

Vergaderjaar 2004–2005

29 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005

Nr. 25

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 oktober 2004

1. Inleiding

Het kabinet heeft geconstateerd dat het huidige zorgstelsel onvoldoende aan de vraag van patiënten en verzekerden tegemoet komt. Deze constatering noopt tot ingrijpen in het huidige zorgsysteem, opdat goede en tijdige patiëntenzorg gerealiseerd wordt, zonder dat de kosten van de zorg te zeer stijgen. Het huidige systeem van aanbodregulering wordt daarom vervangen door vraagsturing.

Met het invoeren van vormen van marktprikkels beoog ik invulling te geven aan vraagsturing. Het initiatief en de verantwoordelijkheid van de veldpartijen wordt hierdoor gestimuleerd. Ik verwacht dat wanneer de eigen verantwoordelijkheid en het initiatief van de partijen in de zorg voorop komen te staan, de wensen van de zorgvragers beter aan bod zullen komen. Door marktprikkels in de zorg te introduceren, zullen partijen aangezet worden tot doelmatiger handelen en het realiseren van betere kwaliteit en innovatie in de zorg. Mensen en organisaties zullen, meer dan nu het geval is, de effecten ondervinden van hun eigen keuzes en het handelen dat daaruit voortvloeit.

Daarnaast verwacht ik dat met de invoering van marktprikkels de arbeidsproductiviteit verhoogd wordt. De verwachte toename van de zorgvraag (door de vergrijzing en technologische ontwikkelingen) zal leiden tot een groter beroep op het zorgaanbod. De toegankelijkheid van de zorg komt echter in het geding wanneer door tekorten op de arbeidsmarkt geen personeel beschikbaar is. Het verhogen van de arbeidsproductiviteit, preventie en de zelfredzaamheid van patiënten om de groeiende zorgvraag te beperken, zijn daarom noodzakelijk om de toegankelijkheid van de zorg ook in de toekomst te kunnen blijven waarborgen. De invoering van marktprikkels is daarom niet alleen wenselijk, maar ook noodzakelijk.

De overheid geeft meer vrijheid aan andere partijen en doet zelf een stap terug. In deze brief constateer ik dat ruim 95% van de electieve zorg geli-

beraliseerd kan worden en geef ik aan hoe ik deze liberalisering wil vormgeven. De liberalisering vindt geleidelijk plaats door het:

- vergroten van dat deel van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) waarvoor zorgaanbieders en verzekeraars vrij over prijzen mogen onderhandelen (B-segment);
- loslaten van de overheidsbemoeienis met bouwinvesteringen van nieuwe aanbieders die DBC's leveren waarover vrij over prijzen mag worden onderhandeld;
- toestaan van uitkeerbare winst aan ziekenhuizen, ZBC's en GGZ-instellingen.

De introductie van deze marktprikkels laat evenwel onverlet dat ik de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op systeemniveau blijf bewaken en hiervoor verantwoordelijk ben. Voor de feitelijke uitvoering van de zorg zijn de veldpartijen verantwoordelijk.

Eerder dit jaar heb ik uw Kamer brieven gestuurd over de gewenste sturing en organisatie van de deelmarkten acute zorg, ambulancezorg en eerstelijnszorg. In deze brief zal ik mijn visie weergeven op de sturing en organisatie van de deelmarkt electieve zorg. Mijn visie op de complexe zorg, die ik u eveneens heb toegezegd, heb ik in deze brief verwerkt. Met deze brief completeer ik mijn toekomstbeeld voor de curatieve zorg.

Electieve zorg is curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld. Dit betreft zowel de somatische ziekenhuiszorg als de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Onder de GGZ versta ik dat deel dat per 1-1-2006 wordt overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg, dat wil zeggen de gehele extramurale GGZ en alle intramurale GGZ korter durend dan één jaar. De somatische ziekenhuiszorg bestaat voor ongeveer 70% uit electieve zorg, de curatieve GGZ bestaat voor ongeveer 90% uit electieve zorg.

In paragraaf 2 geef ik een uitgebreidere beschrijving van de electieve zorg. In paragraaf 3 schets ik wat ik tot nu toe in gang heb gezet om prikkels in het zorgsysteem te brengen. In paragraaf 4 zal ik aangeven op welke deelmarkten ik verwacht dat er liberalisering mogelijk is. In paragraaf 5 beschrijf ik hoe de geleidelijke liberalisering vorm zal krijgen. Vervolgens zal ik in paragraaf 6 omschrijven hoe acute zorg, complexe zorg en opleidingen gewaarborgd moeten worden wanneer verschillende deelmarkten worden geliberaliseerd. In paragraaf 7 beschrijf ik enkele thema's die extra aandacht behoeven bij de overgang naar liberalisering. Ik besluit mijn brief met een conclusie in paragraaf 8.

2. Electieve zorg, een beschrijving

In tegenstelling tot acute zorg heeft electieve zorg geen spoedeisend karakter. De aandoeningen zijn niet onmiddellijk levensbedreigend en behandeling hoeft daarom niet direct plaats te vinden. Door de mogelijkheid tot het uitstellen van de zorg, hebben patiënten in de meeste gevallen voldoende tijd om een zorgaanbieder uit te kiezen op basis van criteria die zij van belang vinden (bijvoorbeeld afstand, kwaliteit of toegangstijd). Ook voor zorgaanbieders bestaat de mogelijkheid om deze zorg doelmatig te plannen en te organiseren. Door de karakteristiek «planbaarheid» heeft electieve zorg in potentie veel meer een landelijke, of zelfs een internationale, markt dan acute zorg. De kans op marktmacht van enkele aanbieders is daardoor veel minder aanwezig dan bij acute zorg. Hieronder zal ik eerst de electieve ziekenhuiszorg beschrijven, vervolgens geef ik een beschrijving van de electieve GGZ.

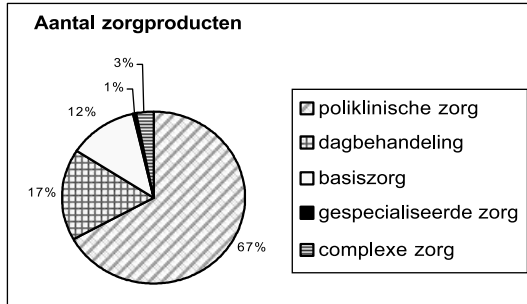
- *Electieve ziekenhuiszorg*

Binnen de electieve ziekenhuiszorg zijn de volgende nadere deelmarkten te onderscheiden:

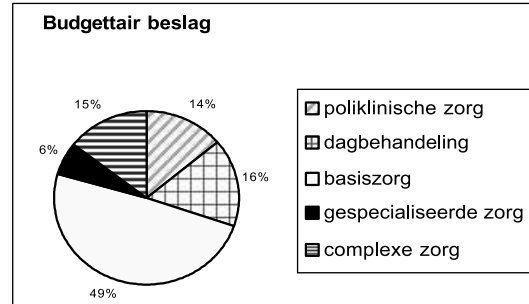
- poliklinische zorg;
- dagbehandeling;
- klinische basiszorg;
- gespecialiseerde klinische zorg;
- complexe klinische zorg.

