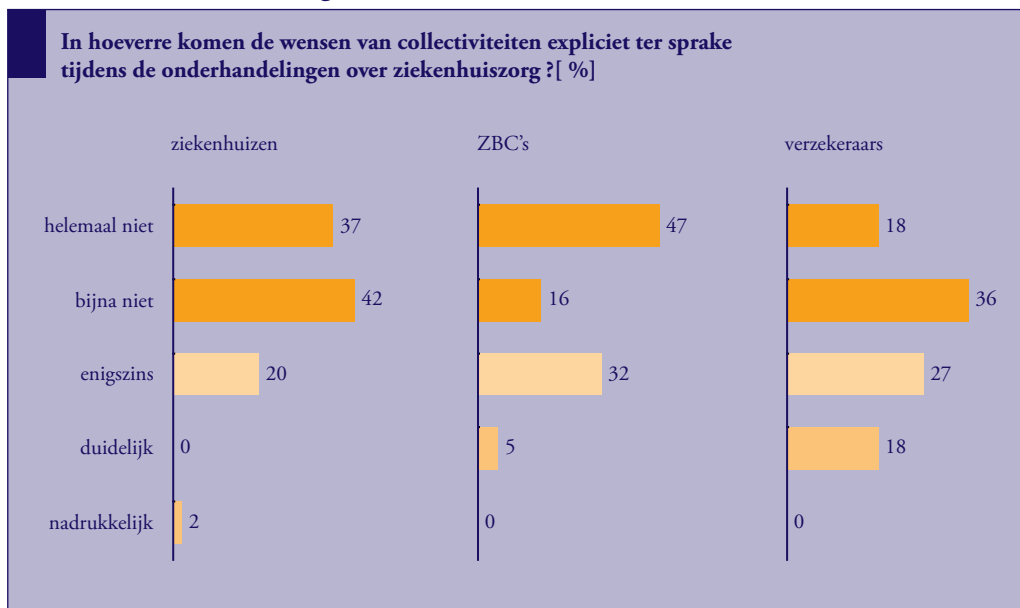
Zowel verzekeraars als ziekenhuizen vinden dat patiëntenverenigingen en collectiviteiten meer bij de onderhandelingen betrokken moeten worden (figuur 17). De meningen hierover zijn wel verdeeld, de pijlen slaan niet ver uit. Eén verzekeraar heeft een afwijkende mening. Deze stelt dat patiëntenverenigingen juist buiten de onderhandelingen om met ziekenhuizen en specialisten zaken moeten doen. “Met hen kunnen ze behandelprotocollen afspreken. De verzekeraars moeten dan wel volgen”. Verzekeraars zijn al aan het experimenteren met het betrekken van patiëntenverenigingen. Recent kondigden Menzis en de NPCF aan dat ze een pilot in de regio Groningen landelijk uitrollen (NPCF, 2007). Daar zijn de wensen van patiënten met prostaatkanker, borstkanker, de ziekte van Duchenne en kankerpatiënten met een stoma geïnventariseerd en betrokken in de zorginkoop. De pilot wordt verbreed naar andere ziektebeelden. Ook Agis heeft in 2007 een pilot gedaan met de NPCF voor zorginkoop (Zorgvisie 2007b).

Tijdens de interviews met verzekeraars was er meer stof om over collectiviteiten te spreken dan over patiëntenverenigingen. Een aantal geïnterviewden verwacht dat de rol van bedrijfscollectiviteiten belangrijker wordt in de zorgmarkt. Voor bedrijven wordt gezondheidsmanagement steeds belangrijker. Zij willen hiermee besparen op kosten wegens ziekteverzuim. Zo worden bijvoorbeeld pakketten gemaakt voor bedrijfsspecifieke aandoeningen als rugklachten bij chauffeurs, of eczeem bij kappers.

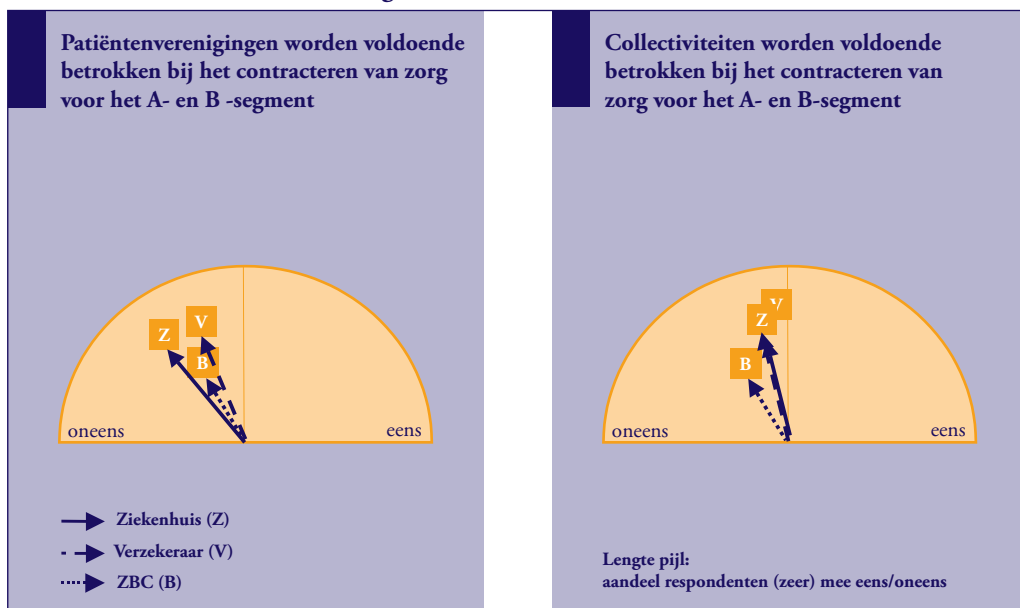
Figuur 15 **Hoewel verzekeraars de wensen van patiëntenverenigingen enigszins betrekken, merken ziekenhuizen en ZBC's dat niets**



Figuur 16 Ook de wensen van collectiviteiten komen nauwelijks ter sprake bij de onderhandelingen



Figuur 17 Patiëntenverenigingen en collectiviteiten worden niet voldoende bij het contracteren van zorg betrokken



Omdat de werknemer de werkgever meer vertrouwt dan de verzekeraar, zou sturing via bedrijfscollectiviteiten gerealiseerd kunnen worden.

Of dit gaat gebeuren is de vraag. Tot nog toe wordt ook via collectiviteiten nog niet gestuurd op het basispakket. De ziekenhuismarkt is, voor een belangrijk deel, lokaal van karakter. De grotere bedrijfscollectiviteiten zijn juist landelijk van karakter. “Collectiviteiten van bedrijven eisen dat alle zorgaanbieders in de collectiviteitspolis worden opgenomen”. Bedrijven of bedrijfstakken die een groot deel van de lokale markt uitmaken, kunnen wel rekenen op extra dienstverlening. Zo spreekt PNO ziektekostenverzekeraar (label van Fortis Zorgverzekeringen voor medewerkers in de mediasector) met Tergooiziekenhuizen over een comfortpolis. Ziekenhuizen “besteden tijd aan een verzekeraar die lokaal actief is, daar worden extra afspraken mee gemaakt”. In sommige gebieden is het ziekenhuis zelf één van de grootste collectiviteiten.

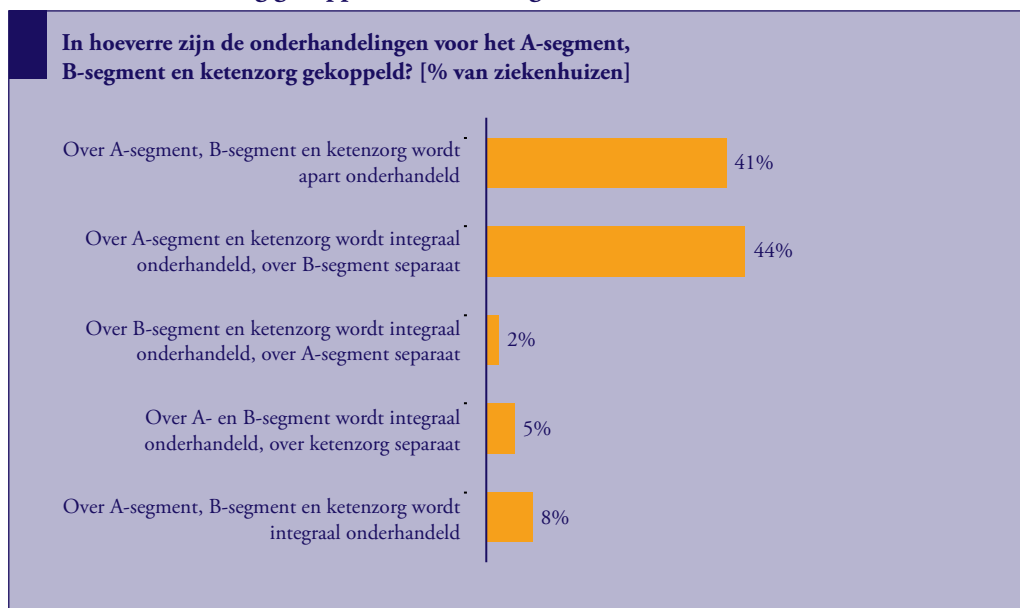
3 De onderwerpen aan de onderhandelingstafel

Onderhandelingen over het A-segment en B-segment zijn vrijwel altijd onafhankelijk van elkaar. Bij onderhandelingen over het A-segment wordt ook ketenzorg betrokken (figuur 18). Verhoudingsgewijs wordt veel tijd aan het B-segment besteed (figuur 19). Terwijl het A-segment ruim tien maal groter is, wordt er net zo veel tijd aan besteed (Gupta Strategists 2007b).

