

CTG/ZAIO
Postbus 3017,
3502 GA Utrecht

Inzake reactie *Consultatiedocument ziekenhuiszorg*

Benthuizen,
14 oktober 2004

Geachte heer, mevrouw,

Met veel interesse hebben wij kennisgenomen van het door u vervaardigde *Consultatiedocument ziekenhuiszorg, analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment* om te kunnen komen tot concurrentie in het B-segment onder borging van de publieke doelstellingen. Daar wij (Quetal) een toetredende speler zijn in de zorgmarkt, willen wij graag onze visie op de onderwerpen in voornoemd document kenbaar maken.

Quetal is een bedrijf dat zich richt op verbetering van de wijze waarop de huidige zorg wordt aangeboden door innovatieve concepten in de zorg te ontwikkelen en uit te voeren. De oprichters zijn afkomstig uit de academisch medische wereld en uit het bedrijfsleven.

De drie oprichters zijn:

1. dr A. Gerritsen van der Hoop,

is momenteel werkzaam als Hoofd van Gastro-Intestinale Heelkunde in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). A. Gerritsen van der Hoop heeft in zowel Nederlandse als buitenlandse ziekenhuizen (waaronder België en de Verenigde Staten) gewerkt en heeft in dat kader kennis gemaakt met verschillende wijzen waarop de sector gezondheidszorg kan functioneren.

2. mr M.Y. de Jong,

werkt full time voor Quetal. Zij heeft gewerkt als advocaat en later als adviseur in het bedrijfsleven, waar zij o.m. startende bedrijven heeft begeleid.

3. drs P.H. van den Berg

werkt full time voor Quetal. Hij heeft bij als consultant bij PricewaterhouseCoopers Corporate Finance gewerkt en is in dat kader onder meer betrokken geweest bij (de)reguleringsprojecten en bij advisering van spelers in de zorg.

Quetal heeft reeds een aantal zorgconcepten uitgewerkt en één van deze zorgprojecten, het Nederlands Proctologisch en Bekkenbodemb Centrum (NPBC), heeft de steun van een grote bank en van een aantal zorgverzekeraars. Verwacht wordt dat het NPBC binnen afzienbare tijd (begin 2005) operationeel zal zijn.

Het NPBC is een centrum waar de huisarts patiënten naar kan verwijzen, die klachten hebben op het gebied van proctologie en bekkenbodembodem. Deze klachten worden multidisciplinair geanalyseerd en het NPBC kan vervolgens de meeste patiënten poliklinisch zelf behandelen. De huisarts verwijst niet naar één individuele specialist, maar naar het NPBC en het NPBC beslist welke specialist(en) de patiënt zullen analyseren en/of behandelen. Op deze wijze wordt voorkomen dat de huisarts een keuze moet maken welke specialist de klachten dient te analyseren en dat de patiënt in trajecten bij specialisten verdwijnt zonder echt geholpen te worden. Dit zorgconcept illustreert naar onze mening dan ook onze ambitie om de bestaande zorg organisatorisch, logistiek en medisch-inhoudelijk te verbeteren. Hetzelfde geldt voor de andere projecten die Quetal bezig is te ontwikkelen.

Om ervoor zorg te dragen dat Quetal en andere nieuwe zorgaanbieders een eerlijke kans krijgen om zorg aan te bieden buiten de bestaande instellingen, is het van essentieel belang dat concurrentiebepalende regelingen en situaties worden aangepakt. In dat kader verleent Quetal gaarne haar medewerking om de in het consultatiedocument gestelde vragen waar mogelijk te beantwoorden. Alvorens echter op de individuele vragen uit het consultatiedocument in te gaan, willen we eerst ingaan op een aantal onderwerpen die volgens ons van belang zijn om in overweging te nemen bij het bevorderen van concurrentie in de ziekenhuiszorg.

Deze onderwerpen zijn:

- A. Het belang van themagerichte, multidisciplinaire zorg en logistieke innovatie
- B. Ketenzorg en de positie van de huisarts
- C. Kruissubsidiëring door bestaande instellingen
- D. BTW-vrijstelling en schaalgrootte
- E. Economies of scope in de ziekenhuiszorg
- F. De belangrijkste knelpunten die wij ervaren bij het opzetten van private 2e-compartimentszorg

A. Het belang van themagerichte, multidisciplinaire zorg en logistieke innovatie

Met de introductie van marktwerking in de zorg wordt een aantal doelen nagestreefd, te weten:

- Betaalbaarheid op middellange en lange termijn
- Verhoging van de kwaliteit en patiëntgerichtheid
- Voorkoming van tweedeling / borging van de toegankelijkheid

Deze doelen staan in het huidige aanbodgestuurde stelsel onder druk, zowel door een toenemend beroep op de zorg (o.a. als gevolg van de vergrijzing), als door een afnemende capaciteit bij ongewijzigd beleid (stagnatie / afname van het aantal feitelijke fte's huisartsen en medisch specialisten).