De verschillende deelmarkten binnen de electieve ziekenhuiszorg zijn onderzocht en gekwantificeerd (zie bijlage 1 voor de definities van deze deelmarkten en bijlage 2 voor de kwantificering) op basis van cijfers die beschikbaar zijn voor het jaar 2001. Er zijn gegevens beschikbaar over het aantal geleverde zorgproducten binnen de deelmarkten in de electieve ziekenhuiszorg (figuur 1) en over de kosten van deze zorgproducten (figuur 2).

Figuur 1: Deelmarkten electieve ziekenhuiszorg in aantallen



Figuur 2: Deelmarkten electieve ziekenhuiszorg budgettair beslag



Binnen de electieve ziekenhuiszorg worden de meeste zorgproducten poliklinisch (67%) geleverd. 29% van de electieve zorgproducten bestaat daarnaast uit dagbehandelingen en klinische basiszorg. Poliklinische zorg, dagbehandelingen en klinische basiszorg bepalen gezamenlijk dus 96% van de electieve ziekenhuiszorg. De resterende 4% van de geleverde electieve ziekenhuiszorgproducten bestaat uit gespecialiseerde klinische zorg en complexe klinische zorg.

Het aantal geleverde zorgproducten in de gespecialiseerde en complexe klinische zorg is weliswaar gering, de kosten van deze zorgproducten zijn juist relatief hoog. De kosten bedragen namelijk ongeveer 20% van de totale kosten van de electieve ziekenhuiszorg. Poliklinische zorg, dagbehandeling en klinische basiszorg maken bijna 80% van de electieve zorgkosten uit. Een groot volume-aandeel betekent dus niet per definitie een groot kostenaandeel.

Het onderzoek is niet alleen op deelmarktniveau uitgevoerd; er is ook naar het voorkomen van behandelingen binnen de deelmarkten gekeken.

Hieruit is bijvoorbeeld naar voren gekomen dat cataractoperaties en diverse keel-, neus- en oorverrichtingen, zoals het verwijderen van keelamandelen, tot de meest voorkomende dagbehandelingen horen. De meest voorkomende klinische basiszorg betreft hernia-operaties en KNO-ingrepen. De complexe zorg bevat onder andere diverse hartoperaties.

Op basis van de beschikbare gegevens kan worden geconcludeerd dat de deelmarkten gespecialiseerde en complexe klinische zorg een klein deel uitmaken van de electieve ziekenhuiszorg. Het merendeel van de electieve ziekenhuiszorg, zowel in het aantal zorgproducten als in totale kosten, bestaat dus uit poliklinische zorg, dagbehandeling en klinische basiszorg.

- *Aanbod electieve ziekenhuiszorg*

Verreweg het grootste deel van de electieve zorg wordt momenteel aangeboden door algemene en academische ziekenhuizen. Daarnaast wordt deze zorg geleverd door categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Voor ZBC's geldt de beperking dat zij uitsluitend poliklinische zorg en dagbehandeling mogen leveren. De verruiming van de ZBC-regeling op 1 juli 2003 heeft geleid tot de komst van een aantal nieuwe aanbieders. Door deze ontwikkeling is bij ziekenhuizen het besef gegroeid dat het niet langer een automatisme is dat patiënten zich melden bij hun ziekenhuis.

Ik verwacht dat de invoering van marktprikkels in de ziekenhuiszorg zal leiden tot een verdere differentiatie van vormen waarin (electieve) ziekenhuiszorg wordt aangeboden. Het «full-service» ziekenhuis zoals dat nu gebruikelijk is, een ziekenhuis dat het volledige palet aan ziekenhuiszorg aanbiedt, zal in de toekomst minder vanzelfsprekend zijn dan nu het geval is. De verschijningsvormen waarin ziekenhuiszorg op dit moment wordt aangeboden (polikliniek, ZBC, dagziekenhuis, categoriaal ziekenhuis, profielziekenhuis, basisziekenhuis, topklinisch ziekenhuis en academisch ziekenhuis) zullen uitgebreid worden. Ik vind dit een logische en gewenste ontwikkeling omdat ik verwacht dat de aangeboden zorg daardoor beter zal kunnen aansluiten op de gevraagde zorg. Aanbieders worden namelijk uitgedaagd om zich te specialiseren en zich te onderscheiden van andere aanbieders.

Er zullen ziekenhuizen of nieuwe aanbieders zijn die zich naast of in plaats van het volledige pakket aan ziekenhuiszorg meer willen gaan richten op specifieke zorgproducten of patiëntencategorieën. Er zijn nu bijvoorbeeld al ziekenhuizen die hun relatief eenvoudige en planbare zorg afzonderen van de overige ziekenhuiszorg en apart aanbieden in zogeheten «productiestraten». Deze ziekenhuizen hebben hier goede ervaringen mee, omdat blijkt dat daardoor de doelmatigheid en productiviteit wordt verhoogd. Instellingen zullen meer dan nu het geval is gebruik gaan maken van de al bestaande mogelijkheid om werk uit te besteden aan derden. Het is vaak veel efficiënter om een deel van de taken aan een ander bedrijf over te laten (bijvoorbeeld het steriliseren van medische hulpmiddelen). Het kan ook gaan om het onderbrengen van bepaalde werkzaamheden bij afzonderlijke resultaatverantwoordelijke eenheden binnen het grotere geheel van het ziekenhuis.

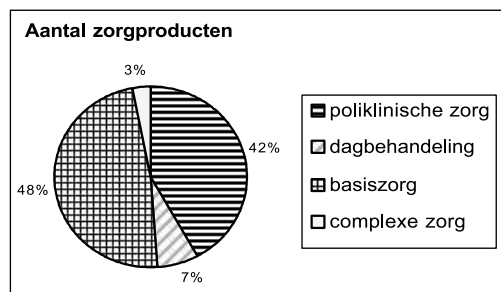
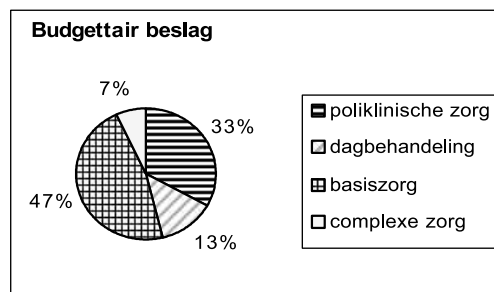
De ontwikkeling naar differentiatie van verschijningsvormen, zowel in vorm als in omvang, is al in gang gezet. Er zijn echter ook goede initiatieven die binnen de huidige wet- en regelgeving niet toegelaten kunnen worden tot het systeem. Ik zie het als mijn taak om de wet- en regelgeving aan te passen, zodat er ruimte komt voor de initiatieven die aansluiten bij mijn visie op marktwerking in de gezondheidszorg. In paragraaf 5 zal ik meer specifiek op het opheffen van belemmeringen ingaan.