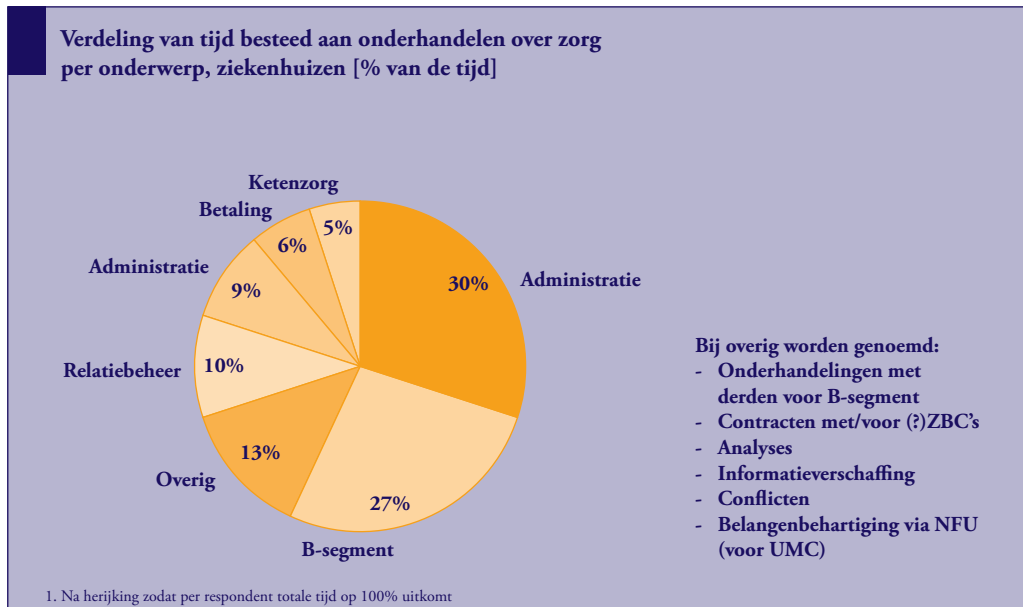
Verzekeraars stellen allereerst gedreven te zijn door de kwaliteit van de zorg, dan door de prijzen in het B-segment en dan door het afsluiten van een contract met alle zorgverleners (figuur 20). Volgens ziekenhuizen zijn verzekeraars echter voornamelijk gedreven door financiële prikkels (figuur 21). Dit wordt ook duidelijk gearticuleerd tijdens interviews met ziekenhuizen. “Vaak worden de inkoopgesprekken wel begonnen met goede wil, maar uiteindelijk blijkt dat meestal niet vol te houden”. “Verzekeraars richten zich nu veel te veel op de prijs van de zorg. Betrek kwaliteit bij de onderhandelingen”. Partijen hebben dus een radicaal andere perceptie van de drijfveren bij de zorginkoop (figuur 22).

Vrijwel alle geïnterviewden staan positief tegenover snellere en grotere uitbreiding van het B-segment. Alleen als er vrijheidsgraden zijn om over te spreken, wordt over inhoud gesproken. Bij onderhandelingen over het A-segment komt inhoud helemaal niet ter sprake. In het B-segment is er meer ruimte om afspraken over kwaliteit te maken, al gebeurt dit nog te

Figuur 18 Over het B-segment wordt bijna altijd separaat onderhandeld, soms wordt ketenzorg gekoppeld met het A-segment



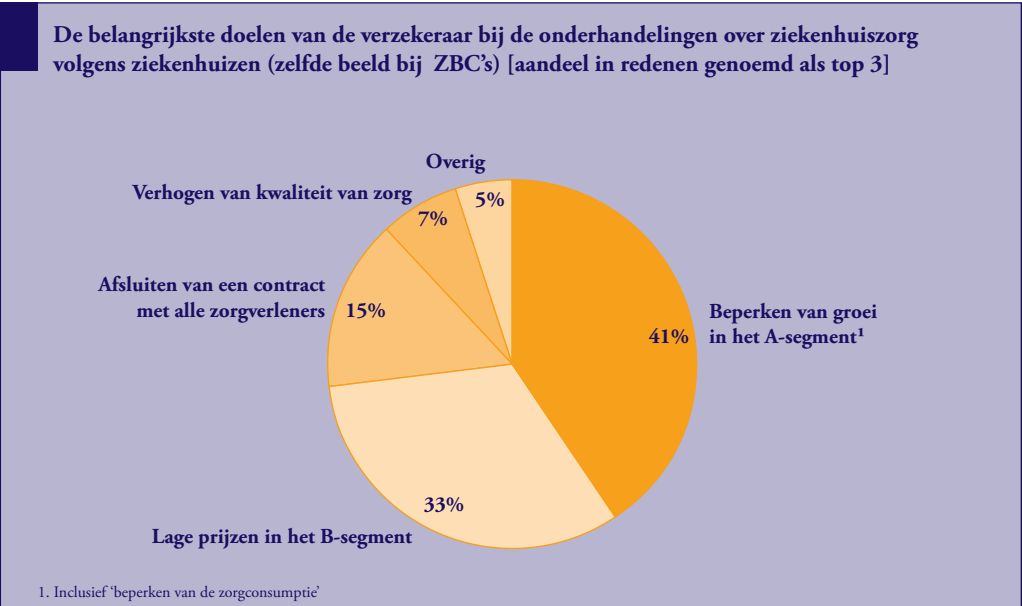
Figuur 19 Volgens ziekenhuizen wordt tijdens de onderhandelingen ongeveer net zoveel tijd besteed aan het B- als het A-segment



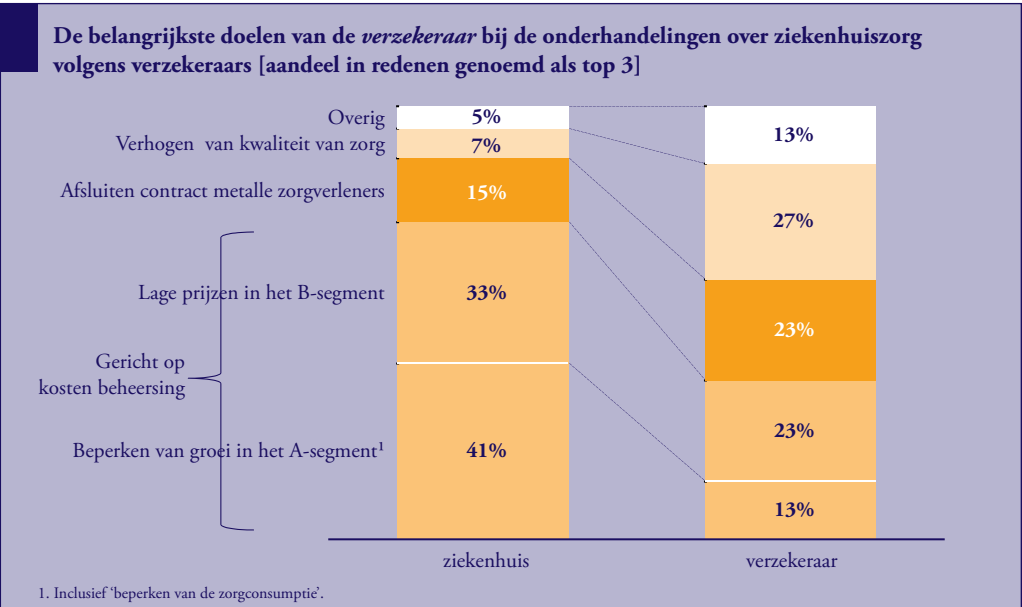
Figuur 20 Verzekeraars noemen zelf kwaliteit, lage prijzen in het B-segment en volledigheid als drijvers voor het contracteren



Figuur 21 Volgens ziekenhuizen en ZBC's zijn verzekeraars met name gedreven door kostenbeheersing en volledigheid



Figuur 22 Verzekeraars en ziekenhuizen hebben een radicaal ander beeld bij de doelen van de verzekeraars bij de zorginkoop



weinig. Kwaliteitsbesef en meting van kwaliteit wordt steeds belangrijker. Het is tegenwoordig usance om te erkennen dat medische kwaliteit gemeten kan worden. Dit is een grote winst ten opzichte van nog maar vijf jaar geleden. Toch worden nog geen tot weinig concrete afspraken over zorg- en servicekwaliteit gemaakt. Vrijwel alle geïnterviewden vinden dat verzekeraars meer gedifferentieerd moeten inkopen. Verzekeraars hebben daar nu nauwelijks een prikkel voor.

Pas met transparantie van kwaliteit, gekoppeld aan uitbreiding van het B-segment en mogelijkheden om patiënten te sturen, zal patiëntgerichter gewerkt worden. Dan volgt meer aandacht voor kwaliteit, zowel medisch-inhoudelijk als op servicegerichtheid.

