

Consultatiedocument ziekenhuiszorg, augustus 2004

Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment

Reactie Orde van Medisch Specialisten

19 oktober 2004

I. Inleiding

In deze reactie wordt aandacht geschonken aan de verschillende hoofdstukken en vragen zoals in het Consultatiedocument opgenomen. Tevens worden enkele thema's en de positionering van enkele actoren specifiek besproken.

De centrale vraagstelling van het Consultatiedocument zou moeten zijn onder welke condities (gereguleerde) marktwerking in de ziekenhuis en medisch specialistische zorg mogelijk kan worden gemaakt. Hoewel oppervlakkig bezien het document zich lijkt te richten op die vraagstelling, komt de uitwerking neer op de analyse van instrumentarium om nadelige effecten van marktwerking te voorkomen. Omdat in het document niet wordt uitgegaan van het gewenste gedrag van actoren (dat tot op heden nog nergens is beschreven), is het gevolg van de (eezijdige) focus op het beteugelen van de nadelige effecten van marktwerking dat het gewenste doel geheel achter de horizon verdwijnt. Het totale spectrum aan maatregelen, expliciet gepositioneerd binnen de macrobudgettaire kaders, komt er op neer dat er een gerede kans is dat van gereguleerde marktwerking geen sprake zal zijn, juist vanwege de overmaat aan monitoring, regulering en interventies. Daarnaast leidt onvoldoende maatvoering bij het toepassen van bepaalde principes van marktwerking tot evident ongewenste gevolgen (zoals bij de regulering van opleidingscapaciteiten).

In dit verband valt in het algemeen op dat niet alleen voor de monitoring van prijsontwikkeling wordt gekozen, doch ook voor het op het niveau van individuele producten bij individuele aanbieders volgen van kostprijsontwikkelingen en kwaliteitskenmerken. Het wordt ook voor mogelijk gehouden om *vooraf* te interveniëren in de (verwachte) prijsvorming op het niveau van specifieke producten op geleide van deze informatie. Deze mogelijkheid achten wij onwenselijk: pas indien evident is dat de prijsvorming excessief is zou een interventie aan de orde kunnen zijn.

Hoewel het document primair is opgesteld voor concurrentie in het B-segment, wordt een groot aantal mechanismen besproken die generiek zijn voor de gehele sector. De analyse strekt zich dus ook uit tot het A-segment. Voor dit laatste segment geldt echter vooralsnog centrale prijsvorming. Op voorhand is momenteel onduidelijk in welke mate het A-segment zal worden verkleind. In het algemeen mag worden aangenomen dat het A-segment niet volledig zal verdwijnen, zeker wanneer het gaat om de SEH en IC zorg, alsmede de WBMV zorg. Dat impliceert dat voor een aanzienlijk deel van de sector geen sprake zal zijn van marktwerking. Dat gegeven dwingt tot uiterste terughoudendheid bij de toepassing van generiek instrumentarium, zoals interventies in opleidingen, contractuele relaties etc.. Dit neemt overigens niet weg dat de Orde van Medisch Specialisten groot voorstander is van het verder uitbreiden van het B-segment.

Van belang voor de huidige stand van zaken is de keuze van de overheid om het DBC systeem geleidelijk in te voeren. Omwille van de geleidelijkheid en zorgvuldigheid is daarvoor gekozen. Het leidt echter tot een situatie waarin prijzen van het B-segment en budgetten in het A-segment moeten worden ontvlochten. Omdat in het gehele FB systeem geen sprake was van het gebruiken van product(kost) prijzen is derhalve het bestaan van kruissubsidiëring tussen producten uitgangspunt van het systeem geweest. Nu de eerste stappen op weg naar ontvlechting worden gezet is aan dat gegeven nog niet onmiddellijk een einde gekomen. Dat moet nopen tot grote terughoudendheid bij interventies op grond van een vermoeden van kruissubsidiëring. Overigens is de wijze waarop het B-segment wordt geïntroduceerd en met name waar het gaat om schoningsystematiek een kruissubsidiëring bij uitstek. Het is daarom ook onmogelijk om via een groot aantal administratieve regels kruissubsidiëring uit te bannen.