- *Electieve geestelijke gezondheidszorg*

Voor de electieve GGZ zijn de volgende deelmarkten onderscheiden (zie bijlage 1 voor definities van deelmarkten):

- poliklinische zorg;
- dagbehandeling;
- klinische basiszorg;
- complexe klinische zorg.

Deze deelmarkten zijn gekwantificeerd op basis van CTG-cijfers over 2003. Hierbij dient te worden opgemerkt dat deze cijfers de gehele electieve GGZ-markt betreffen en niet uitsluitend de electieve curatieve GGZ. Omdat verreweg het grootste deel van de GGZ productie curatief te noemen is, zullen de hieronder genoemde percentages nauwelijks afwijken van de cijfers voor uitsluitend het electieve deel van de curatieve GGZ.

Figuur 3: Deelmarkten electieve GGZ in aantallen**Figuur 4: Deelmarkten electieve GGZ budgettair beslag**

Binnen de electieve GGZ wordt 42% van de producten poliklinisch (ambulant) geleverd. Maar liefst 55% van de electieve zorgproducten bestaat daarnaast uit dagbehandelingen en basiszorg. Poliklinische zorg, dagbehandelingen en basiszorg bepalen gezamenlijk ongeveer 97% van de electieve GGZ. De resterende 3% van de electieve zorgproducten bestaat uit complexe zorg. Complexe zorg in de GGZ bestaat uit vormen van zware psychiatrische zorg, zoals de zorg die wordt geleverd in de Klinieken Intensieve Behandeling (KIB), forensische psychiatrie (psychiatrische hulpverlening aan cliënten die een delict gepleegd hebben) en zorg aan doven met psychische problemen.

De kosten van de zorgproducten in de ambulante zorg beslaan 33% van de kosten van de totale electieve GGZ productie. De kosten van de dagbehandelingen en de basiszorg beslaan samen 60% van dit totaal. De kosten van de complexe zorg beslaan 7% van de totale electieve GGZ productie. Net als bij de ziekenhuiszorg bestaat bij de GGZ het merendeel van de electieve zorg, zowel in het aantal zorgproducten als in totale kosten, uit poliklinische zorg, dagbehandeling en klinische basiszorg.

- *Aanbod GGZ*

De electieve curatieve GGZ wordt geleverd door regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's), algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en), psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. In de meeste gevallen krijgt de cliënt te maken met een gefuseerde GGZ-instelling waarin bovengenoemde instellingen (plus de RIBW) zijn opgegaan. Andere organisatievormen zijn ook mogelijk. Zelfstandige zorgcentra die zich specialiseren op de behandeling van één bepaalde ziekte of een veelvoorkomende combinatie van aandoeningen, zijn in de GGZ denkbaar. Zo is het voorstelbaar dat rond de ziekte depressie gespecialiseerde klinieken worden opgezet waarin ook de lichamelijke risico's van deze ziekte, waaronder hart- en vaatziekten, goed kunnen worden bewaakt. Gespecialiseerde klinieken voor klinische psychotherapie bij therapieresistente psychiatrische problematiek, klinieken voor de behandeling van diabetes of andere chronische aandoeningen met specifieke aandacht voor psychische of psychiatrische complicaties of klinieken voor gespecialiseerde behandeling van bijzondere patiëntengroepen, zijn andere voorbeelden van GGZ-instellingen.

3. Beleidskader

Om de invoering van vormen van marktprikkels mogelijk te maken heb ik een omvangrijk en samenhangend wetgevingstraject in gang gezet. Omdat ik uw Kamer in aparte brieven over deze wetten heb geïnformeerd, volstaat op deze plek een korte beschrijving. Vanaf 1 januari 2005 zullen de DBCs in de ziekenhuizen een feit zijn. Voor een omvang van ongeveer tien procent van het macro ziekenhuisbudget

geldt dat tussen verzekeraars en zorgaanbieders vrij over prijzen mag worden onderhandeld, het zogenaamde B-segment (somatische) DBCs. Verzekeraars en zorgaanbieders hebben voor deze B-segment DBCs geen contracteerplicht meer. Dit wordt mogelijk gemaakt door het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ), dat het gefaseerd opheffen van de (omgekeerde) contracteerplicht mogelijk maakt. Vrije prijsonderhandelingen voor deze DBCs worden mogelijk gemaakt door het voorstel tot wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG ExPres), dat het College tarieven gezondheidszorg (CTG/ZAio) de mogelijkheid biedt om voor bepaalde DBCs een prestatieomschrijving zonder tarief vast te stellen. Voor de GGZ wordt invoering van de DBCs in 2006 voorzien, gelijktijdig met de overheveling van de curatieve GGZ van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) naar het tweede compartiment. In de eerste helft van 2005 wordt bepaald welke fasering voor de GGZ zal gelden.

Met de WTG ExPres wordt het voor het CTG/ZAio mogelijk om experimenten op het terrein van prijsonderhandelingen te starten. Omdat de gezondheidszorg uit vele deelmarkten bestaat, die allemaal verschillend reageren op marktprikkels, vind ik het namelijk wenselijk om in sommige gevallen eerst op kleine schaal te experimenteren. De WTG ExPres maakt een experiment als dat van de Sint Maartenskliniek mogelijk. Het is de bedoeling dat deze kliniek vanaf 1 januari 2005 over haar volledige productie met verzekeraars vrij over de prijzen van alle DBCs kan onderhandelen.

Met het wetsvoorstel Toelating zorginstellingen (WTZi) wil ik vanaf 1 januari 2005 de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vervangen en overheidssturing bij het bouwen en in gebruik nemen van zorginstellingen reduceren. De kern van de WTZi is het loskoppelen van de toelating van zorgondernemingen en de overheidsbemoeienis met de bouw. Met de derde nota van wijziging (de WTZi) biedt de wet de mogelijkheid om op deelmarkten van de gezondheidszorg de toelating, planning en bouw gedifferentieerd te reguleren. De WTZi creëert ook de mogelijkheid om het winstmotief toe te staan aan (categorieën van) zorgaanbieders. In mijn beleidsvisie op de WTZi geef ik een nadere uitwerking.