3.1 Prijs

Voor het B-segment wordt iets meer over inhoud gesproken dan voor het A-segment, maar volgens geïnterviewden en de enquêterespondenten nog te weinig. “In het begin van de liberalisering was er meer enthousiasme om over de zorgprofielen en kwaliteitsparameters te spreken, maar al gauw ging de aandacht uit naar de prijs van de DBC’s”. Ook nu komt kwaliteit met name aan het begin van het onderhandelproces ter sprake om al snel plaats te maken voor focus op de prijs. “We beginnen altijd met veel enthousiasme, maar het eindigt in een kater”. Inkopers van verzekeraars zijn volgens de geïnterviewde ziekenhuizen vaak niet goed op de hoogte van de inhoudelijke aspecten. Vaak ook niet van de financiële aspecten en de prikkels die voor een zorgaanbieder in het systeem zitten. “De medewerkers [van de verzekeraar] bij de materiële controle weten vaak beter hoe het werkt dan de inkopers”.

Een zorgverlener werd geconfronteerd met een onderhandelaar van een verzekeraar die dacht dat het tarief voor dialyse per sessie in rekening werd gebracht, terwijl dit per week is. Het gaat hier om een forse kostenpost (ongeveer € 70.000 per patiënt per jaar). Bovendien hebben aanbieders een prikkel om zo weinig en kort mogelijk te dialyseren, terwijl het volgens deze aanbieder voor de kwaliteit juist beter is om meer tijd te nemen en eerder vaker te dialyseren. Volgens ziekenhuizen komt er verbetering in de inhoudelijke betrokkenheid van verzekeraars: “Zorgverzekeraars worden langzaamaan beter, met name de kwaliteit van de adviserend geneeskundigen neemt toe”.

Het maken van prijsafspraken wordt soms ook belemmerd door regelgeving. Die is vaak tegenstrijdig en niet ter zake. Zo is het bijvoorbeeld officieel lastig om in het B-segment staffelkortingen – een normaal commercieel instrument - af te spreken. De NZa eist dat de verzekeraar de zorgkosten direct aan de verzekerde koppelt om het eigen risico en de no-claim af te kunnen rekenen. Bij een staffelkorting is dat niet moge-

lijk; de laatste DBC is immers goedkoper dan de eerste. De strikte DBC systematiek belemmert innovatie in contractvoorwaarden.

3.2 Kwaliteit

Zoals gezegd is er nog weinig aandacht voor de kwaliteit; noch de medische kwaliteit, noch kwaliteit van de dienstverlening. “Verzekeraars richten zich nu veel te veel op de prijs van de zorg. Betrek kwaliteit bij de onderhandelingen”. Voor het B-segment worden vaker concrete afspraken over kwaliteit gemaakt dan voor het A-segment (figuur 23, 24). Dit is een beeld dat steeds terugkeert. Over het B-segment wordt meer en inhoudelijker gesproken dan over het A-segment.

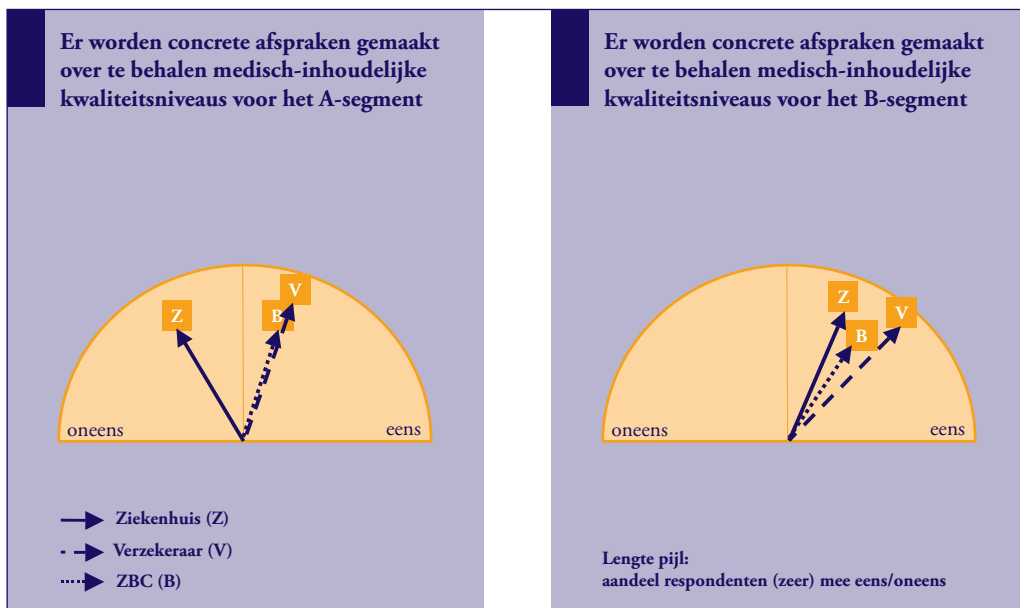
Het debat over kwaliteit is de afgelopen jaren veranderd. “Vijf jaar geleden steigerden orthopeden als je zei het gek te vinden dat ze allemaal zowel ellebogen als knieën en heupen, enkels en schouders doen. Als je nu zegt dat ze zich moeten specialiseren, wordt dat al gezien als een oude koe”. Er wordt meer over kwaliteit gesproken. Zo zijn er voor 2007 door verzekeraars en enkele ziekenhuizen³ afspraken gemaakt over garanties op knie- en heupoperaties. Er wordt garantie gegeven op infecties na de operatie en voor vijf tot zeven jaar op de implantaten. Bij een ontsteking of defect implantaat, wordt dat door het ziekenhuis hersteld zonder extra kosten voor de verzekeraar. De patiënt krijgt in dat geval een voorkeursbehandeling in het ziekenhuis.

Voor het B-segment wordt nu, samen met wetenschappelijke verenigingen, gewerkt aan kwaliteitsinformatie. Dit kan echter sneller. “Hier zijn we nu al jaren mee bezig terwijl wij [ziekenhuis] graag een bonus willen op verbeteren van kwaliteit”. De productdefinitie in termen van DBC’s draagt bij aan het bespreekbaar maken van kwaliteit. “DBC’s hebben op zich al enorme impact doordat je weet waar je het over hebt”. Hiermee is een referentiepunt voor de discussie over kwaliteit ontstaan.

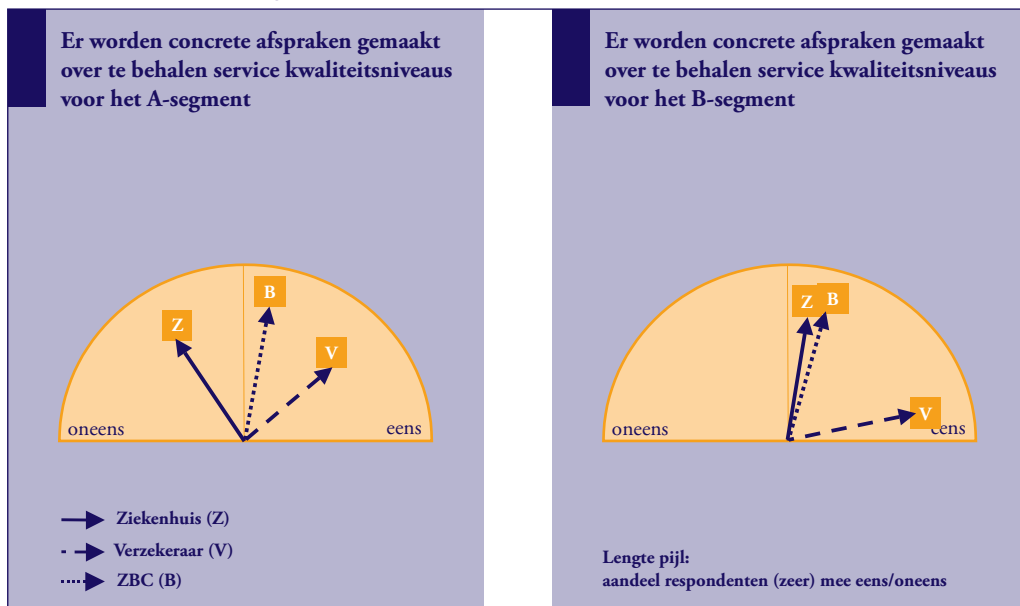
Door te contracteren op kwaliteit wordt bovendien de machtspositie van bestaande aanbieders verzwakt. “Doordat niet op kwaliteit wordt gecontracteerd, hebben bestaande aanbieders een sterke machtspositie. Pas als ook die hun zorgvuldig gemeten kwaliteit moeten laten zien, kunnen verzekeraars heldere keuzes maken”.

