

Antwoorden op vragen uit het Consultatiedocument Ziekenhuiszorg.

Vraag 1.

De beschrijving en bijzondere kenmerken van de ziekenhuiszorg is op zichzelf wel compleet. Echter, in enigermate ontbreken ervaringen vanuit andere markten, buitenlandse –langere- ervaringen en inzichten die vanuit diverse marktwerkingsoperaties zouden kunnen worden toegepast in de zorgsector. Alleen in Nederland al kunnen we putten uit 4000 marktoperaties waarvan de ervaringen ook kunnen worden toegepast op de zorgsector in het algemeen en de ziekenhuiszorg in het bijzonder. In het buitenland zijn vele ervaringen opgedaan, ook in de ziekenhuiszorg, en deze dienen goed te worden geanalyseerd teneinde de relevantie voor de Nederlandse operatie vast te stellen. En die is naar onze mening groot.

Bestuurskundig vindt de marktoperatie in de zorg binnen het overheidsdomein plaats, en is dus geen sprake van een markt onder marktomstandigheden. De markt is sterk gereguleerd en daarom spreken we bestuurskundig dan ook van uitbesteding en contractmanagement. Verder gaat de operatie in de zorgsector niet en dat zal voorlopig ook wel zo blijven. In dit kader vormen de verzekeraars belangrijke spinnen in het web waar het betreft 1. de samenstelling van concurrerende polissen en 2. inkoop van zorgproducten waar de verzekerden recht op hebben. Met 2. is weinig ervaring beschikbaar en dat zal dus de eerste jaren oefenen worden voor de verzekeraars en hun tegenpartij in de contractonderhandelingen: de ziekenhuizen. Hiermede verdwijnt ook de steeds naar voren gebrachte driehoeksverhouding tussen verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder. Onder regie van de overheid verkoopt de verzekeraar polissen aan klanten en koopt zorgproducten in bij zorgaanbieders. Er bestaat bestuurskundig en markttechnisch dan nog nauwelijks een formele relatie tussen zorgaanbieder en verzekerde. Ook niet als een verzekerde een ander ziekenhuis bezoekt dan is gecontracteerd door zijn verzekeraar.

Het leidt te ver om op deze plaats een nader expose te geven van alle relevante ervaringen met dit soort marktoperaties, maar het lijkt zinvol om gezamenlijk nog eens indringend daarbij stil te staan, aangezien die ervaringen buitengewoon interessant zijn en fouten in de procesgang in deze marktoperatie kunnen voorkomen.

Doordat in de inleiding de diverse toepasbare marktoperatietechnieken en –ervaringen ontbreken beïnvloedt dat op een bepaalde wijze de verdere aannames en stellingen verder in het document. Hiermede ontstaat een soms incompleet en soms foutief beeld van de procesgang terzake de operaties waar de ziekenhuiszorg mee te maken krijgt. Daarnaast ontbreekt in het stuk de Europese dimensie die spoedig zijn intrede zal doen in het Nederlandse zorgdomein (zie ook vragen hierna).

Vraag 2.

De beschrijving achten wij compleet (voor zover wij dat kunnen beoordelen). Echter de interpretatie van enkele maatregelen gaat op diverse plaatsen al mank op basis van de inleiding conform vraag 1.

Het marktgedrag van vele partijen zal veel complexer zijn dan op deze plek theoretisch is benaderd. Dat komt ook doordat er in toenemende mate grote verschillen gaan optreden tussen zorgaanbieders, zoals bestaande ziekenhuizen, ZBC's onder gezag van ziekenhuizen, zelfstandige ZBC's (niet onder gezag van ziekenhuizen), andere toetreders uit de markt (echte marktpartijen) die mogelijk private ziekenhuizen gaan vormen (binnen het overheidsdomein) en ten slotte aanbieders vanuit het buitenland. Deze differentiatie in gedrag zal eerst groot

zijn, en na enige jaren weer verminderen als gevolg van het zeer bekende na-aangedrag binnen ontwikkelde markten.

Vraag 3.