Met ingang van 1 januari 2006 zal de nieuwe zorgverzekeringwet (ZVW) in werking treden. Met deze wet gaan de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering voor het tweede compartiment op in een standaardverzekering. Deze standaardverzekering geldt voor alle Nederlanders. Verzekeraars mogen zelf hun premie voor deze verzekering vaststellen. Zij zijn echter wel verplicht om alle verzekerden, ongeacht leeftijd of gezondheid, te accepteren tegen dezelfde premie.

Het wetsvoorstel Marktordening gezondheidszorg maakt het mogelijk dat CTG/ZAio vanaf 1 januari 2006 de status van Zorgautoriteit zal hebben. De Zorgautoriteit heeft verschillende taken. Zij begeleidt en stimuleert de ontwikkeling van markten in de zorg en houdt daarnaast toezicht op prijsvorming en prijsregulering (afhankelijk van de mate van liberalisering in een deelmarkt). Tot slot heeft CTG/ZAio ook de taak om toezicht te houden op de uitvoering van de verzekering. Daartoe zal ook het College Toezicht op de zorgverzekeringen worden ingevaren bij de Zorgautoriteit.

Naast deze veranderingen in de wetgeving heb ik voor elke sector landelijke actieprogramma's kwaliteit, innovatie en doelmatigheid (LAKID) opgestart. Het programma voor de ziekenhuissector heeft de naam Sneller Beter gekregen en is het eerste deelprogramma van het LAKID. De landelijke actieprogramma's bevorderen de transparantie in de zorg door benchmarking van zorgaanbieders, het introduceren van prestatie-indicatoren door de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) en het verspreiden van goede praktijkvoorbeelden.

4. Liberalisering daar waar mogelijk

Zoals ik in de inleiding aangaf zal er meer vrijheid ontstaan voor initiatieven van partijen in de zorgsector. De overheid zal daarbij de publieke belangen borgen. Omdat het transitietraject in een markt zoals de gezondheidszorg goed begeleid moet worden, kies ik voor een geleidelijke invoering van meer vrijheden. Per deelmarkt zal daarnaast goed gekeken moeten worden welke marktprikkels inzetbaar zijn en of de prestaties op die deelmarkt ook werkelijk kunnen verbeteren door de invoering van marktprikkels. Vanwege de diverse karakteristieken zal dit per deelmarkt verschillen.

Vanuit de blijvende verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op systeemniveau zal daarom in bepaalde deelmarkten binnen de electieve zorg een zekere mate van regulering wenselijk blijven. Ik zal per deelmarkt bekijken of de introductie van een vorm van marktprikkels mogelijk is, zoals benchmarking, aanbesteden van diensten of vrije prijsvorming en directe concurrentie tussen aanbieders op de markt. Zo hanteer ik een aantal criteria aan de hand waarvan kan worden bepaald of zorg zich bevindt in het segment waar vrije prijsvorming dient plaats te vinden, in het segment waar dit in principe mogelijk is, of in het segment waar regulering op zijn plaats is. Ik denk onder andere aan de volgende criteria:

- een evenwichtige verdeling van marktmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- beschikbaarheid van voldoende informatie (bijvoorbeeld over kwaliteit);
- voldoende toetredingsmogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders;
- beschikbaarheid van homogene producten.

Tegelijkertijd probeer ik, daar waar nog niet helemaal aan deze criteria is voldaan, stappen te zetten om te kijken of een ontwikkeling mogelijk is. Zo is de IGZ bijvoorbeeld bezig de informatie over kwaliteit te verbeteren door kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en die ook per instelling te publiceren. Vorig jaar heb ik een stap gezet door de regeling voor ZBC's te verruimen, waardoor er meer toetreders zijn gekomen. Met ingang van 1 januari 2005 zet ik in de ziekenhuissector een stap door het invoeren van DBCs, waardoor het mogelijk wordt om over homogene producten te spreken.

Mede op basis van marktanalyses die OCFEB heeft gemaakt¹, merk ik, binnen de electieve ziekenhuiszorg, de deelmarkten poliklinische zorg, dagbehandelingen en klinische basiszorg aan als geschikt voor liberalisering. Deze deelmarkten zijn samen goed voor ruim 95% van het volume van de electieve ziekenhuiszorg. Deze markten kenmerken zich door producten die:

- in relatief hoge volumes voorkomen;
- in het merendeel van de zorginstellingen voorkomen;
- relatief eenvoudig zijn;
- vrijwel geen medische complicaties kennen.

Voor de deelmarkten polikliniek, dagbehandeling en klinische basiszorg verwacht ik op basis van de bovenstaande kenmerken dat er relatief snel nieuw aanbod kan worden gecreëerd, waardoor er voldoende concurrentie is en dat de kwaliteit van de zorg meetbaar is en transparant gemaakt kan worden. Met de introductie van meer marktprikkels beoog ik zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden te stimuleren in het realiseren van meer vraaggestuurde zorg. Ik verwacht dat de gedragsverandering van de verschillende partijen een gunstig effect zal hebben op efficiency, prijs en kwaliteit van de zorg.

¹ Varkevisser, M., S. A. van der Geest, F. T. Schut, Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg, OCFEB, Rotterdam, 2003 en Varkevisser, M., S. A. van der Geest, F. T. Schut, Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen, OCFEB, Rotterdam, 2004.

Omdat de producten binnen de deelmarkten gespecialiseerde en complexe klinische zorg niet door de bovenstaande kenmerken gekarakteriseerd worden, verwacht ik, op basis van het bovenstaande toetsingskader, dat er onvoldoende concurrentie zal optreden op deze markt. Ik acht deze deelmarkten daarom vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en kwaliteit vooralsnog niet geschikt voor liberalisering. Omdat ik het voor deze deelmarkten wel van belang vind dat zij eveneens meer vraaggericht zullen worden georganiseerd, onderzoek ik de mogelijkheden tot minder vergaande invoering van marktprikkels, zoals onderlinge prestatievergelijking (benchmarking) van instellingen.

In de GGZ kan van geleidelijke liberalisering pas sprake zijn na de realisatie van de overheveling van de curatieve GGZ naar het tweede compartiment in 2006 en na de introductie van de DBCs voor de GGZ. Ik neem daarbij aan dat de hierboven voor de ziekenhuiszorg genoemde kenmerken ook geldig zijn voor de curatieve GGZ.

5. Geleidelijk liberaliseren

Ik zie drie mogelijkheden om de vrijheden in de deelmarkten polikliniek, dagbehandeling en klinische basiszorg te vergroten. Ten eerste wil ik voor een aantal zorgproducten vrije prijsvorming toestaan. Ten tweede wil ik minder stringente voorwaarden verbinden aan de toelating en uitbreiding van zorginstellingen die producten aanbieden waarvoor vrije prijsvorming geldt. Ten derde wil ik de mogelijkheid voor zorgaanbieders om een winst-oogmerk te hebben, invoeren.