II. Bijzondere kenmerken ziekenhuiszorg

In dit hoofdstuk (2.2.) worden vier ordeningsprincipes in de ziekenhuiszorg benoemd. De formulering van deze principes overstijgt echter het begrip ordening. Onder 2. Motivatie wordt bijvoorbeeld gesteld dat zorgaanbieders sociaal wenselijke beslissingen moeten nemen, zonder nadere explicatie. Juister is dat zorgaanbieders geprikkeld moeten worden om goede kwaliteit zorg tegen aanvaardbare kosten te leveren. Sociaal wenselijke beslissingen zijn overigens niet a priori moreel juiste beslissingen. Juister is om hier te verwijzen naar gecodificeerde normen ten aanzien van de beroepspraktijk. In 3. Transactiekosten wordt gesteld dat coördinatie en motivatie (als voorbeeld van transactiekosten) tegen zo laag mogelijke kosten gerealiseerd dienen te worden. Dit is een terechte doelstelling, waarbij de transactiekosten als gevolg van het functioneren van de marktmeester niet buiten beschouwing mogen blijven.

In paragraaf 2.2.2. wordt tevens ingegaan op het verzekeringskarakter van zorg. Gesteld wordt dat de zorgvraag van een patiënt theoretisch onbegrensd is en onnodig groot. Dat is een wonderlijke stelling. Noch theoretisch, noch praktisch is de zorgvraag onbegrensd, evenmin is deze op voorhand onnodig groot. Wat betreft de relatie tussen zorgkosten en kwaliteit van zorg wordt gesteld dat meer zorg vaak niet tot hogere kwaliteit, betere gezondheidsresultaten en patiënttevredenheid leidt. Deze stelling is in deze algemene vorm onjuist. Wanneer er sprake is van zorg waarvoor geen medische of maatschappelijke indicatie bestaat, dan klopt de stelling. Er is echter ook sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling, of een gebrek aan service. In die situaties leidt meer zorg natuurlijk wel tot kwaliteitsverbetering.

De conclusie dat meer prijsconcurrentie kan bijdragen aan kostenbeheersing kan op zich onderschreven worden, maar kern van de zaak is dat zorg moet worden gedefinieerd als een product, waarbij de producent een kostprijs kan vaststellen, en een reële verkoopprijs kan realiseren. Dat dit gebeurt in een context van prijsconcurrentie heeft dan vervolgens tot doel om tot een optimale prijsstelling te komen. In dat geval wordt prijsconcurrentie als middel gebruikt, zoals dat ook de bedoeling is. In het consultatiedocument wordt prijsconcurrentie veeleer als doel op zich gezien.

III. Bestaande instrumenten

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de Mededingingswet en de WTG ExPres als instrumenten voor marktwerking. Daarnaast zou in een analyse van de mogelijkheden tot marktwerking ook ingegaan moeten worden op de WBMV, de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet Toelating Zorginstellingen en het wetsvoorstel inzake de Zorgverzekering. Immers daarin worden voorwaarden gesteld aan zorginstellingen en zorgverzekeraars ten aanzien van hun wijze van functioneren en de toelating tot de markt. Tevens is er ook in deze wetten sprake van toezicht en van verantwoordingsverplichtingen. Om goed zicht te krijgen op de totale administratieve last die met alle relevante wetgeving gepaard gaat zou een kritische en samenhangende analyse op zijn plaats zijn. Het lijkt op voorhand aannemelijk dat het commentaar van de Raad van State op de Zorgverzekeringwet inzake de mate van bureaucratie die daarmee gepaard gaat, breder opgeld doet.

Wat betreft de Mededingingswet heeft het voorkomen van een economische machtspositie een belangrijke plaats. In de context van de ziekenhuiszorg is het van belang dat men zich bij de toepassing van de relevante bepalingen en instrumenten rekenschap geeft van het onderscheid tussen het A- en het B-segment van de DBC's, waarbij op langere termijn bepaalde vormen van zorg binnen de WBMV zullen worden gebracht. Daar zal er geen sprake zijn van marktwerking, en is het begrip economische machtspositie dus niet op zijn plaats. Relevant gevolg hiervan is dat bij de beoordeling van concentraties in de ziekenhuis en medisch specialistische zorg uitsluitend gekeken zou moeten worden naar dat gedeelte van de omzet waarbij daadwerkelijk sprake is van vrije prijsvorming.