Om kwaliteit leidend te maken moet de patiënt bewust zijn van de kwaliteit. “De patiënt moet bewust worden welke ingreep in welk ziekenhuis thuishoort. Een blindedarm moet overal kunnen, maar voor complexere zaken moet je voor een gespecialiseerde arts kunnen kiezen”. Er is daarvoor nog niet voldoende gestandaardiseerde informatie over de door ziekenhuizen geleverde kwaliteit beschikbaar. Ook al zouden ze willen, verzekeraars kunnen dus moeilijk contracteren op kwaliteit. Hier

Figuur 23 Voor het B-segment worden vaker concrete afspraken over medische kwaliteit gemaakt, over het A-segment is men verdeeld



Figuur 24 Voor het B-segment worden volgens de meeste respondenten vaker concrete afspraken gemaakt over service kwaliteit



is voor de overheid een belangrijke rol weggelegd. De taak van de IGZ, tot nog toe gefocust op het handhaven van de minimumkwaliteit, zal veel breder worden. De Inspectie gaat ook kwaliteitsparameters meten en publiceren, zodat verzekeraars ziekenhuizen kunnen vergelijken en patiënten kunnen kiezen (IGZ, 2007). Geïnterviewden vinden dit zo belangrijk dat ze stellen “kinderziektes in de eerste paar jaar dat een parameter gemeten wordt, voor lief te nemen”. Ziekenhuizen willen juist graag gemeten worden om te laten zien waar ze goed in zijn, of om er interne veranderingen mee te kunnen motiveren. Met meer informatie over de (medische) prestaties, kan het ziekenhuisbestuur meer zeggenschap in de eigen organisatie verkrijgen.

“De patiënt moet bewust worden welke ingreep in welk ziekenhuis thuishoort. Een blindedarm moet overal kunnen, maar voor complexere zaken moet je voor een gespecialiseerde arts kunnen kiezen”. Er wordt verwacht dat bijvoorbeeld collectiviteiten meer aan kwaliteit gaan werken nu ze enige ervaring hebben met de inkoop van zorg.

Het wordt steeds gebruikelijker om over de kwaliteit van de zorg te spreken. “Veel ingrepen in de zorg zijn ook best wel te begrijpen door een patiënt”. Verwacht wordt dat patiënten veeleisender zullen worden. Dit zal er toe leiden dat de patiënt zelf gaat kiezen voor een zorgverlener, en dat de verzekeraar uiteindelijk ook meer gedifferentieerd gaat inkopen. Door (te dreigen met) het verleggen van patiëntenstromen, krijgen ziekenhuizen een sterke prikkel te verbeteren.

3.3 Volume

Door de outputfinanciering, waarbij ziekenhuizen betaald krijgen per geleverd product en geen gegarandeerd budget meer hebben, wordt de verplaatsing van patiëntenstromen relevant. Gegeven de hoge vaste lasten hoeft maar 5% van de patiënten een ander ziekenhuis te kiezen om een ziekenhuis in serieuze problemen te brengen.

Voor het A-segment worden alleen volume afspraken gemaakt. Dit gaat volgens veel geïnterviewden vrij plat; “de verzekeraar geeft aan hoeveel de zorgvraag zal groeien, wij [ziekenhuis] stellen daar eigen prognoses tegenover en we komen in het midden uit”. Ziekenhuizen stellen hierin toch niet te ver te gaan. “Je kunt maar één keer een truc uithalen – het jaar daarna kom je elkaar toch weer tegen”. “We zijn voor 100 jaar tot elkaar veroordeeld”.

Voor het A-segment is er nauwelijks sprake van inhoudelijke besprekingen. “De verzekeraar wordt meer schadeverzekeraar in plaats van zorgverzekeraar. Vroeger waren ze meer betrokken bij de inhoud”. “Er wordt meer aan schadelastbeperking gedaan”.

De meeste partijen zijn het er over eens dat verzekeraars meer mogelijkheden moeten krijgen om patiënten te kunnen sturen. Ziekenhuizen en ZBC's vinden dit omdat ze zich van hun concurrenten willen onderscheiden en verzekeraars om serieuzer te kunnen inkopen. In feite vinden alle partijen dat de verzekeraar meer onderhandelingsmacht moet krijgen. Daarmee kan de verzekeraar meer op medisch inhoudelijke en service kwaliteit inkopen en lagere prijzen bedingen. Dit gebeurt volgens alle partijen nu nog veel te weinig.

De eerste stappen richting meer sturing worden nu gezet. Voorbeelden zijn:

- Univé biedt voor 2008 de Zekur-polis aan, waarin voor planbare zorg maar elf ziekenhuizen zijn gecontracteerd en medicijnen alleen via de eigen internetapotheek kunnen worden besteld. Univé geeft aan dat in de toekomst ook huisartsen worden geselecteerd. Voor spoedeisende en complexe zorg gelden geen beperkingen.
- Verzekeraars richten zich meer op de rol die huisartsen kunnen hebben op de kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld door ondersteuning van huisartsen met informatie over ziekenhuisbehandelingen en kwaliteit, of door overname van huisartsenpraktijken, zoals door Menzis in Houten en Tiel. De LHV verkent actief mogelijkheden om afspraken over kwaliteit met de verzekeraars te maken (LHV, 2007).

Drie redenen weerhouden verzekeraars ervan om meer te sturen:

- Om te kunnen sturen is een grotere differentiatie tussen natura- en restitutiepolicen nodig. Een restitutiepolis vergoed alle zorg, of deze nu door de verzekeraar is gecontracteerd of niet. Een naturapolis vergoedt in principe alleen gecontracteerde zorg, maar vanwege de wettelijke verplichting om een behandeling altijd tegen redelijke kosten te vergoeden⁴, is iedere naturapolis de facto ook een restitutiepolis. Hierdoor is de prijs voor een naturapolis niet veel lager dan een restitutiepolis. Een naturapolis is dus voor verzekerden niet interessant genoeg. Pas als het mogelijk is meer onderscheid te maken, kan de verzekeraar gaan sturen. De meeste geïnterviewden verwachten dat dit positief is voor zowel kostenbeheersing als voor het afrekenen op kwaliteit. Een ZBC geeft aan dat de meeste verzekeraars tot 100% van de niet gecontracteerde behandeling vergoeden, en sommigen minder. De patiënt moet in dat geval meestal 5% zelf betalen.
- Voor verzekeraars is "imago schade een groot risico, zeker omdat een verzekerde uiteindelijk toch mag kiezen". Dit weerhoudt verzekeraars er van om zorgsturing op grote schaal toe te passen.
- De verevening dempt de resultaten van eventuele sturingsacties. Volgens een geïnterviewde verzekeraar "loont het de moeite niet om een korting met een ziekenhuis af te spreken als we daar meer mensen naartoe kunnen sturen". Het netto effect na verevening kan volgens verzekeraars uitkomen op minder dan een tiende van de besparing. Overigens is de verevening zo ingewikkeld, dat de meeste

inkopers toegeven dat “het erg technisch is en dat maar een paar mensen het echt snappen”. Door de complexiteit van de verevening liggen belangrijke beslissingen over de inkoop van zorg bij enkele econometristen in plaats van bij de zorginkopers. Bovendien werkt het vereveningssysteem te traag om beslissingen tijdig bij te kunnen sturen. Hierdoor wordt ook ketenzorg belemmerd.

Zorgsturing door verzekeraars kent ook haar limieten, zowel vanwege de ziekenhuizen als vanwege patiënten.

- De meeste ziekenhuizen geven aan niet bereid te zijn om al te veel onderscheid te maken tussen patiënten van verschillende verzekeraars. Men is soms wel bereid om aan wachtlijstbemiddeling te doen voor niet-kritische ingrepen waar dat ethisch verantwoord is. Maar er zijn ook veel “specialisten die niet houden van ‘het vluchtstrook-effect’ waarbij patiënten van een bepaalde verzekeraar voorrang krijgen”. Het gaat overigens nog maar om heel kleine hoeveelheden patiënten. Specifieke afspraken voor patiënten van bepaalde verzekeraars maakt men niet, omdat dit de bedrijfsvoering te veel verstoort.
- Verzekeraars worden over het algemeen minder vertrouwd dan de zorgverleners. De werkelijke regie moet bij de patiënt komen te liggen. “Er is maar één regisseur, dat is de patiënt”. Volgens deze verzekeraar zijn verzekeraars ook helemaal niet in staat om patiënten te sturen, omdat het hen aan inzicht ontbreekt. Ziekenhuizen stellen wel dat de rol van verzekeraars bij het contracteren voor patiënten duidelijker moet worden. “Voor ziekenhuizen is het soms moeilijk uit te leggen dat zij bepaalde diensten niet kunnen leveren omdat de verzekeraar dat niet wil”.

Zorgsturing richt zich nu met name op wachtlijstproblematiek. Voor bepaalde operaties wordt dan wel uitgeweken naar België en Duitsland. Een geïnterviewde geeft aan dat “je daar veel meer als klant wordt behandeld dan hier – en het is nog goedkoper ook”.

Voor zover er al gestuurd wordt, is dat niet altijd naar het ziekenhuis met de hoogste kwaliteit. “Als een ziekenhuis met kwaliteitscore 9 duurder is dan die met een 7, dan proberen ze naar die met de 7 te sturen. Als het alternatief een 4 voor kwaliteit heeft, zullen ze wel naar de 9 sturen. Dit wordt ook door de verzekeraar beaamd”, aldus een ziekenhuisdirecteur.