• Vrije prijsvorming

Hoewel ik verwacht dat de deelmarkten poliklinische zorg, dagbehandelingen en klinische basiszorg geschikt zijn voor vrije prijsvorming, kies ik toch voor een geleidelijke invoering daarvan. Per 1 januari 2005 zet ik daartoe bij de ziekenhuiszorg de eerste stap door voor een afgebakend deel van de DBCs – segment B genaamd – vrije prijsvorming daadwerkelijk te laten gelden. De huidige segment B productie heeft een omvang van bijna 1 miljard euro (ziekenhuisdeel en specialistendeel). Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten voor deze DBCs zelf prijzen afspreken voor het ziekenhuisdeel. Het specialistendeel wordt bepaald door de normtijd maal uurtarief. Het CTG/ZAio zal voor dit segment geen landelijk geldende tarieven vaststellen. Naast de prijs onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over volumes en kwaliteit van de zorgproducten. Deze onderhandelingen mogen niet langer door alle zorgverzekeraars gezamenlijk gevoerd worden.

Met het nemen van verdere stappen beoog ik de marktprikkels verder uit te breiden en partijen te stimuleren in hun gedragsverandering. Het tempo waarmee ik deze vervolgstappen neem, zal ik baseren op de concrete ervaringen met het functioneren van marktwerking in segment B en de mogelijke gevolgen hiervan voor segment A. Het economische toetsingskader dat ik in de vorige paragraaf beschreven heb, is voor mij hierbij het uitgangspunt.

Bij het nemen van verdere stappen denk ik aan de uitbreiding van segment B en de herverdeling van budgetten voor segment A op basis van DBCs. Bij de eventuele uitbreiding van segment B zal ik een aantal van de criteria hanteren die ik bij de samenstelling van het huidige segment B heb gebruikt, namelijk:

- eenvoudige substitutiemogelijkheden binnen de tweede lijn;
- geen substitutiemogelijkheden met eerste lijn;
- bij voorkeur leverbaar door ZBC's;
- behandelingen met een lage prijs;
- beperkt budgettair risico;

- zo mogelijk over de breedte van alle specialismen;
- mogelijk wachtlijst gerelateerd.

Naast het zelfcorrigerende vermogen van de markt spelen toezichthouders een belangrijke rol voor het optimaal functioneren van de markt. Mocht de markt niet in staat zijn zichzelf te corrigeren dan kunnen de verschillende toezichtorganen ingrijpen. Mocht de markt zich dan nog niet in de gewenste richting ontwikkelen, dan zal ik in het uiterste geval zelf ingrijpen en het B-segment verkleinen.

- *Opheffen toetredingsbelemmeringen voor aanbieders van segment B DBCs*

Ik wil voor segment B een dynamische en marktconforme situatie met voldoende aanbieders creëren. Om dit te bereiken is het van belang dat aanbieders van segment B DBCs gemakkelijk kunnen toetreden en uitbreiden. Voor B-segment DBCs in polikliniek en dagbehandeling is dit nu reeds het geval door de ZBC-regeling, maar voor de klinische DBCs in het B-segment kan dit nog niet. Daarom wil ik met de invoering van de WTZi het bouwregime voor nieuwe aanbieders van klinische B-segment DBCs niet meer van toepassing verklaren. Ik verwacht dat hierdoor het aantal aanbieders van zorg in segment B toeneemt. Dit is noodzakelijk voor een goede werking van de markt, omdat er voldoende concurrentie moet zijn (zie paragraaf 4).

- *Toestaan uitkeerbare winst*

Het toestaan van het winstoogmerk betekent dat de winst mag worden uitgekeerd aan eigenaren of aandeelhouders. Het winstoogmerk kan een welkome impuls geven aan de klantgerichtheid, de efficiency en de innovatie in de sector. In de eerste plaats vergroot het perspectief van winst de financieringsmogelijkheden van investeerders. Het aantrekken van risicodragend kapitaal betekent voor de instelling dat zij langs die weg eigen vermogen kunnen vormen. Dat vergroot bovendien de kansen van toetreding tot de markt van nieuwe zorgaanbieders.

Op dit moment wordt in de zorgverlening al winst gemaakt bij de vrije beroepsbeoefenaar die in het eerste en tweede compartiment als zelfstandige ondernemer optreedt (specialisten, fysiotherapeuten, apothekers, psychotherapeuten). Voor instellingen die niet onder de reikwijdte van de WZV vallen (bijv. thuiszorg of kraamzorginstellingen) geldt op dit moment evenmin een winstverbod. Het winstoogmerk is echter niet toegestaan bij intramurale instellingen die wél onder de reikwijdte van de WZV vallen. De WTZi biedt de mogelijkheid om onder voorwaarden het winstmotief toe te staan aan (categorieën van) instellingen die intramurale zorg verlenen. Daarnaast biedt het experimenteerartikel WTZi de mogelijkheid om het winstmotief geleidelijk te introduceren. Ik denk hierbij in eerste instantie aan de ziekenhuizen, ZBC's en de curatieve GGZ. Als de concurrentie en het bijbehorende toezicht in de zorgsector – met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening gezondheidszorg – een nieuwe impuls hebben gekregen, zal ik bepalen of en onder welke condities het winstmotief bij ZBC's, ziekenhuizen en GGZ-instellingen kan worden toegestaan.

Een van de voorwaarden waar ik aan denk is het voorkomen van ontoelaatbare kruissubsidiëring (zie ook paragraaf 7). In februari 2005 zal ik uw Kamer door middel van een brief over winst, en de daarmee samenhangende thema's kapitaallasten en bouwregime, berichten.

6. Waarborging van acute zorg, complexe zorg en opleidingen

Bij het nemen van geleidelijke stappen zoals ik hierboven heb beschreven, ontstaan risico's voor de waarborging van acute zorg, complexe zorg en opleidingen. Daarom vind ik het van belang om tegelijk met de aangekondigde liberalisering een aantal stappen te nemen.

• *Waarborging acute zorg*

Acute zorg betreft een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan medische diagnostiek en behandeling. Er is sprake van een levensbedreigende situatie of een situatie waarbij uitstel van hulp ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid. Het is van groot belang dat deze zorg voor een ieder binnen redelijke tijd toegankelijk blijft.