Wat betreft de WTG ExPres wordt uitgebreid aandacht gegeven aan de administratievoorschriften. Daarbij wordt aangegeven dat er sprake dient te zijn van een standaardprijslijst, een minimum dataset en een uniform kostprijsmodel. Daarbij is de stelling dat de MDS alle gegevens uit het zorgprofiel per geanonimiseerde patiënt zou moeten bevatten, inclusief de kostprijs per DBC en per DBC bouwsteen. Daarmee is alle relevante bedrijfsmatige informatie van een individuele zorgaanbieder (tot op het niveau van de individuele medisch specialist) verkrijgbaar binnen het publieke domein. Op grond van de Wet Openbaarheid Bestuur zal immers eenieder toegang kunnen verkrijgen tot de op deze wijze door de ZA verzamelde informatie. Daarmee is de facto geen marktwerking meer mogelijk omdat prijsonderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars door de zorgaanbieders in een volstrekt asymmetrische relatie moeten worden gevoerd. Ook eventueel openbaar aanbesteden zou dan niet zinvol meer zijn.

Mutatis mutandis kan de vraag gesteld worden welke omvang en detaillering een uniform kostprijsmodel kan hebben. Dat een dergelijk model de ondernemersvrijheid niet belet is een onjuiste stelling. Zowel het gebruik van een dergelijk model, als het via de MDS ter beschikking stellen van alle informatie is een evidente beperking van de ondernemersvrijheid. Voor de externe verantwoording richting ZA is eigenlijk de prijslijst voor de DBC's voldoende. Op welke wijze de kostprijs tot stand komt is in feite niet relevant, wel is de productdefinitie van belang (maar die is al in de DBC's vastgelegd).

Dat de ZA op deze manier de administratieve lasten zal kunnen beteugelen lijkt een fictie, zeker nu ook het domein van de kwaliteitsindicatoren door de ZA zou kunnen worden betreden. Het voornemen om kwaliteitsindicatoren per DBC en per behandelaar te gaan hanteren leidt tot een onbeheersbare cijferberg. Om een indruk te geven: als voor ieder specialisme gemiddeld 100 DBC's relevant zijn (er zijn 30 specialismen) dan leidt dat tot 100 DBC's met ieder minstens 1 indicator (maar meestal meer) voor ongeveer 12.000 praktiserend medisch specialisten (het getal van 15.000 medisch specialisten dat in het document wordt genoemd is te hoog).

De ZA zou dus de administratieve lasten aanzienlijk kunnen (en moeten) beperken door het domein van de kwaliteitsindicatoren niet zelf te betreden, door af te zien van een uniform kostprijs model, en door het beperken van de minimum dataset.

IV Voldoende aanbieders

Ten aanzien van de vraag of er voldoende aanbieders van zorg zijn wordt terecht gewezen op de efficiëntie van de huidige zorgverlening. In zijn algemeenheid is de verwachting terecht dat verbetering van de efficiëntie aanzienlijke verborgen capaciteit zichtbaar kan maken. De introductie van marktwerking middels de B-DBC's was onder meer ook bedoeld om deze efficiëntieverbeteringen te realiseren. De komende jaren zal blijken of die aanname terecht is.

Schaal- en scope voordelen

Wat betreft het effect van schaal en scope voordelen is het van belang om deze voordelen op het juiste niveau te definiëren, nl. dat van de patiëntengroep. Schaalvoordelen in de vorm van ziekenhuisgrootte doen zich immers niet a priori in het primaire proces voor, maar vooral in de facilitaire en ondersteunende diensten. Schaalvoordelen op het niveau van patiëntengroepen doen zich echter evident voor, en daarom kan een kleine ZBC efficiënter zijn omdat zij een grotere patiëntenstroom van een bepaald type hebben, dan een groot naburig ziekenhuis. De hele oriëntatie op zorgprogramma's zoals deze laatste jaren vanuit logistiek oogpunt is ontstaan is op dit uitgangspunt gebaseerd. Ook uit kwaliteitsoverwegingen is schaalgrootte van groot belang: de kwaliteit van de patiëntenzorg gaat er aanzienlijk op vooruit wanneer het behandelteam ervaren is, op elkaar is ingespeeld, en volgens bepaalde logistieke principes werkt. Uit onderzoek is gebleken dat de mortaliteit van operatiepatiënten aanzienlijk daalt wanneer de operateur per jaar meer operaties van een bepaald type uitvoert, uiteraard tot een bepaalde bovengrens. Vandaar dat op dit punt ook indicatoren te vinden zijn in de IGZ/Orde/NVZ/NFU set.