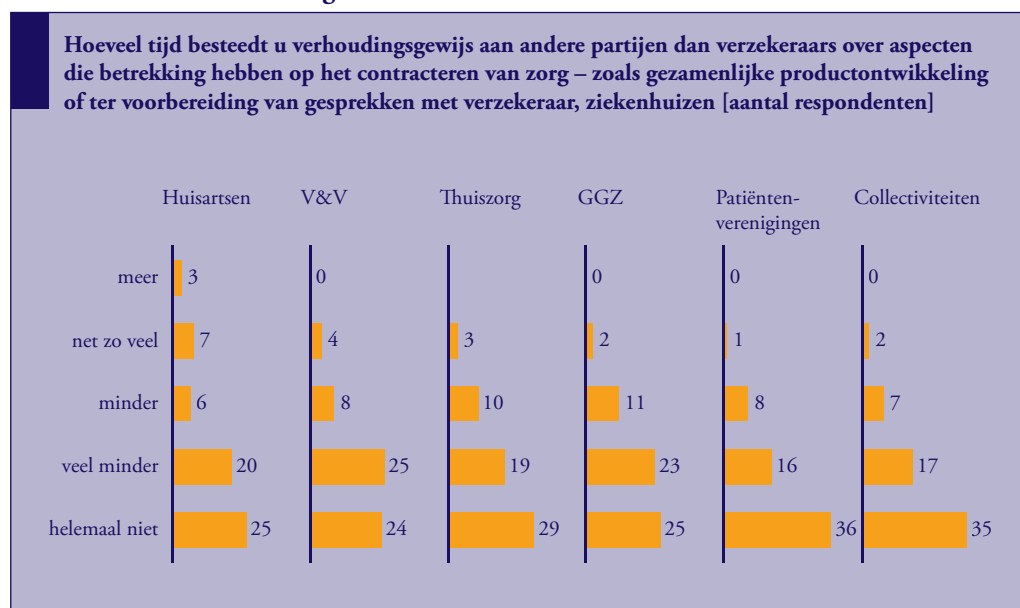
4 Wat nauwelijks ter tafel komt: ketenzorg

Zowel verzekeraars als ziekenhuizen achten ketenzorg wenselijk, maar er wordt nog weinig tijd aan besteed tijdens de onderhandelingen. Alleen voor diabetes, waarvoor een landelijk behandelprotocol bestaat, worden concrete afspraken gemaakt. Dit wil niet zeggen dat er geen ketenzorg geleverd wordt. Ziekenhuizen maken afspraken met verpleeghuizen en huisartsen voor ketenzorg. Men verwacht dat het aandeel van ketenzorg de komende drie jaar verdubbeld. Er zijn nog veel belemmeringen voor verdere ontwikkeling van ketenzorg zoals complexe regelgeving met voor ketenzorg perverse prikkels en het steeds ‘technischer’ worden van specialisten.

Er wordt, in vergelijking met de tijd die wordt besteed aan de onderhandelingspartners, in het kader van de onderhandelingen weinig tijd besteed aan andere partijen zoals thuiszorg, verpleging- en verzorgingshuizen en huisartsen (figuur 25). Men ontwikkelt geen gezamenlijke producten en betreft ketenpartners nauwelijks in het onderhandelingsproces. Ziekenhuizen vinden dat de tijd die tijdens de onderhandelingen aan ketenzorg wordt besteed, kan verdubbelen. Er is minder tijd nodig om over het A-segment te spreken (figuur 26).

Verreweg de meeste ziekenhuizen en verzekeraars vinden afspraken over ketenzorg belangrijk, maar maken die bijna niet (figuur 27). Alleen voor diabetes worden ook concrete afspraken gemaakt. Dat er

Figuur 25 De meeste ziekenhuizen besteden geen tijd met andere partners om de onderhandelingen met verzekeraars voor te bereiden



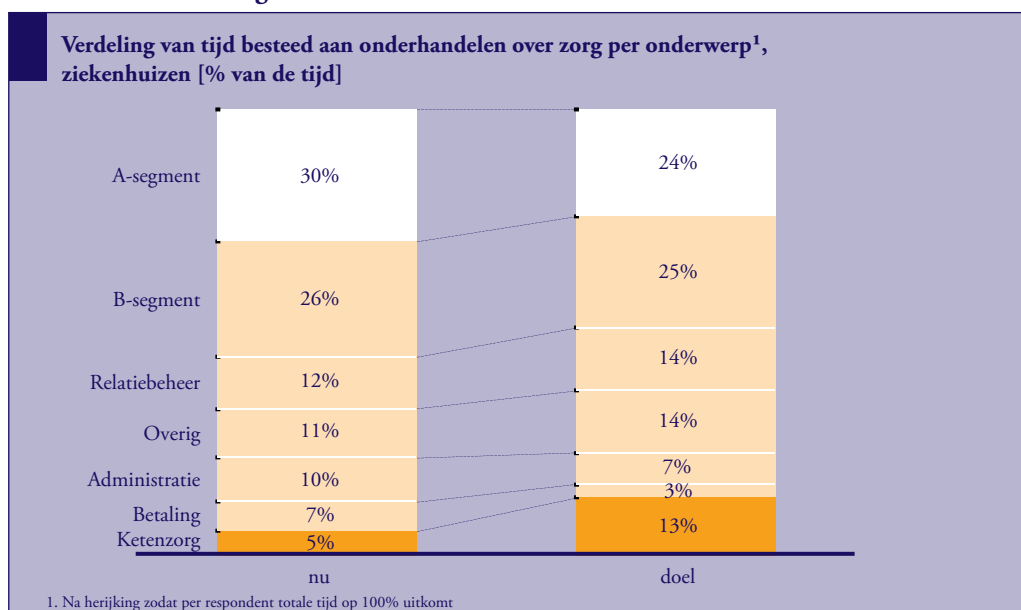
geen afspraken gemaakt worden, wil niet zeggen dat er geen ketenzorg geleverd wordt. Ruim meer dan de helft van de ziekenhuizen werkt nu met ketenzorg op Diabetes, CVA, COPD, Orthopedie en palliatieve zorg.

Met name verzekeraars vinden dat ze een duidelijk ontwikkelde visie op het contracteren van ketenzorg hebben, maar dat nog in mindere mate in concrete doelen voor de onderhandelingen over zorg vertalen. Zorgaanbieders hebben minder vaak een visie op de ketenzorg en stellen daarvoor, volgens henzelf, nog geen concrete doelen (figuur 28).

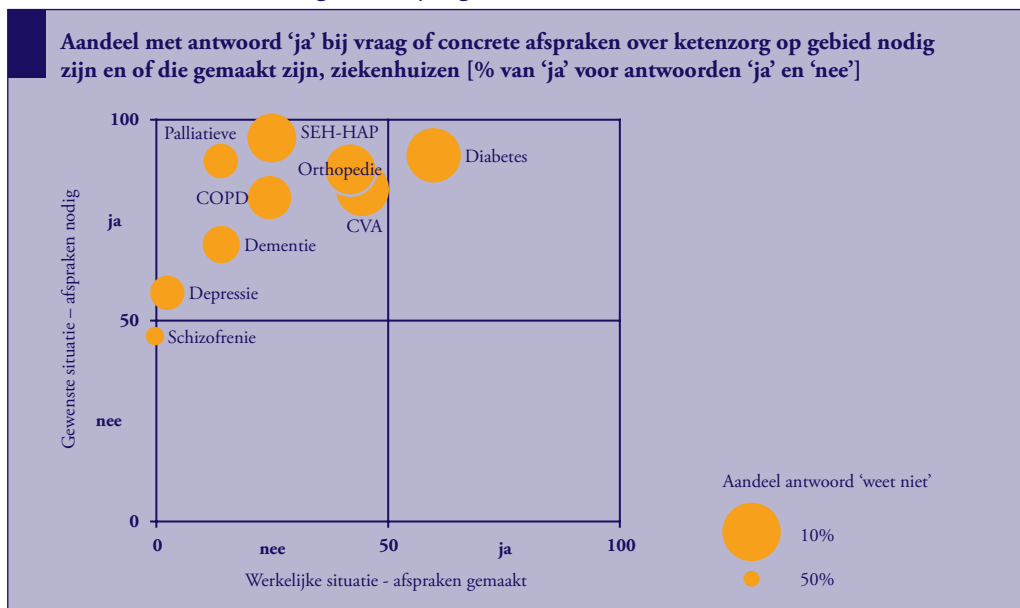
Ziekenhuizen en verzekeraars zijn het er over eens dat het aandeel van ketenzorg, zowel voor de hele sector als voor hun eigen organisatie, de komende drie jaar ruim moet verdubbelen. Zij verwachten beiden dat dit doel bijna gehaald wordt (figuur 29). Als de ambities en verwachtingen gerealiseerd worden, wordt over drie jaar meer aan ketenzorg op het gebied van CVA, Diabetes, COPD, Orthopedie, Palliatieve zorg, SEH/HAP, dementie en depressie gedaan (figuur 30).