- a. Standaardisatie (protocol, afspraken op hoofdlijnen),
- b. redelijk hoog abstractieniveau,
- c. voorkomen van steeds maar terugkerende invuloefeningen,
- d. aansluiten bij best-practices,
- e. goed overleg voeren met NICTIZ (gezien hun invloed op de automatiseringsprocessen en administratieve ontwikkelingen in de zorg,
- f. benutting van het burgerservicenummer, het EMD en het EPD,
- g. geen detailleringen in de overdracht van informatie aan toezichthouders (die kunnen wel gevraagd worden als er blijkt iets niet in orde te zijn),
- h. deskundigenbijeenkomst plannen met degenen die kunnen beoordelen welke feiten essentieel zijn om een markt en zijn werking te kunnen beoordelen.

Vraag 4.

Beschrijving is naar onze mening correct en compleet.

De vraag is in hoever en op welke tijdstip zowel buitenlandse zorgaanbieders als zorgverzekeraars toetreden. Beide fenomenen kunnen op enige termijn het Nederlandse landschap beïnvloeden. Met name in grensstreken zal e.e.a. snel vorm krijgen.

Overigens spreken we in Nederland van een onontwikkelde keten- en netwerkkuude in de zorg en dat betekent ook dat er de afgelopen jaren zonder voldoende kennis is besloten te fuseren. Het emotionele kader daarvan is erg groot.

De komende jaren zouden keten-en netwerkprocessen met meer aandacht en onderbouwing moeten worden gevolgd teneinde een hogere kwaliteit te bewerkstelligen in schaal aanpassingsprocessen.

Vraag 5.

De conclusie die U trekt dat kleine ziekenhuizen doelmatiger werken dan grotere ziekenhuizen, kan uit de informatie die U hanteert niet getrokken worden. Daar is veel meer onderzoek voor nodig. Ook in het buitenland is de schaalgrootte van ziekenhuizen, net als in Nederland een toevalligheid of een politiek gestuurde ontwikkeling. Van marktstrategie om een concurrerende omvang te bouwen en te exploiteren is nagenoeg nog geen sprake.

De wijze waarop ZBC's zich thans ontwikkelen bewijst dat er mogelijkheden zijn om op enige afstand van een grote organisatie (het ziekenhuis) met kleinere units (ZBC) een beter product te leveren. Wij achten het niet onwaarschijnlijk dat een optimale efficiency te bereiken is met ZBC's die onder een paraplu van een groot ziekenhuis functioneren. Schaal aanpassing zal dan ook een belangrijk onderdeel moeten vormen van de operatie marktwerking in de zorg.

In sommige delen van Nederland zijn goede voorbeelden te zien van processen met een ketenregie (zorgproducten van wieg tot graf). Hierin zou ook wel eens een belangrijk toekomstbeeld kunnen liggen. Maar, het blijkt ook dat enige toezichthouders nu al de mening zij toegedaan dat wij hierbij te maken krijgen met monopolies. Mogelijk dat de toevoeging van de Europese dimensie voorkomt dat we te snel gaan spreken over monopolies (in Nederland).

Vraag 6.

Ja, deze analyse lijkt ons correct.

Naast publieke toetredingsdrempels zijn er natuurlijk ook private toetredingsdrempels. Dat zijn de drempels die een ieder ondervindt als hij/zij een activiteit/onderneming wil starten. Onderdeel daarvan vormen de beoordelingsdrempels die vermogensverschaffers aanleggen om een start mogelijk te maken (door hen te beoordelen criteria als kunde, kennis, marktanalyse, toekomstbeeld, continuïteit van overheidsbeleid, ondernemerschap, financiële positie, en zo zijn er 10tallen criteria te melden die toetredingsdrempels vormen voor activiteiten die binnen het publieke domein met private financiering moeten worden gestart. Deze criteria zijn ook interessant om eens met elkaar door te nemen.

Vraag 7.

Geen enkel bezwaar (voor zover door ons te beoordelen).

Vraag 8.

Geen enkel bezwaar. Deze maatregel vormt de basis voor marktwerking.

Op deze plaats is het mogelijk nuttig ook een opmerking te maken over de afschrijvingstermijnen in de ziekenhuiszorg. Perioden van 50 jaar zijn in een situatie waar marktwerking wordt bevorderd ondenkbaar. In de nabije toekomst zal dus aansluiting moeten worden gevonden bij meer op de praktijk gerichte verouderingstermijnen van de gebouwen en inventaris van ziekenhuizen. Dit leidt eerste tot een hogere bekostiging van deze kosten en later (na circa 15 jaar) tot een lagere bekostiging (de luchtbel uit het verleden is dan verdwenen).