Naast schaalvoordelen op het niveau van patiëntengroepen heeft ook specialisatie een belangrijk effect op de kwaliteit van zorg. Deels heeft dit te maken met de er mee samenhangende schaalvoordelen, maar er is ook een zelfstandig effect vanwege de vakkennis en ervaring van het behandelteam. Deze gespecialiseerde kennis en ervaring wordt ook vaak in het buitenland opgedaan.

Toetredingsdrempels

Wat betreft het bestaan van toelatingsdrempels is momenteel niet zozeer de WZV als de WTZi relevant. Terecht wordt geconstateerd dat een behoefte toets zoals in de WTZi is opgenomen niet in een systeem van marktwerking past. Een verruiming van de mogelijkheden voor ZBC's om ook zorg te verlenen die boven 24 uren zorg uitgaat zou moeten worden overwogen. Wel dient dan in de toelatingsvergunning nadrukkelijk opgenomen te worden dat men adequate professionele kwaliteitseisen en -systemen hanteert. Dat zou overigens voor alle zorginstellingen het geval moeten zijn. Dit kan worden vastgelegd in de vorm van een AmvB bij de WTZi.

De beschrijving van de situatie van medisch specialisten in paragraaf 4.4.3. is helaas op het punt van de lumpsumsystematiek onjuist. Over het hoofd is gezien dat de lumpsum sinds 2001 wordt aangepast in positieve en negatieve zin op geleide van meer of minderproductie. Hiervoor bestaat een door het CTG vastgestelde lumpsummutatiesystematiek. Deze lumpsummutatiesystematiek blijft voor het A segment gelden. Het maakt dus wel degelijk uit hoeveel er geproduceerd wordt.

Wat betreft capaciteit en opleiding zijn enkele principiële vragen aan de orde. Het uitgangspunt van marktwerking en vermindering van toetredingsbelemmeringen botst hier met het garanderen van de noodzakelijke kwaliteit van de professionals in de zorg. Enkele opmerkingen zijn hier op zijn plaats:

1. De capaciteit en inhoud van medisch specialistische opleidingen zijn relevant voor het gehele zorgaanbod, zowel in het A- als het B-segment. Nu vooralsnog wordt vastgehouden aan een omvangrijk A-segment is het a priori niet logisch om de opleidingen geheel binnen de context van marktwerking te brengen.
2. Het introduceren van een opleidingsfonds is voorzien om de door het capaciteitsorgaan geraamde capaciteit ook te kunnen financieren, zonder dat dit leidt tot concurrentievervalsing voor verzekeraars en ziekenhuizen.
3. De aard van het opleiden van professionals maakt dat het meer in de rede ligt om deze te vergelijken met bijvoorbeeld het WBMV regime voor de zorg. Daarbij is onder meer relevant dat de opleidingsduur en de opleidingskosten van dien aard zijn dat het loslaten van de plannings door het capaciteitsorgaan leidt tot een uiterst kostbare varkenscyclus.
4. De betrokkenheid van de beroepsgroepen bij zowel planning als inhoud van de opleidingen ligt voor de hand: zij kunnen beoordelen welke inhoudelijke eisen aan opleidingen en aan opleidingsinstellingen moeten worden gesteld. Wanneer die rol niet meer kan worden vervuld dan leidt dat tot een ernstige erosie van de kwaliteit van de medisch specialistische professionals.
5. De opleidingscapaciteit is de afgelopen jaren aanzienlijk verruimd (met meer dan 50% ten opzichte van 1998). Momenteel is de opleidingscapaciteit te hoog voor de behoeften van 2012 en verder. De juiste financiële incentive op dit vlak is het instellen van een opleidingsfonds.

Opgemerkt kan worden dat juist de medisch specialistische opleidingen vallen onder het uitgangspunt van de Nma dat de bevordering van het algemene kwaliteitsniveau van zorgaanbieders via objectieve en transparante criteria is toegestaan (zie ook p. 75 Consultatiedocument).