De respondenten verwachten meer van ketenzorg. De meest genoemde belemmeringen om nu meer aandacht en energie aan ketenzorg te besteden, zijn huidige en verwachte perverse prikkels bij zorgverleners en bij verzekeraars (figuur 31 en 32). Ziekenhuizen en verzekeraars hebben hierover hetzelfde beeld. Juist bij ketenzorg zijn de financiële prikkels erg belangrijk. De zorg wordt immers over een aantal organisaties gedistribueerd. Die organisaties kunnen daarvoor vaak niet

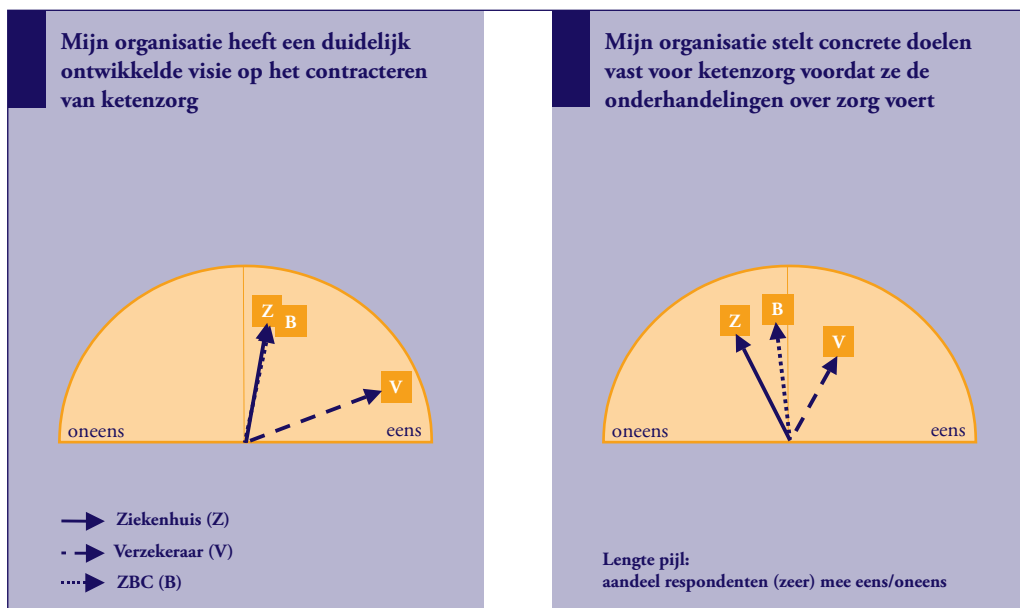
Figuur 26 Volgens ziekenhuizen kan er minder tijd aan het A-segment en meer aan ketenzorg worden besteed



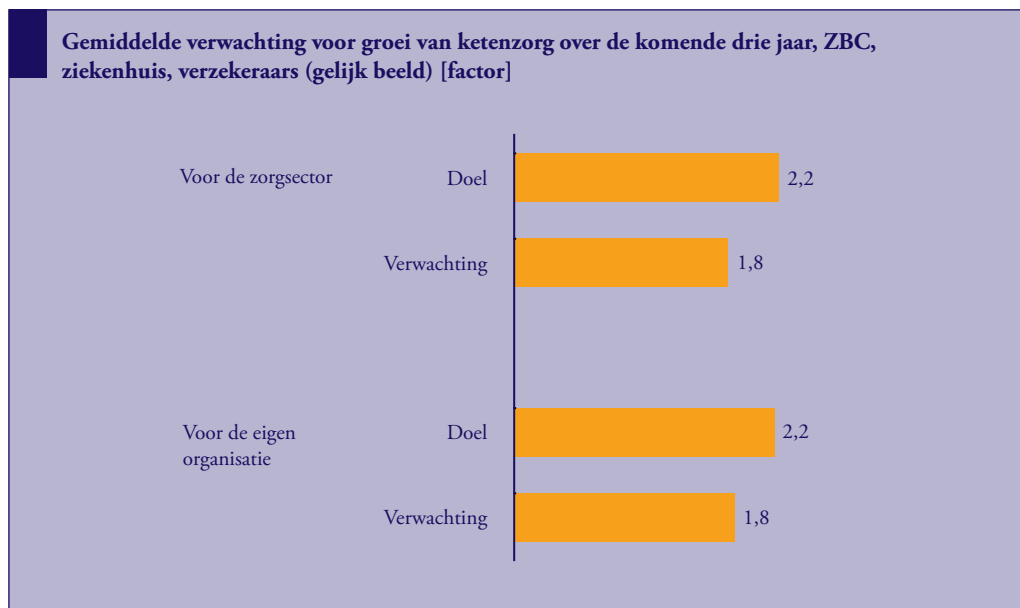
Figuur 27 Hoewel de meeste ziekenhuizen afspraken over ketenzorg belangrijk vinden, worden die nog nauwelijks gemaakt



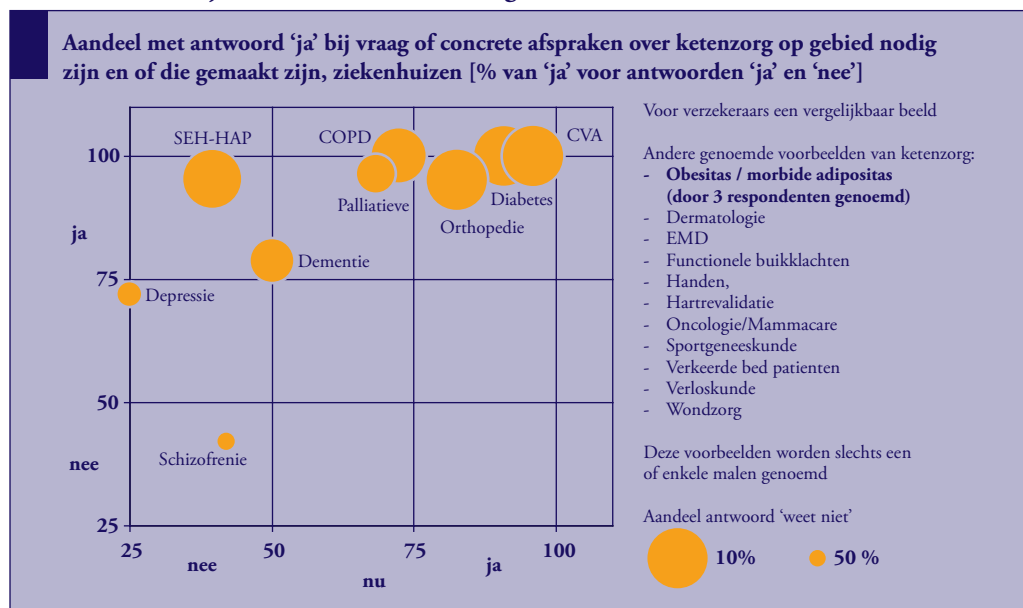
Figuur 28 Een eventuele visie op ketenzorg wordt niet vertaald in concrete doelen voor de onderhandelingen over zorginkoop



Figuur 29 Respondenten verwachten dat aandeel ketenzorg de komende drie jaar verdubbeld



Figuur 30 Met uitzondering van depressie en schizofrenie verwachten ziekenhuizen over drie jaar veel meer aan ketenzorg te doen



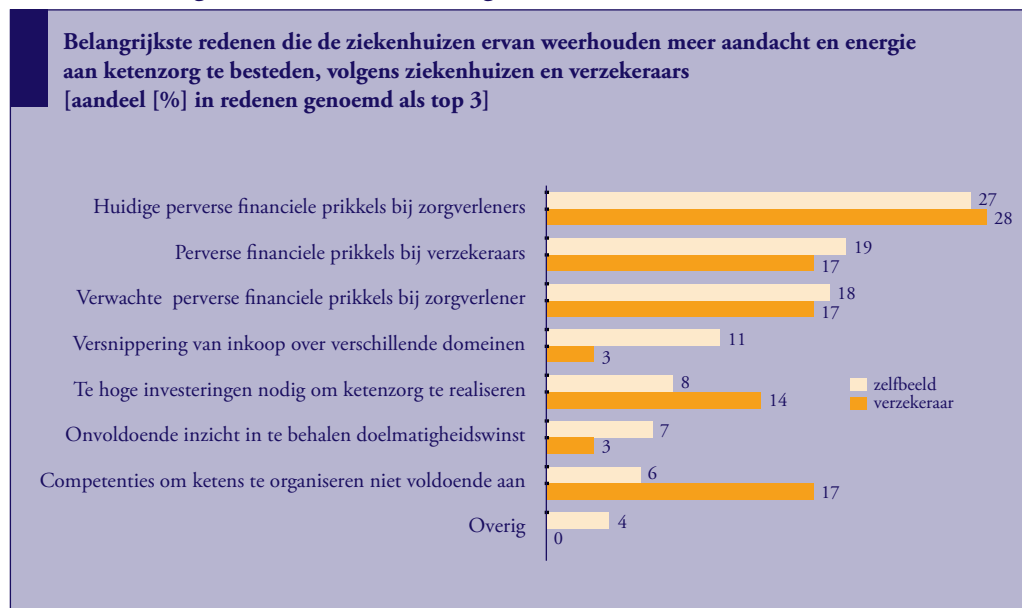
vrijelijk afspraken maken. Zij zijn aan allerlei regels gebonden en die regels zijn niet altijd helder en veranderen geregeld.