Vraag 9.

Dat lijkt logisch, maar gezien de ervaringen met het BBSH (VROM) mogen we ervan uitgaan dat een dergelijke werkwijze op bezwaren van de Europese Cie. zou kunnen stuiten. Mogelijk moeten we daarvoor andere werkwijzen ontwikkelen. Zo zijn wij, na overleg met de minister van VWS doende om de ZBC's aanspraak te kunnen laten maken op de Borgstellingskredieten (EZ). Deze kredietlijn staat open voor alle ondernemers, dus zou ook beschikbaar moeten worden gesteld voor de ZBC's.

Vraag 10.

Geen enkele (voor zover door ons te beoordelen).

Vraag 11.

Het lijkt logisch om enig basismateriaal aan te leggen, maar er moet voor worden opgepast dat er weer te veel geregeld wordt. Het lijkt ons dat een GMSB ook een concurrentiemiddel kan worden tussen ziekenhuizen (het hebben van en de kwaliteit ervan).

Vraag 12.

Het lijkt ons een compleet overzicht (op de bovengenoemde private drempels na). Goed onderbouwde lagere niveau's zijn in een zich ontwikkelende markt altijd welkom. Correctie kan achteraf plaatsvinden.

Vraag 13.

Lijkt ons juist.

De analyse gaat voor een belangrijk deel uit van economisch motieven. In alle processen waarin wordt samengewerkt/gefuseerd treden ook andere motieven op, zoals emotionele e.d. Het lijkt ons dat deze processen ook nadere analyse behoeven.

NB: ook onder “echte” marktomstandigheden doen zich zeer regelmatig situaties voor waarbij de niet harde motieven, c.q. emotionele- of zelfs persoonlijke motieven, de doorslag geven in een fusie- of overnameproces.

Vraag 14.

De analyse lijkt correct.

Wij hebben in het algemeen goede ervaringen met deze processen, waarbij doelbewust wordt gezocht naar een betere prijs/prestatie voor de zorgconsument. (zie hiervoor ook de opmerkingen over keten- en netwerkkunde).

Vraag 15.

Als economisch motieven de hoofdzaak vormen van verticale integratie lijkt ons dat niet slecht voor een betere prijs/prestatie t.a.v. het zorgproduct. Het lijkt nuttig om nog eens te praten over welke integratie wordt toegestaan en welke niet. Dat vormt welhaast een politieke discussie die CTG/ZAio kan voeren met deskundigheid.

Vraag 16.

Dit vormt een ruime analyse en lijkt compleet.

Op dit gebied bestaat ervaring met consumentengedrag. Mogelijk is het nuttig daarover nog eens van gedachten te wisselen. Op dit moment zijn de overstapmogelijkheden nog nauwelijks toegepast. We spreken in dit kader van een lerende consument, die moet leren om op een bepaalde wijze een keuze te gaan maken voor een verzekeraar. Het is de verwachting dat de opbouw van die deskundigheid nog wel een aantal jaren zal duren. In dat kader zal ook de selectie van zorgaanbieders door de zorgconsument nog wel lang gaan duren. De verzekeraar zal hier de eerste 5-10 jaar de sturende factor zijn.

Vraag 17.

Ja, deze vergelijkbaarheid is essentieel (voor alle partijen). Wij merken op dat er beweging is bij diverse partijen in de zorgmarkt om die vergelijkbaarheid tot stand te laten komen, maar het is technisch en organisatorisch een complex verhaal en zal daardoor nog vele jaren duren voor we over een vergelijkingssysteem kunnen beschikken.

Vraag 18.

Ja.

Transparantie en verantwoording afleggen passen in het huidige tijdsbeeld van een mondige burger en technologische toepassingen en versnellingen.

Vraag 19.

Zoals onder 17 aangegeven: een dekkend systeem voor het meten van de prijs/kwaliteit verhouding.

Zo spoedig mogelijk zal invoering moeten worden bewerkstelligd van het burgerservicenummer en hetgeen zal leiden tot een beter inzicht in hetgeen rond een patient plaatsvindt, waaronder de introductie van een EPD en een EMD.

Vraag 20.

Het verhaal van U is duidelijk. We betreden hier een heel belangrijk deel van de beoogde marktwerking: op welk moment mag een (publieke) toezichthouder ingrijpen in een marktproces dat binnen het publieke domein plaats vindt (de regulering). Van belang is dat e.e.a. politiek ondersteund is (wetgeving in formele zin).