Het Geïntegreerd Medisch Specialistisch bedrijf

De beschrijving van het GMSB is bijzonder beknopt en daardoor incompleet. In dit verband kan ook verwezen worden naar de positioneringsnota Algemene en Categoriele ziekenhuizen van het ministerie van VWS, waarin uitgebreid op het GMSB wordt ingegaan.

Het Consultatiedocument is op dit punt niet consistent. Enerzijds wordt aangeknoopt bij de NMA die stelt dat er sprake is van een inkooprelatie. Een inkooprelatie impliceert een wezenlijk minder hechte relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis dan in het GMSB wordt gehanteerd. Anderzijds wordt gesteld dat de verdere integratie van medisch specialisten noodzakelijk is en wordt de maatschap als hindernis voor de ziekenhuisorganisatie voorgesteld (zie. p.39).

Het is belangrijk om enkele punten hier goed te onderscheiden:

- de contractuele relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis (MTO of arbeidsovereenkomst)
- de organisatiestructuur van het GMSB
- het feitelijk functioneren van het GMSB.

Het feitelijk functioneren van het GMSB valt buiten de scope van het Consultatiedocument. De opmerkingen die desalniettemin erover gemaakt worden zijn niet onderbouwd. De stelling dat een eilandenrijk aan maatschappen de informatievoorziening noodzakelijk voor een efficiënte bedrijfsvoering onmogelijk maakt wekt de nodige bevreemding. Ook in ziekenhuizen waarin alle specialisten in dienstverband zijn wordt de vakgroep als organisatieprincipe gehanteerd. De kwaliteit van de informatievoorziening wordt niet bepaald door dat organisatorische principe. Van de ontwikkeling van het GMSB in de afgelopen tien jaar is in het document geen kennis genomen. Of zorginstellingen met medisch specialisten in loondienst meer ondernemersmogelijkheden hebben is de vraag en de stelling wordt niet beargumenteerd. Ons zijn geen onderzoeken of publicaties bekend waarmee deze bewering kan worden gestaafd.

De organisatiestructuur van het GMSB heeft de laatste 10 jaar een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Steeds is daarbij de maatschap of de vakgroep als ordenend principe gehanteerd. Dat is voor de hand liggend omdat de beroepenstructuur van de medisch specialisten daarmee overeenkomt, en omdat het merendeel van de patiëntenstromen die ordening heeft. De laatste jaren zijn daarbij ook nieuwe vormen ontstaan in het kader van multidisciplinaire samenwerking (IC, SEH, oncologie). Bij het management en de sturing van het GMSB zijn ook medisch specialisten meer en meer betrokken, zowel op tactisch als op strategisch niveau.

De contractuele relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis legt privaatrechtelijk de relatie van de individuele medisch specialist en het ziekenhuis vast. De vrij beroepsbeoefenaar oefent daarbij in maatschapsverband zijn of haar praktijk voor eigen rekening en risico uit en heeft een toelatingsovereenkomst, terwijl de dienstverbander de zekerheid van een arbeidsovereenkomst kent, en werkzaam is in vakgroepsverband. Het is nadrukkelijk onwenselijk dat – zonder de context van het GMSB in ogenschouw te nemen – het mogelijk zou zijn dat de ZA in kan grijpen in deze contractuele relaties.

In aanvulling op de arbeidsovereenkomst en de toelatingsovereenkomst bestaat het Document Medisch Staf. Hierin worden alle samenwerkingsafspraken op het gebied van de kwaliteit en de organisatie van zorg vastgelegd. Dit document is daarmee een onmisbaar instrument om afspraken op dat terrein binnen de medische staf en tussen medische staf en het management vast te leggen.