- “Aanpassingen aan DBC’s, of het opzetten van een keten-DBC duurt veel te lang”. Hierdoor is lang onduidelijk hoe een bepaald zorgproduct wordt afgerekend. Het lukt bijvoorbeeld bijna niemand om helder uit te leggen hoe de diabeteszorg nu wordt gefinancierd – ook al zijn ze er voor direct bij betrokken. Geïnterviewden geven aan dat er ‘gesteggel’ is over de verdeling van geld. Er waren ketens vanuit het ziekenhuis georganiseerd, maar nu krijgen huisartsen middelen om zelf een keten te organiseren en juist diensten van het ziekenhuis in te kopen. Volgens geïnterviewden is dit “...niet de manier om ketenzorg te organiseren – in plaats van samenwerking worden we tegen elkaar uitgespeeld”.
- Regelgeving wordt ongepland veranderd, gaat op het laatste moment niet door, of wordt lopende het jaar geïntroduceerd. Vanwege deze onzekerheid geven partijen soms de moed op. Met name bij ketenzorg is dat het geval. Onduidelijkheid over wie waar hoeveel aan verdient, weerhoudt ontwikkeling van ketenzorg. Bovendien worden bestaande ketens weer afgebroken als de regelgeving wordt veranderd. “Steeds maar veranderen is funest. Voor ketenzorg is continuïteit nodig, je moet elkaar leren kennen en voor langere tijd afspraken maken. Een keten wordt langzaam opgebouwd”.

Verzekeraars worden daarnaast nog belemmerd door onvoldoende inzicht in de te behalen doelmatigheidswinst en de versnippering van inkoop van zorg over verschillende domeinen.

- Doordat de regulering van de sector vrij rigide is, zijn de besparingen door ketenzorg, maar ook door zorgsturing, niet helder. De financiële gevolgen van zorginkoop zijn pas jaren later bekend. Dit is inherent aan de zorg; kostenverlaging door vroegtijdig diagnosticeren en ingrijpen komt pas na jaren. Deze vertraging wordt echter onnodig verergerd door het systeem. De resultaten van de verevening voor verzekeraars zijn pas na anderhalf jaar beschikbaar. “Tot 1 maart kunnen verzekeren overstappen. Kort daarna zouden de mutaties van verzekerdendbestanden toch verwerkt moeten zijn”. Het is dus moeilijk om bij te sturen als een inkoopstrategie niet, of juist heel goed, blijkt te werken. Door deze onzekerheid is men terughoudend met experimenteren met ketenzorg en zorgsturing.
- Met name ziekenhuizen vinden dat ketenzorg wordt belemmerd vanwege versnippering van de inkoop van zorg bij de verzekeraar over verschillende domeinen. Ook verzekeraars erkennen dat ketenzorg wordt belemmerd, doordat hun organisaties nog langs de lijnen van de financiering – huisartsenzorg, AWBZ, ziekenhuizen, hulpmiddelen, farmacie - georganiseerd zijn. Als dat wordt opgeheven, wordt de ontwikkeling van ketenzorg minder belemmerd. Maar verzekeraars verwachten dat voorlopig niet, aangezien de financieringstromen nog gescheiden zijn.

Figuur 31 Financiële prikkels en gebrek aan competenties bij ziekenhuizen belemmeren volgens verzekeraars ketenzorg



Figuur 32 Financiële prikkels en te weinig inzicht in doelmatigheidswinst belemmeren verzekeraars meer aan ketenzorg te doen

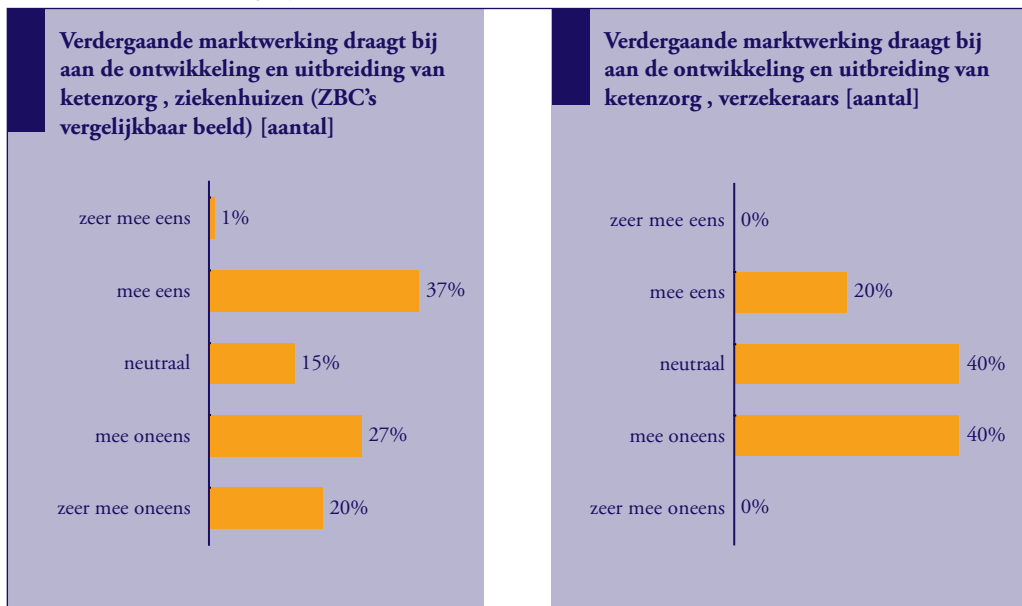


Verzekeraars vinden bovendien dat het ziekenhuizen ook aan voldoende competenties ontbreekt om de ketens te organiseren. Dit is overigens niet gek aangezien de prikkel om dat te doen niet sterk is.

Ook als deze belemmeringen zijn opgeheven, is het nog lastig om ketenzorg te organiseren, gegeven het karakter van het werk van specialisten. “Specialisten en ketenzorg gaan niet goed samen. Het zit niet in de aard van het beestje. Specialisten worden steeds meer technisch georiënteerd en hebben minder op met de zachte kanten van het vak. De paradox is dat de specialist steeds minder op heeft met verpleeghuizen, maar ze meer en meer nodig heeft”. “De initiatieven voor ketenzorg komen met name uit de verpleging en managers van verpleegafdelingen. Er is eerst contact met verpleegkundigen en managers van de thuiszorg. Pas dan wordt de arts er bij betrokken”.

De stelling dat verdergaande marktwerking bijdraagt aan de ontwikkeling en uitbreiding van ketenzorg leidde tot de meest verdeelde antwoorden. Iets meer ziekenhuizen dan verzekeraars zijn het met deze stelling eens (figuur 33). Ook uit de gesprekken blijken gemengde reacties. Aan de ene kant belemmert regelgeving de ketenzorg, aan de andere kant kan het zijn dat het ook op een vrije markt niet tot stand komt, gegeven de tegengestelde belangen. Een ziekenhuis is bijvoorbeeld niet per definitie gebaat bij minder ligdagen als het daardoor minder omzet krijgt.

Figuur 33 De meningen over de bijdrage van marktwerking aan het bevorderen van ketenzorg zijn sterk verdeeld



5 Aanbevelingen

Tijdens de interviews is gevraagd wat volgens de geïnterviewde de drie belangrijkste maatregelen zijn die genomen moeten worden om de zorginkoop te verbeteren. Het betrof hier een open vraag. De meest genoemde categorieën zijn (figuur 34):

- Stimuleer concurrentie verder.
- Maak kwaliteit leidend en verschaft gestandaardiseerde kwaliteitsinformatie.
- Geef het ziekenhuisbestuur meer zeggenschap in de eigen organisatie.
- Harmoniseer en versnel de toezichtcyclus.

De aanbevelingen worden hieronder kort weergegeven, waarom ze nodig zijn is hierboven behandeld.

5.1 Stimuleer concurrentie

Door concurrentie verder te stimuleren kan de kwaliteit en efficiëntie verder verbeterd worden. Mogelijkheden hiertoe, door aanpassing van wet- en regelgeving, zijn:

- Breidt het B-segment verder uit. Juist in het B-segment wordt meer over inhoud gesproken. Verder uitbreiden van het B-segment kan dan ook leiden tot kwaliteitsverbetering.
- Creëer een gelijk speelveld tussen bestaande ziekenhuizen en nieuwe aanbieders. Door regelgeving is het nu onnodig moeilijk voor ZBC's. Maak voor het A-segment de prijs voor een DBC bij een ZBC gelijk aan die bij een ziekenhuis, dat zal toetreding van ZBC's uitlokken.
- Pas het vereveningssysteem aan. De prikkel bij verzekeraars om goed in te kopen wordt nu teveel gedempt door het vereveningssysteem. Een sterkere prikkel leidt waarschijnlijk tot professionalisering van de inkoopfunctie bij verzekeraars.
- Maak het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg groter. Als het verschil tussen zorg in natura en restitutie groter wordt, kunnen naturapolissen lager geprijsd worden. Pas als er voldoende naturapolissen zijn en verzekeraars kunnen gaan sturen, ontstaat er concurrentie tussen de ziekenhuizen.
- Beperk de vangnetten voor ziekenhuizen en maak de risico's van concurrentie serieus. Sommige ziekenhuizen gaan er nu van uit dat ze extra middelen zullen krijgen op het moment dat ze niet meekomen in de concurrentiestrijd. Dit maakt ziekenhuizen minder responsief voor wensen van verzekeraars en patiënten.
- Zie ook toe op fusies van maatschappen. Juist regionale maatschappen kunnen de concurrentie beperken. De huisarts heeft immers minder keus bij het doorverwijzen van zijn patiënten.