In het algemeen is terughoudendheid geboden. Op dat vlak zijn vele honderden ervaringen met ingrijpen op prijsniveau binnen het overheidsdomein (onder andere NS).

Vraag 21.

In een open markt bestaat geen excessieve prijs. Als consumenten niet meer de prijs willen betalen dan kopen ze niet meer, en gaat vervolgens de prijs dalen. Maar zo werkt het in een (vanuit het publieke domein) gereguleerd markt niet. Wat wij daar merken is dat de excessiviteit bepaald wordt door de standpunten in het toezichthoudend politieke orgaan, in Nederland dus de Tweede Kamer. Wat te zijner tijd bij voortgang van het marktproces in de zorg zal worden verstaan onder excessiviteit, zal nog nader bediscussieerd moeten worden. Mogelijk kunnen we hier ervaringen inzetten vanuit de e-sector, de NS (treinkaartje) en het taxivervoer.

Vraag 22.

Dit is een moeilijke vraag.

Ook in het bedrijfsleven komen kruissubsidies voor. Welbewuste acties om het ene product met het andere product mogelijk te maken. Het is dus zeer de vraag in hoever zo iets is toegestaan binnen een marktontwikkeling binnen het publieke domein. Duidelijk is dat daarbij de Europese Regelgeving houvast biedt: met publieke middelen mogen geen marktactiviteiten worden gesubsidieerd, waardoor ongelijke situaties ontstaan met andere marktpartijen. Voorkomen moet worden dat e.e.a. zware regelgeving m.b.t. de zorg tot gevolg heeft. Bovendien weten we dat tal van medische zorg prijstechnisch wordt mogelijk gemaakt doordat andere medisch producten binnen het zelfde overheidsdomein zorgen voor een opbrengst waardoor die duurere producten toch voor een betaalbare prijs kunnen worden aangeboden. Dat zal onder marktomstandigheden binnen de zorginstellingen alleen maar toenemen. Op zich moet dat kunnen onder transparante omstandigheden.

Vraag 23.

Er zijn tal van technieken om bij kerstboomorganisaties te komen tot ondoorzichtige geldstromen. Het lijkt nuttig om transparantie als uitgangspunt te nemen voor een zorgorganisatie. Transparantie van de organisatie moet vervolgens leiden tot transparantie in de geldstromen (naar buiten en onderling binnen de kerstboom). Het lijkt nuttig dit onderwerp nog eens nader te beschouwen, gezien de complexiteit van de materie.

Vraag 24.

In eerste aanleg ontbreekt niets. In tweede aanleg is het ook weer raadzaam om op dit gebied niet te veel te regelen. Toezicht is dan belangrijker dan –klemmende- maatregelen vooraf.

Vraag 25.

Prijdiscriminatie is een veelomvattend begrip dat tot misverstanden kan leiden. De in Uw document gegeven analyse is kort en krachtig. Ook duidelijk is dat vormen van prijdiscriminatie horen bij marktwerking. In hoever dat binnen het publieke domein mag, is een vraag die door de politieke toezichthouder wordt bepaald. In Nederland is dat onlangs door de Tweede Kamer gedaan. Er blijken hieromtrent echter veel misverstanden en mogelijk ook gebrek aan kennis te bestaan. Dat laatste is overigens iets waaraan het CTG/ZAio een grote bijdrage kan leveren: ervoor zorgen dat de kennis op dit soort terreinen toeneemt bij alle betrokkenen.

Vraag 26.

Idem als vraag 25. Alles wat daar staat geldt ook voor koppelverkoop c.a.

Ook voor koppelverkoop geldt dat na verloop van tijd de markt corrigerend zal optreden.

Vraag 27.

Dit onderwerp vormt een moeilijk punt. Op dit moment lijkt er geen inkoopmacht te bestaan. Er is dus een taak om inkoopmacht te voorkomen. Dat betekent dat er signalen moeten zijn om die inkoopmacht te constateren. Elders in de wereld is dat bij acties in het publieke domein zeer moeilijk gebleken. Belangrijk is dat e.e.a. gestoeld is op politieke ondersteuning (al dan niet wetgeving of andere richtlijnen vanuit de Tweede Kamer).

Vraag 28.