Horizontale fusies

In het document wordt aangegeven dat er twee redenen kunnen zijn om te komen tot een horizontale fusie, nl. efficiëntie en marktmacht. In de context van fusies van ziekenhuizen is er minstens nog een derde reden en dat is kwaliteit van zorg, met het oog op schaalvergroting en subspecialisatie (zie boven). In veel gevallen houdt dat verband met de aanwezigheid van dure medisch technologische voorzieningen. Fusies kunnen dus in sommige gevallen wel degelijk schaalvoordelen opleveren, in tegenstelling tot hetgeen onder 4.5.1. is gesteld. Dat het uitoefenen van marktmacht, dan wel het hebben van een grote marktmacht gemotiveerd wordt door het verminderen van kwaliteit komt bevreemdend over. Deze stelling kan voor de Nederlandse gezondheidszorg niet worden gestaafd met argumenten en feiten. Dat de ZA de effecten van fusies monitort, op prijs en kwaliteit is overigens verstandig.

Verticale integratie

Verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zal – in tegenstelling tot hetgeen in 4.6.1 t/m 4.6.3. wordt gesteld wel degelijk leiden tot marktmacht. Als een verzekeraar ook eigenaar is van een zorginstelling, terwijl zij tevens met omringende zorginstellingen contracten zal moeten sluiten voor haar verzekerden dan valt op voorhand te verwachten dat de vrijheid van onderneming van de betreffende zorginstelling zal worden ingeperkt om een gunstige onderhandelingspositie te verkrijgen voor contracten met andere zorginstellingen. Dat verticale integratie niet efficiënt zou zijn zoals wordt gesteld doet daaraan niet af, omdat er aan de verticale integratie nu andere doelstellingen zijn gekoppeld, nl. de kosten voor het verzekeringsbedrijf. Als overigens verticale integratie niet efficiënt zou zijn, dan valt niet in te zien waarom eerder in het document wordt gesteld dat ziekenhuizen met medisch specialisten in dienstverband meer ‘ondernemersvrijheden’ zouden kennen.

V. Overstapmogelijkheden

In het kader van overstapmogelijkheden wordt uitgebreid ingegaan op het ter beschikking hebben van relevante keuzeinformatie voor patiënten, onder meer op het gebied van de kwaliteit van zorg. Op p. 53 worden daarbij enkele opmerkingen gemaakt over de indicatorenset van de IGZ en overige initiatieven (o.a. van koepelorganisaties). De inhoud van de IGZ/NVZ/Orde/NFU indicatorenset was uiteraard wel bedoeld om zorgaanbieders en hun prestaties onderling te vergelijken in tegenstelling tot hetgeen wordt vermeld.

Momenteel bestaan er verschillende initiatieven om de kwaliteit van zorg zichtbaar en vergelijkbaar te maken, zodat ook patiënten er bij hun keuzen gebruik van kunnen maken. Het is onwenselijk dat zich nog een organisatie meldt die zelfstandig informatie gaat opvragen en publiceren over de kwaliteit van zorg. Dat bevordert de overzichtelijkheid en transparantie bepaald niet, te voorzien valt immers dat de verschillende informatiebronnen elkaar gaan tegen spreken. In dit verband ligt het meer voor de hand dat de ZA haar informatie betreft van de IGZ of het RIVM, dan wel van een andere veldorganisatie. Daarbij geldt ook een meer algemeen bezwaar en dat is dat de omvang en de detaillering waarmee de ZA zich voorstelt informatie te verzamelen op voorhand de vrijheidsgraden van zorgaanbieders minimaal maakt. In dit verband maken wij ons ook zorgen over eventuele inbreuken op de WBP.

VI. Anticompetitieve gedragingen

In het algemeen is het juist te achten dat bij excessieve prijsontwikkelingen in het B segment in de prijsvorming wordt ingegrepen. Daarbij wordt terecht in het consultatiedocument gewezen op incidentele conjunctuuraanpassingen. Ook zal er ongetwijfeld sprake zijn van aanloopproblematiek in de periode 2005/6 waarin alle betrokkenen aan hun rol zullen moeten wennen. Het is verstandig daarbij niet van meet af aan de zwaarste instrumenten in te zetten, maar om deze zwaarder te doseren naarmate de tijd voortschrijdt.