Figuur 34 De meeste geïnterviewden willen op de weg van de markt verder, eerder sneller dan langzamer

Top 4 van genoemde aanbevelingen	
Stimuleer concurrentie	- Breid het B-segment uit - Creëer gelijk speelveld voor nieuwe toetreders als ZBC's - Pas vereveningssysteem, schaf ex-post verevening af - Maak naturapolis aantrekkelijker - Beperk vangnetten voor ziekenhuizen - Zie toe op fusies van maatschappen
Maak kwaliteit leidend	- Stel gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren vast - Investeer in kennis over de zorg
Geef ziekenhuisbestuur meer zeggenschap	- Herzie systeem van toelatingsovereenkomsten van specialisten - Maak prikkels voor ziekenhuis en specialist parallel
Harmoniseer en versnel de toezichtcyclus	- Harmoniseer toezicht van verschillende toezichthouders - Versnel de cyclus zodat resultaten eerder duidelijk zijn

5.2 Maak kwaliteit leidend

Kwaliteit zou een hoofdrol moeten spelen zijn bij de zorgcontractering, maar is dat nog nauwelijks. Respondenten geven de volgende mogelijkheden om een belangrijkere rol voor kwaliteit te stimuleren:

- Stel gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren op, zodat ziekenhuizen niet op verschillende manieren hoeven te rapporteren en zodat de patiënt en verzekeraar vergelijkingen tussen aanbieders kunnen maken. De sector werkt nu aan indicatoren voor een selectie van DBC's en de servicegerichtheid van de zorg wordt gemeten met de CQ-index, een standaard voor heel Nederland.
- Investeer in kennis over de zorg en over kwaliteit. In eerste instantie ligt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de marktpartijen. VWS moet dat ook laten gebeuren. Het kan zijn dat bijvoorbeeld ziekenhuizen moeten investeren in extra menskracht voor kwaliteitsverbetering en ketenzorg.

5.3 Geef het ziekenhuisbestuur zeggenschap in de eigen organisatie

Ziekenhuisbesturen kunnen de afspraken die ze maken met verzekeraars soms moeilijk in het eigen ziekenhuis implementeren. Geïnterviewden geven de volgende aanbevelingen om dit te verbeteren:

- Herzie het systeem van toelatingsovereenkomsten voor specialisten, bijvoorbeeld naar een systeem met beperkte duur of met arbeidscontracten.
- Maak prikkels voor specialisten en ziekenhuis parallel. Reken ziekenhuizen dus meer af op DBC's zodat zowel het ziekenhuis als de specialist eenzelfde prikkel hebben.

Pas als ziekenhuizen afspraken kunnen maken en implementeren, kan er serieus worden onderhandeld. Andersom kunnen verzekeraars ook afspraken maken met de maatschappen, zodat implementatie zekerder is. Dit gebeurt nu bijvoorbeeld met garanties op orthopedische ingrepen.

5.4 Harmoniseer en versnel de cyclus van regelgeving en toezicht

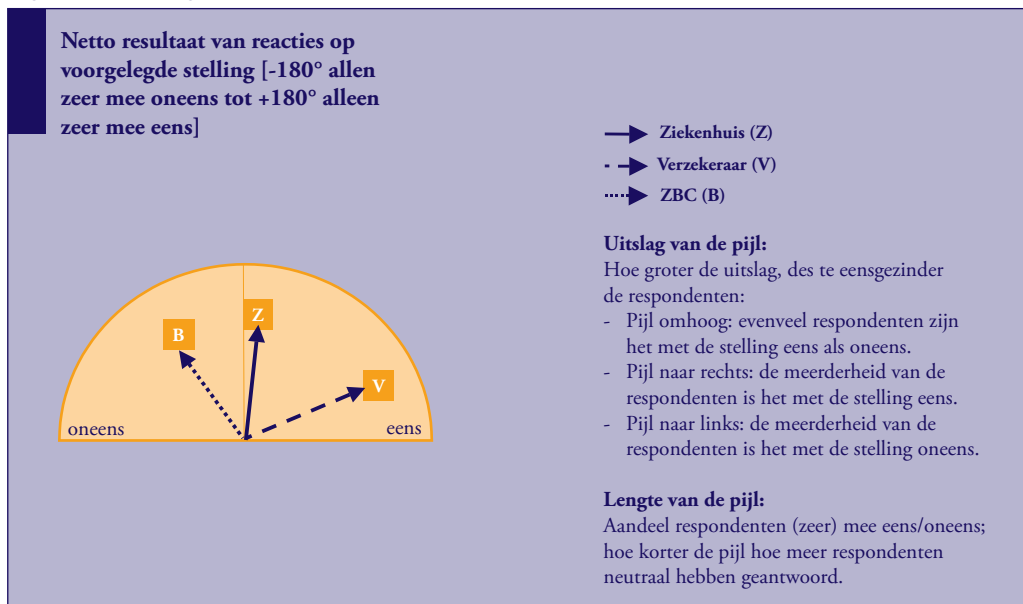
Respondenten geven aan dat ze terughoudend zijn in het maken van afspraken over kwaliteit en ketenzorg, omdat de impact van de regelgeving op de inkoop niet altijd helder is. Helderheid kan verbeteren door harmonisatie en sneller toezicht:

- Harmoniseer het toezicht (zoals van VWS, NZa, CVZ, IGZ, DNB, AFM, CBZ, CSZ), waardoor de administratieve lasten afnemen en eventuele tegenstrijdige regels worden vermeden.
- Versnel de cyclus van financiering uit centrale middelen, zodat organisaties sneller weten waar ze aan toe zijn. Verzekeraars moeten nu bijvoorbeeld lang wachten, voordat de risicoverevening en daarmee het resultaat van hun inspanningen duidelijk is. Ziekenhuizen werken vaak nog aan afrekeningen over drie jaar eerder. Met versneld toezicht is er meer ruimte voor innovatie tijdens de onderhandelingen, omdat duidelijke business cases gemaakt kunnen worden.

Noten

- 1 Zie figuur 35 voor legenda.
- 2 Voor extramuraal werkende specialisten zijn onvoldoende reacties op de webenquête.
- 3 Voor zover bekend hebben ZorgSaam, Martini ziekenhuis, Westfries gasthuis, Sint Anna ziekenhuis en de Sint Maartenskliniek dergelijke afspraken gemaakt.
- 4 In de praktijk wordt 80% van de kosten voor een behandeling bij een niet gecontracteerd ziekenhuis vergoed.

Figuur 35 Legenda



Literatuur

Gupta Strategists 2007a, “Zicht op bestuur” (www.gupta-strategists.nl)

Gupta Strategists 2007b, “The Odyssey, study of Dutch hospitals 2006” (www.gupta-strategist.nl)

NPCF, 2007a, “Convenant NPCF en Menzis: patiënt krijgt meer invloed”, 7 november 2007, (www.npcf.nl),

NPCF, 2007b, “Ziekenhuizen sluiten aan bij pilot Zorginkoop NPCF en Agis”, 26 januari 2007 (www.npcf.nl)

IGZ 2007, “Meerjarenbeleidsplan 2008-2011”, november 2007 (www.igz.nl)

LHV, 2007, “Contractering tussen huisartsen en verzekeraars – Borging en bevordering van zorgkwaliteit”, juni 2007 (www.lhv.nl)

Overzicht publicaties RVZ

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

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

Adviezen en achtergrondstudies

08/07	Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
08/06	Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
08/05	Zorginkoop
08/04	Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies
08/03	Screening en de rol van de overheid
08/02	Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ-advies Beter zonder AWBZ?)
08/01	Beter zonder AWBZ?
07/05	Werkprogramma 2008
07/04	Rechtvaardige en duurzame zorg
07/03	Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Vertrouwen in de arts)
07/02	Vertrouwen in de arts
07/01	Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
06/12	De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
06/11	Publieke gezondheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij advies Publieke gezondheid)
06/10	Publieke gezondheid
06/09	Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Arbeidsmarkt en zorgvraag)
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag
06/07	Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
06/06	Zinnige en duurzame zorg
06/04	Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector
06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg

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

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

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

Bijzondere publicaties

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

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

Signalementen met achtergrondstudies

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

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

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

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003

Drang en informele dwang in de zorg (2003)

Signalering Ethiek en Gezondheid 2004

Signalering Ethiek en Gezondheid 2005

Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)

Mantelzorg...onbetaalbaar? Verslag van het debat gehouden in Utrecht, 26 februari 2004

De vertwijfeling van de mantelmeeuw (2004)

Achtergrondstudie Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen (2005)

Signalement Vertrouwen in verantwoorde zorg? (2006)

Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob? (2006)

Over keuzevrijheid en kiesplicht (2006)

Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen. (2007)

Formalisering van informele zorg (2007)

Financiële stimulering van orgaandonatie (2007)

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

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

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

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

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

VGv 05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkprogramma's en jaarverslagen

07/05 Werkprogramma 2008

00/02 Werkprogramma RVZ 2001 – 2002

04/12 Jaarverslag 2002-2003 RVZ

02/08 Jaarverslag 2001 RVZ

01/06 Jaarverslag 2000 RVZ

00/01 Jaarverslag 1999 RVZ