Definitie van inkoopmacht staat ter discussie. Het feit dat concurrenten schreeuwen zegt niets. Emotie ook niet. Feiten wel, maar dan moeten die gebaseerd zijn op vooraf goed onderbouwde uitgangspunten. Dat blijkt een moeilijk fenomeen. Bovendien dienen we spoedig inkoopmacht ook op Europese schaal te bezien. Mogelijk iets om nog een keer in een ontmoeting bij stil te staat.

Vraag 29.

Er zijn tal van voorbeelden waar inkoopmacht en monopolisering leidt tot verslechtering van de markt (c.q. de consument). Internationaal ziet U diverse werkwijzen binnen de grondstoffensfeer (olie, koffie en vele andere), Microsoft niet te vergeten. Nationaal zijn er tal van voorbeelden in sectoren die vanuit het publieke domein worden aangestuurd. Om er enkele te noemen: taxivervoer, openbaar vervoer, nutsvoorzieningen, infrastructurele werken. Het is nuttig om hieruit nog eens het nodige vergelijkingsmateriaal te halen ten behoeven van de beoogde ontwikkelingen in de zorgsector.

Vraag 30.

Vooralsnog geen. Maar er zullen ongetwijfeld gevallen zich gaan voordoen, dat hoort bij een zich ontwikkelende markt.

Vraag 31.

De fantasie en de mogelijkheden zijn onuitputtelijk. Dus net als bij de vorige vraag zal marktgedrag leiden tot nieuwe fenomenen waar nu geen rekening mee wordt gehouden. Dat is op zich niet erg. Belangrijk is om deze te waar te nemen en alsdan te beoordelen.

De Europese dimensie en –consequenties zouden meer aandacht verdienen. In dat kader merken wij op dat mogelijk onder lokale –inter-Nederlandse- omstandigheden bepaalde samenwerkingen monopolies lijken, maar bezien in Europees perspectief valt de waarneming van een monopolie geheel of gedeeltelijk weg.

Vraag 32.

Zie vraag 31.

Overigens zijn wij in Nederland in het algemeen en de zorg in het bijzonder niet goed ontwikkeld in samenwerkingsprocessen. Naast fusietechniek en overnametechniek is er veel meer onder de zon. Maar die andere technieken worden nauwelijks benut. U moet dan denken aan allianties, procesteams, tijdelijke samenwerkingen en productsamenwerkingen. In Europese context zullen die meer gebruikt gaan worden. Fuseren en overnemen is soms veel te vergaand om een vraagstuk op te lossen; het kan ook simpeler.

Daarenboven is de keten- en netwerkkunde in de zorg nog nauwelijks ontwikkeld en zou veel meer aandacht en praktische en wetenschappelijke ondersteuning behoeven.

Vraag 33.

Er zijn nauwelijks ketensamenwerkingen in Nederland; dat zou intensiever moeten gebeuren. (zie ook hiervoor vraag 32). Ook binnen ketensamenwerkingen kan –en moet- concurrentie blijven bestaan (dat vormt een van de krachten van samenwerking binnen ketens en netwerken). Daarnaast zou men concurrentie tussen ketens moeten bevorderen. Op dat gebied kan er nog het nodige gebeuren aan de prijs/kwaliteitsverhouding. Onder meer over dit onderwerp rapporteerde TPG.

Tenslotte kan de toepassing van ICT de samenwerking binnen ketens en netwerken bevorderen.

Wij hebben het zeer gewaardeerd om commentaar op Uw document te mogen geven. De centrale lijn in onze waarnemingen ligt op de volgende aandachtsgebieden:

- inzicht bieden in internationale ervaringen met marktoperaties binnen de zorg;
- identieke of vergelijkbare marktoperaties in andere segmenten van het overheidsdomein bezien en de positieve en negatieve ervaringen benutten in de zorg,
- aandacht vragen voor de Europese dimensie, die snel de grenzen van de zorg zal beïnvloeden;
- verdere benutting van de mogelijkheden in de ict-toepassingen in de zorg, waaronder het burgerservicenummer, het EPD en het EMD;
- uitbouw van de mogelijkheden die liggen in ketens en netwerken, waarbij geen sprake hoeft te zijn van fusie en/of overname, maar wel geprofiteerd kan worden van schaalomvang.

ABN AMRO BANK NV
PUBLIC SECTOR

Paul Baks
Vice president.