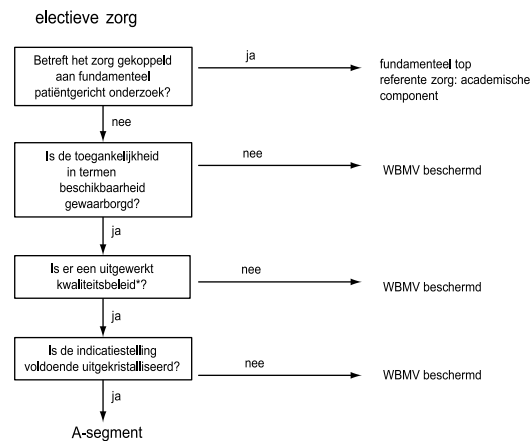
De toegankelijkheid van de acute zorg is op dit moment goed geborgd. Om de acute zorg ook in de toekomst goed toegankelijk te houden, wil ik, zoals ik ook in de beleidsvisie WTZi zal aangeven, bij de organisatie van de spoedeisende hulpverlening uitgaan van een ketenbenadering. Het publieke belang is gedefinieerd als de veldnorm dat patiënten die acute zorg nodig hebben binnen een kwartier door óf huisarts óf ambulance bereikt kunnen worden zodat de primaire behandeling kan worden ingezet. Aansluitend dient er een werkend systeem te zijn (7x24 uur) waarin op voorhand duidelijk is naar welke instelling de betreffende patiënt vervoerd kan c.q. moet worden. Daarbij moet per regio, op initiatief van het betreffende traumacentrum, een passende oplossing worden gezocht.

Alle zorgaanbieders in de keten worden hierbij betrokken: huisartsen, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, GGZ-instellingen, ziekenhuizen en traumacentra. Daardoor ontstaat een beeld van de verschillende behandelmogelijkheden en -capaciteiten in de regio. Zorgverzekeraars gebruiken dit beeld van behandelcapaciteiten om voldoende acute zorg in te kopen om daarmee aan hun zorgplicht te voldoen. Het referentiekader «Spreiding en bereikbaarheid», waarover ik u op 3 mei 2004 (TK 29 247, nr. 13) heb geïnformeerd, heeft in kaart gebracht hoeveel ambulancestandplaatsen nodig zijn om 95% van de bevolking binnen een kwartier door een ambulance te laten bereiken. Ik heb daarvoor extra middelen vrijgemaakt. In de WTZi-toelating is opgenomen dat ziekenhuizen en GGZ-instellingen deelnemen aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde ketenoverleg acute zorg, en dat zij de daarin gemaakte afspraken nakomen. Indien sprake zou zijn van een overtreding van de in de toelating gestelde voorwaarden, dan biedt de wet de mogelijkheid van bestuursdwang en, indien dat nodig zou zijn, de mogelijkheid om de toelating in te trekken. Met de WTZi krijg ik dus een instrument om de (bereikbaarheid van) acute zorg te borgen.

• *Waarborging complexe zorg*

Zoals ik in paragraaf 4 heb aangegeven acht ik de complexe klinische electieve zorg op economische gronden vooralsnog niet geschikt voor liberalisering. Daarnaast is het natuurlijk ook mogelijk dat er regulering nodig is vanuit toegankelijkheids- en kwaliteitsoogpunt. Hiervoor wil ik de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en de academische component blijven gebruiken. Ik acht het daarbij noodzakelijk dat er een dynamische doorstroom blijft van gereguleerde zorg naar gedereguleerde zorg. Bij de besluitvorming over waar en in welke mate regulering nodig is vanuit het oogpunt van toegankelijkheid en kwaliteit, dient het volgende zorginhoudelijke beoordelingskader. Dit kader is een aanvulling op de in paragraaf 4 genoemde economische criteria, specifiek voor de curatieve gezondheidszorg.

Figuur 5: Doorstroom criteria gereguleerde zorg – liberaliseerbare zorg



* Incl. eis voor minimaal aantal verrichting per centrum per jaar , vastgesteld door wetenschappelijke verenigingen cq. Gezondheidsraad

Wanneer alle stappen uit figuur 5 doorlopen zijn, blijkt of liberaliseren wel of niet mogelijk is voor bepaalde vormen van zorg. Wanneer de zorg niet in aanmerking komt voor liberalisering, betekent dit dat regulering via de academische component of de WBMV nodig is. Op de vraag of en wanneer de zorg waarvoor liberalisering mogelijk blijkt ook daadwerkelijk overgeheveld wordt naar het B-segment, ben ik in paragraaf 5 ingegaan. Hierbij wil ik opmerken dat bovenstaand schema zich voor wat betreft de academische component uitsluitend richt op de vraag hoe de genoemde zorg geborgd kan worden. De middelen zijn beschikbaar gesteld voor de academische taken op het gebied van topreferente zorg, onderzoek en innovatie en opleidingen.

• *Waarborging van opleidingen*

Het publieke belang van goede opleidingen in de gezondheidszorg is groot. Werknemers in de zorg bepalen immers in hoge mate de kwaliteit van de zorg. Daarnaast dient er kwantitatief voldoende opgeleid personeel te zijn om de toegankelijkheid van de zorg te bewaken. Wanneer er te weinig personeel is, dan leidt dit tot onvoldoende aanbod. Onvoldoende aanbod kan tot marktmacht van een aantal zorgaanbieders leiden. De academische ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor een groot gedeelte van de gespecialiseerde opleidingen in de zorg. Daarnaast heeft een aantal algemene ziekenhuizen en GGZ-instellingen dergelijke opleidingsplaatsen.

Wanneer de kosten van opleidingen worden verdisconteerd, ofwel in de FB-systematiek, ofwel via DBCs, bestaat het nadeel dat opleidingsinstellingen hierdoor waarschijnlijk een hogere prijs in rekening moeten brengen voor verleende zorg dan aanbieders die geen opleidingstaak hebben. De hogere prijs die opleidingsinstellingen genoodzaakt zijn in rekening te brengen, kan ertoe leiden dat verzekeraars geneigd zijn om bij de goedkopere aanbieders zorg in te kopen. Hierdoor komt de continuïteit van opleidingen in gevaar. Een andere consequentie van het verdisconten van opleidingskosten in de FB-systematiek of de DBCs is het eventuele «free rider» gedrag onder zorgaanbieders. Dit betekent dat de ene instelling zou profiteren van de opleidingsinspanning van de andere instelling. Ik overweeg daarom een separaat opleidingsfonds voor de curatieve zorg te creëren voor die opleidingen die marktverstoring kunnen werken. Het gaat dus alleen om die opleidingen en opleidingskosten die tot een zodanige opslag op de gangbare prijzen leiden dat

hierdoor een substantieel concurrentienadeel ontstaat. Dit voorkomt deze onwenselijke consequenties in belangrijke mate.