Een belangrijk principieel punt is wanneer een prijs te hoog is. Op p. 60 wordt aangegeven dat de gepercipieerde betaalbaarheid van zorg niet in het geding mag komen, onder de terechte constatering dat het niet eenvoudig is vast te stellen wanneer die norm wordt overschreden. Wel blijkt op p. 62 dat betaalbaarheid voor sommige partijen reden kan zijn voor aanvullende maatregelen. Wanneer hiermee wordt bedoeld dat het BKZ aanleiding kan zijn om in het proces van prijsvorming in te grijpen (het BKZ zou volgens sommigen immers de norm voor betaalbaarheid kunnen zijn), dan kunnen we constateren dat het proces van gereguleerde marktwerking – waarbij een goed product een reële prijs kan maken – bij voorbaat onmogelijk zal blijken te zijn. De marktwerking is dan verworden tot een zeer minutieus prijs en kwaliteit monitoringsysteem, gekoppeld aan een fijnmazig interventiesysteem waarbij marktwerking een bijwerking is.

Het voorgestelde instrumentarium (1) monitoring, 2) publicatie best practices, 3) hypothetische kostprijsberekening, 4) prijsregulering van (individuele) DBC's bij (individuele) instellingen, 5) prijsregulering bij alle instellingen) geeft er blijk van dat een dergelijk perspectief realiteitsgehalte heeft omdat ook daar de relatie met de betaalbaarheid van de zorg wordt gelegd. Prijsregulering wordt aangemerkt als een last resort maatregel. Dat is op zich juist, maar dat impliceert dat het inzetten van dergelijk instrumentarium met waarborgen moet worden omkleed.

Het verdient aanbeveling een combinatie van gegevens te gebruiken om te komen tot de conclusie dat de prijsontwikkeling excessief is. Daarbij is uiteraard het verloop in de tijd een gegeven, alsmede de spreiding binnen de sector op een gegeven moment. Ook zou een snelle stijging in de omzet van een DBC een indicator kunnen zijn, ook bij een gematigde prijsontwikkeling. Wanneer dergelijke fenomenen zich voordoen, zou een check kunnen plaatsvinden op basis van een hypothetische kostprijs berekening.

Kruissubsidiëring

Ten aanzien van de problematiek van kruissubsidiëring valt op te merken dat deze analyse niet compleet is zonder het buitengewoon complexe model voor het A- en het B-segment erbij te betrekken. De combinatie van 1) B-segment prijzen en volume, 2) het opschonen van de budgetten en 3) het hanteren van A-segment prijzen in combinatie met een FB en honorariumbudget vangnet maakt bedrijfseconomisch gezien het buitengewoon moeilijk om kruissubsidiëring te voorkomen. Nog daargelaten dat het binnen het FB systeem (en dus ook in het A-segment) kruissubsidiëring eerder regel dan uitzondering was. Het invlechten van het DBC systeem zal nog geruime tijd vergen, en dat noopt tot een terughoudend interventiebeleid. Voorkomen moet worden dat de betrekkelijk ondoorzichtige situatie die is gecreëerd nog ingewikkelder wordt door interventies van de ZA, bijvoorbeeld door de kosten van wachtlijsten te verdisconteren in de prijzen van het A-segment. Scheiding van eigendom van A- en B-segment is overigens geheel onuitvoerbaar, niet alleen op de korte termijn, gezien de samenhang in het productenpakket van het GMSB.

Doorverwijzen patiënten

In de tekst wordt gesignaleerd dat het doorverwijzen van patiënten in het algemeen geen probleem hoeft op te leveren, met uitzondering van de 'zelfdoorverwijzing' (er is sprake van een verbintenis aan twee zorginstellingen, waaronder bijvoorbeeld een ZBC). Het is niet ondenkbaar dat dergelijke situaties omzetverlies opleveren bij één van de twee instellingen. Overigens is er hier meestal niet sprake van een doorverwijzing op grond van kwalitatieve overwegingen (hetgeen bij een reguliere doorverwijzing wel het geval is). Hoewel dit in het algemeen niet wenselijk is, kan de vraag worden gesteld of deze handelwijze de prijsconcurrentie beperkt en onder de scope van de mededingingswetgeving valt. Voor het geval kwaliteitsaspecten bij doorverwijzingen in het geding zijn is de Orde zeker bereid om instrumenten te ontwikkelen om het inzicht in de kwaliteit van de medisch specialistische zorg te bevorderen.

Zorgvernieuwing en innovatie

De Orde acht de mogelijkheden tot zorgvernieuwing en innovatie van groot belang, en onderschrijft het risico dat prijsconcurrentie zou kunnen leiden tot het verminderen van de prikkel tot innovatie. Met name kan dit ontstaan wanneer innovaties te snel via de ZA bij andere aanbieders terechtkomen via een systeem van publicatie van best practices, ofwel wanneer zij door de ZA vertaald worden in lagere prijzen (zeker in het A segment. Er is altijd een zekere tijd nodig om enig effect te genieten van de eigen investering.

Positie zorgverzekeraars

De situatie bij het inkopen van zorg levert op dit moment wel degelijk situaties op waarin verzekeraars aanzienlijke marktmacht kunnen uitoefenen door zorgaanbieders in een dwangpositie te brengen. Dit is het geval wanneer regionale verzekeraars aanzienlijke regionale marktaandelen hebben. Wanneer dit gecombineerd wordt met de rol van regiovertegenwoordiger dan ontstaat evident aanzienlijke marktmacht. Dat dit ook indirect effect heeft op het B-segment is tamelijk evident, ook al bestaat in dat segment het systeem van regiovertegenwoordigers in formele zin niet.

IX. Conclusies

1. De constatering in de samenvatting van het consultatiedocument dat momenteel in het B-segment voldoende waarborgen voor marktwerking bestaan zodat de Mededingingswet uitgevoerd door de NMA voldoende lijkt, kan overigens onderschreven worden. Daarmee is een deel van de overige vragen irrelevant geworden, want sommige problemen doen zich pas voor bij een aanzienlijke uitbreiding van het B segment.
2. Van groot belang is dat de ordening van de werkzaamheden van ziekenhuizen en medisch specialisten een aantal bijzondere kenmerken heeft waardoor een rechtlijnige toepassing van economische argumentaties niet altijd zonder meer op gaat. Dit heeft te maken met het feit dat het gaat om hoogwaardige dienstverlening waarin de kwaliteit van het eindproduct in hoge mate afhangt van de kennis en kunde van goed opgeleide en goed ondersteunde professionals, in goed georganiseerde ziekenhuizen. Opleidingen en kwaliteitsbewaking van deze professionals zal daarom niet goed geanalyseerd kunnen worden binnen een uitsluitend mededingingsrechtelijke context.
3. Ten aanzien van de toekomstige rol van de ZA valt op dat niet zozeer wordt gefocust op het doen slagen van marktwerking als wel op het uitbannen van mogelijke excessen. Dat geeft een onevenwichtig beeld. Het totale spectrum aan maatregelen, expliciet gepositioneerd binnen de macrobudgettaire kaders, komt er op neer dat er een gerede kans is dat van gereuleerde marktwerking geen sprake zal zijn, juist vanwege de overmaat aan monitoring, regulering en interventies.
4. Risico van de geschetste invulling van de werkzaamheden van de ZA is dat zorgaanbieders tot in groot detail transparant zijn, en dat het inzicht in de bedrijfsvoering ook gedeeld wordt met inkopers van zorg. Dan is er van marktwerking geen sprake meer. De combinatie van deze mogelijke rolinvulling met het handhaven van het BKZ is een expliciete bedreiging voor de introductie van gereuleerde marktwerking.
5. De uitbreiding van taken in de richting van de monitoring van de kwaliteit van zorg leidt tot een doublure met het RIVM en andere organisaties.
6. Het voorschrijven van een kostprijsmodel in combinatie met een MDS op DBC op patiënt en behandelaarsniveau is in termen van informatievoorziening bovenmatig te achten in relatie tot de rol van scheidsrechter die het spel niet dood fluit.

7. Een belangrijk principieel punt is wanneer een prijs te hoog is. Wanneer op grond van de algemene norm van de betaalbaarheid van zorg wordt bedoeld dat het BKZ aanleiding kan zijn om in het proces van prijsvorming in te grijpen (het BKZ zou volgens sommigen immers de norm voor betaalbaarheid kunnen zijn), dan kunnen we constateren dat het proces van gereguleerde marktwerking – waarbij een goed product een reële prijs kan maken – bij voorbaat onmogelijk zal blijken te zijn. De marktwerking is dan verworpen tot een zeer minutieus prijs en kwaliteit monitoringsysteem, gekoppeld aan een fijnmazig interventiesysteem waarbij marktwerking een bijwerking is.