Daarnaast is de werkplaatsfunctie van de academische (en andere opleidings-)instellingen van groot belang. Tijdens hun opleiding dienen artsen namelijk ervaring op te doen in een goede casemix aan zorg, dus zowel de relatief eenvoudige zorg als de bijzondere vormen van zorg (topreferent en topklinisch). Een consequentie van marktwerking kan zijn dat de casemix binnen een instelling zodanig verstoord raakt, dat dit de werkplaatsfunctie nadelig beïnvloedt. Dit kan enerzijds gebeuren doordat, zoals boven gezegd, verzekeraars bepaalde vormen van eenvoudige zorg eerder bij een goedkopere aanbieder inkopen. Anderzijds kunnen bepaalde vormen van bijzondere zorg door marktwerking verdwijnen bij de opleidingsinstelling. In de huidige situatie wordt dit door opleidingsinstellingen zelf reeds opgelost door samenwerkingsverbanden aan te gaan met andere instellingen. Op basis van de uitspraken van veldpartijen bij diverse gelegenheden verwacht ik dat dit in de toekomst zal blijven gebeuren.

7. Overgang naar liberalisering

Bij het nemen van geleidelijke stappen zoals ik hierboven heb beschreven, zijn er enkele overgangsproblemen waarvoor ik een oplossing zal moeten vinden. Ik denk hierbij aan de thema's kapitaallasten, kruissubsidiëring en budgettaire beheersbaarheid.

• Kapitaallasten

Wanneer de contracteerplicht voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars vervalt is het bij integrale kostprijzen de vraag wat de consequenties zijn voor de positie van de ziekenhuizen op de kapitaalmarkt. Er doen zich problemen voor bij de bekostiging van de kapitaallasten van het ziekenhuis (te lange afschrijvingstermijnen) en bij de financiering van de kapitaallasten (te lage solvabiliteit en hogere rentelasten), die in een situatie van marktwerking hogere kosten met zich meebrengen. Ik heb toegezegd de Kamer hierover in februari 2005 een brief te sturen.

• Kruissubsidiëring

Fair play is een noodzakelijke voorwaarde voor marktwerking. Gedrag van aanbieders dat gericht is op het beperken van de concurrentie is schadelijk voor de doelmatigheid. Dit geldt ook voor de markt voor electieve curatieve zorg. Daar moet door de invoering van marktprikkels de concurrentie tussen zorgaanbieders juist van de grond gaan komen. Hierbij bestaat het risico van oneerlijke concurrentie door middel van kruissubsidiëring door gevestigde aanbieders. Deze aanbieders beschikken over marktmacht doordat zij een breed palet aan producten aanbieden, die in de overgangperiode voor een belangrijk deel worden bekostigd via budgettering. Zij kunnen hun marktmacht benutten om DBCs in het B-segment aan te bieden tegen een verliesgevende prijs, om op die manier de contracten bij verzekeraars te bemachtigen en potentiële nieuwe aanbieders af te schrikken. De kosten van deze werkwijze (het verlies in het B-segment) kunnen deze aanbieders via een kruissubsidie afwentelen op het gebudgetteerde A-segment.

Een ander motief om veel productie in het B-segment te willen afzetten kan zijn dat daarmee de totale omzet van het ziekenhuis kan worden vergroot. De extra opbrengst van een B-segment DBC is immers de volle prijs (ook al zou die niet volledig kostendekkend zijn), terwijl een A-segment DBC alleen de variabele budgetcomponent oplevert. Ook bij dit tweede motief wordt het voor andere aanbieders lastig om de concurrentie aan te gaan.

GGZ-aanbieders kunnen in de huidige situatie gelijktijdig actief zijn in het eerste en derde compartiment en vanaf 2006 – na de overheveling van de curatieve GGZ naar het tweede compartiment – ook in het tweede compartiment. Kruissubsidiëring kan plaatsvinden van eerste (of tweede) naar het derde compartiment, van eerste (geen risicodragendheid) naar tweede (risicodragend) compartiment en (op termijn) mogelijk binnen het tweede compartiment van een niet-geliberaliseerd naar een geliberaliseerd deel. Net als in de ziekenhuissector zullen, na het vrijgeven van prijzen voor (bepaalde) verrichtingen, de mogelijkheden tot kruissubsidiëring worden vergroot.

Hoewel kruissubsidiëring op de korte termijn aantrekkelijk kan lijken door een laag prijsniveau, kan het resulteren in welvaartsverlies als gevolg van de beperking van mededinging. De Mededingingswet biedt aanknopingspunten voor het tegengaan van kruissubsidiëring. Daarvoor moet dan wel worden aangetoond dat sprake is van misbruik van een economische machtspositie. Deze bewijslast is echter lastig te leveren. Ik heb daarom de volgende aanpak op hoofdlijnen voor ogen, waarbij het CTG/ZAio centraal staat. In de eerste plaats zal de sector duidelijk gemaakt worden dat kruissubsidiëring onwenselijk is met het oog op eerlijke marktwerking. Om dit uitgangspunt te kunnen handhaven, moet kruissubsidiëring zichtbaar gemaakt kunnen worden. Daartoe moet een vergelijking kunnen worden gemaakt tussen prijs en kostprijs. Het CTG/ZAio zal als zorgautoriteit regels stellen voor de wijze van kostentoekening om gestandaardiseerde kosteninformatie te ontvangen. Ten slotte streef ik er naar kruissubsidiëring onaantrekkelijk te maken door efficiënte outputbesteding van het A-segment.

- *Budgettaire beheersbaarheid*

De invoering van marktprikkels in de electieve zorg beoogt de doelmatigheid te vergroten en mag als zodanig niet leiden tot een stijging van de zorguitgaven.

Bij de overstap naar vrije prijsvorming van DBCs vervallen de aangrijpingspunten voor budgettaire beheersing die de huidige bekostiging van de ziekenhuiszorg biedt. Om spanning met het budgettaire kader zorg (BKZ) te voorkomen is gekozen voor een geleidelijke invoering van vrije prijsvorming. Zorgverzekeraars en aanbieders dienen redelijke prijzen overeen te komen die recht doen aan de doelmatigheidswinst die in de sector mogelijk is. In het geval van een onwenselijke prijsontwikkeling zal CTG/ZAio dit constateren zodat, na analyse van de oorzaken, op basis van WTG ExPres en Mededingingswet gericht kan worden ingegrepen. Ook in de acute zorg kan lokaal een ongewenste prijsstijging optreden als de doelmatigheidswinst van een aparte productie van electieve zorg ten onrechte prevaleert boven de synergie van de combinatie acuut/electief, waarbij behandelaars de tijd tussen twee acute behandelingen kunnen opvullen met electieve behandelingen. Een mogelijke ingreep is het voorschrijven dat de prijs meer in overeenstemming moet worden gebracht met de kostprijs. Als ultieme remedie kunnen de prijzen weer via de WTG worden vastgesteld. Ik hoop dit overigens niet toe te hoeven passen.

Door bekostiging via vrije DBC-prijzen in plaats van het huidige FB-systeem neemt de variabele component toe. Dit kan instellingen stimuleren om extra productie te leveren. Verzekeraars moeten er kritisch op toezien dat deze productie tegemoet komt aan een reële zorgvraag. Zij zullen door de DBC-systematiek beter in staat zijn aanbieders te vergelijken en vraag (diagnose) en aanbod (behandeling) op elkaar af te stemmen. Er is immers veel meer informatie beschikbaar dan in het huidige systeem.

Een ander bestaand beheersinstrument is de toelating van aanbieders. In paragraaf 5 heb ik mijn voornemen genoemd om de toelating voor de curatief somatische zorg te verruimen. Dit kan, waar nodig, leiden tot een toename van de productie en van de productiecapaciteit. Ik acht dit een gewenste ontwikkeling omdat voldoende en meer gedifferentieerd aanbod een voorwaarde is voor marktwerking, grotere doelmatigheid en een beheerste ontwikkeling van de prijzen.

8. Conclusie

Deze visie op de liberalisering van de electieve zorg staat niet op zichzelf. De visie maakt onderdeel uit van een groot aantal maatregelen dat er toe dient de gezondheidszorg zo te hervormen dat er een vraaggestuurd stelsel ontstaat. Het vraaggestuurde stelsel moet meer tegemoet komen aan de wensen van patiënten en verzekeren en meer ruimte geven aan verzekeraars en zorgaanbieders om de zorg op een efficiënte wijze in te richten. Daarom heb ik de wetstrajecten die ik in paragraaf 3 heb beschreven in gang gezet. Daarnaast heb ik specifiek voor de electieve zorg in deze brief een aantal stappen aangekondigd:

- het vergroten van dat deel van de DBCs waarvoor zorgaanbieders en verzekeraars vrij over prijzen mogen onderhandelen;
- het loslaten van de overheidsbemoeienis met bouwinvesteringen van nieuwe aanbieders die DBCs leveren waarover vrij over prijzen mag worden onderhandeld;
- het toestaan van uitkeerbare winst aan ziekenhuizen, ZBC's en GGZ-instellingen.

Liberalisering is niet voor alle deelmarkten geschikt. In deze brief heb ik dan ook beschreven hoe ik de acute zorg, de complexe zorg en opleidingen wil waarborgen nu ik de electieve zorg geleidelijk liberaliseer. Ik heb beschreven dat er bij het nemen van deze geleidelijke stappen enkele overgangsproblemen zijn, namelijk kapitaallasten, kruissubsidiëring en budgettaire beheersbaarheid. Hoe ik met kapitaallasten zal omgaan, zal ik u laten weten met een brief die ik in februari 2005 aan uw Kamer zal sturen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Overzicht van de verschillende gehanteerde definities in de ziekenhuiszorg en de GGZ

- *Poliklinische zorg*: Zorg waarvan de behandeling niet klinisch plaatsvindt. In de psychiatrie wordt deze zorg vaak ambulante zorg genoemd.
- *Deeltijdbehandeling (GGZ)/dagbehandeling (ziekenhuiszorg)*: Een aantal uren durende vorm van opname en verpleging in een instelling, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op een zelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling.
- *Klinische Basiszorg*: Klinische zorg die in het merendeel van de ziekenhuizen en GGZ-instellingen wordt geleverd en geen complicaties kent.
- *Gespecialiseerde klinische zorg*: Zorg die altijd in een klinische setting plaatsvindt en waarbij complicaties kunnen optreden.
- *Complexe klinische zorg*: bestaat uit topklinische zorg en topreferente zorg. Bij topklinische zorg gaat het om zorg die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) valt en waarvoor een planningsbesluit of beleidsvisie in het kader van die wet van kracht is. Topreferente zorg is zeer specialistische patiëntenzorg die gepaard gaat met bijzondere diagnostiek en behandeling, waarvoor geen doorverwijzing meer mogelijk is. Topreferente zorg vereist een infrastructuur waarbinnen vele disciplines op het hoogste deskundigheidsniveau samenwerken ten behoeve van de patiëntenzorg en die gekoppeld is aan fundamenteel patiëntgericht onderzoek. Hierdoor wordt deze functie vrijwel exclusief door de academische ziekenhuizen uitgevoerd, bekostigd uit de academische component. Uit dit budget wordt tevens geput ten behoeve van opleidingen, onderzoek en innovatie.
Complexe zorg in de GGZ bestaat uit vormen van zware, specialistische psychiatrische zorg, zoals de zorg die wordt geleverd in de Klinieken Intensieve Behandeling (KIB), zorg aan doven met psychiatrische problemen en forensische psychiatrie.

De verschillende deelmarkten staan in de onderstaande tabellen in cijfers weergegeven. De cijfers zijn gebaseerd op gegevens die afkomstig zijn uit 2001. Tabel 1 bevat een indicatie van het percentage van het totale aantal zorgproducten (medische procesbeschrijving dat het geheel van activiteiten van ziekenhuis en medisch specialist omvat, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in het ziekenhuis consulteert) binnen de electieve zorg. Bij het invullen van de tabel is rekening gehouden met de drie genoemde kenmerken (complexiteit, omvang en chroniciteit). De deelmarkten staan genoemd in oplopende mate van complexiteit van de zorgproducten. Zo wordt de poliklinische zorg verondersteld laagcomplex te zijn en de complexe zorg juist hoogcomplex. Binnen de diverse deelmarkten is weer onderscheid gemaakt naar chroniciteit en de omvang van de markt; de vraag of de zorg veel voorkomt of juist zeldzaam is. Tabel 2 bevat vervolgens een indicatie van het percentage dat de verschillende deelmarkten uitmaken van het totale budgettaire beslag van de electieve zorg. De definities van de verschillende deelmarkten staan in bijlage 1 omschreven.

Tabel 1. Deelmarkten in de electieve ziekenhuiszorg (% van het totale aantal electieve zorgproducten)

		Klinische electieve zorg				
		Poliklinische zorg	dagbehandeling	basis	gespecialiseerd	complex
veel voorkomend	chronisch	11,4%	6,6%	3,8%		
	niet chronisch	55,4%	10,8%	8,2%		
Zeldzaam**	chronisch				0,1%	1,3%
	niet chronisch				0,6%	1,7%

Tabel 2. Deelmarkten in de electieve ziekenhuiszorg (% van het totale budgettaire beslag van de electieve zorg)

		Klinische electieve zorg				
		Poliklinische zorg	dagbehandeling	basis	gespecialiseerd	complex
veel voorkomend	chronisch	3,8%	8,9%	18,7%		
	niet chronisch	10,1%	7,4%	30,6%		
Zeldzaam**	chronisch				1,3%	6,9%
	niet chronisch				4,7%	7,6%