Zoals ook door de TPG-topman Bakker aangegeven in het rapport 'Sneller Beter – De logistiek in de zorg', zal de houdbaarheid van de zorg vooral moeten komen uit verbetering van de logistiek in de zorg. Een belangrijke verbetermogelijkheid op logistiek gebied is het voorsorteren/cluseren van patiënten als ze bij de specialist verschijnen. De specialist weet daardoor van te voren beter wat hij op zijn bord krijgt. In het rapport van TPG wordt gesteld dat 60% van de patiënten vrij nauwkeurig geclusterd kan worden voor diagnostiek en behandeling, en een verdere 20% wel voor diagnostiek, maar niet voor behandeling.

Het voorsorteren van patiënten kan deels op basis van informatie van de huisarts; dit geldt vooral voor eenduidige klachtenpatronen (zoals die voor de eerste DBC's in het B-segment). Bij deze klachtenpatronen kan de huisarts doorgaans de juiste specialist identificeren om de patiënt naar door te verwijzen, en is voldoende informatie beschikbaar om hem in het ziekenhuis te clusteren met andere patiënten met dezelfde diagnose en behandeling.

Bij een groot aantal klachtenpatronen is de huisarts echter niet in staat om de juiste specialist te identificeren, doordat de klachten kunnen samenhangen met verschillende diagnoses, die op het terrein van verschillende specialismen liggen. Te denken valt o.a. aan klachten op het gebied van proctologie en bekkenbodemp, endocriene hoofd/hals, chronische ziekten, etc. De kans is hierdoor groot dat de patiënt in een inefficiënt traject terecht komt, omdat ziekenhuizen bij de intake van patiënten en de diagnostiek niet multidisciplinair werken. De patiënt wordt daardoor van specialist naar specialist gestuurd, ondervindt een lange doorlooptijd en regelmatig herhalingsonderzoek doordat de afstemming tussen specialismen onvoldoende is.

Om dit op te lossen dient de zorg voor patiënten meer themagericht georganiseerd te worden. Er dienen centra te worden ingericht waarnaar patiënten kunnen worden verwezen, in plaats van naar individuele specialisten. In deze centra wordt dan de expertise gebundeld rondom klachtengebieden, opdat patiënten snel door de juiste specialist(en) gediagnosticeerd en behandeld kunnen worden.

De winst van dit soort concepten komt voort uit bundeling van expertise, waardoor wordt voorkomen dat patiënten 'van het kastje naar de muur' gaan, ondertussen gebruik makend van specialistentijd, diagnostiek en huisartsentijd (bij terugverwijzing) die geen bijdrage leveren aan hun genezing. Dit wordt bereikt door de logistiek in de gehele zorgketen, dus niet alleen binnen de muren van het ziekenhuis, te wijzigen. Naar onze mening is de winst van dit soort concepten voor zowel de patiënt (sneller en beter geholpen) als de maatschappij (goedkopere - want effectievere - zorg en beter gebruik van de bestaande capaciteit) aanzienlijk.

De relevantie hiervan voor regulering is, dat dit soort centra patiënten aantrekken op basis van klachtencomplexen, die kunnen samenhangen met meerdere diagnoses. Deze centra bieden dus meerdere DBC's, waarvan sommige een klinische component kunnen hebben. Het concept werkt alleen, als alle patiënten met een bepaald klachtencomplex zich tot een dergelijk centrum kunnen wenden. ZBC's die dergelijke zorg willen aanbieden, mogen de klinische component nu niet zelfstandig invullen. Optimaal zou zijn, als klinische capaciteit in een bestaande instelling tegen redelijke voorwaarden toegankelijk is ('access pricing') en als artsen die werkzaam zijn in een dergelijk centrum voor de diagnostiek en poliklinische behandeling, de klinische patiënten zelf in een ziekenhuis kunnen behandelen. Het is trouwens voor dit soort centra in ieder geval wenselijk dat de specialisten zowel hun diagnostische als poliklinische en klinische ervaring goed op peil houden. Dat kan naar onze mening het best door part-time werkzaam te zijn in een dergelijk centrum en part-time in de klinische setting van een bestaande instelling.

B. Ketenintegratie en de positie van de huisarts

De huisarts heeft in de huidige zorg onder meer de functie van poortwachter tot de tweede lijn. In de praktijk oefent de huisarts dan ook aanzienlijke invloed uit op de 'routing' van patiënten richting ziekenhuizen. Het is daarom opvallend te constateren, dat een aantal bestaande ziekenhuizen huisartsen aan zich probeert te binden door ze in hun eigen instelling te integreren.

Eén van de motieven hiervoor - naast lovenswaardige aangevoerde redenen van maatschappelijk aard - is naar onze mening, om zodoende de stroom klinische en poliklinische patiënten naar de eigen instelling zeker te stellen. Deze ontwikkeling kan toetreding van 2^e-lijns ZBC's belemmeren, mede omdat huisartsen schaars en 'gerantsoeneerd' zijn.

C. Kruissubsidiëring door bestaande instellingen

Kruissubsidiëring is met name mogelijk bij toerekening van vaste kosten zoals huisvesting, management, etc. Het probleem bij de huisvestingslasten van ziekenhuizen is, dat het historische niveau van investeringen en afschrijvingen eufemistisch gezegd niet altijd op een 'efficient frontier' ligt. Het economisch verzelfstandigen van de exploitatie van het vastgoed in de ziekenhuissector zou de meest grondige oplossing tegen kruissubsidiëring zijn. We begrijpen echter dat dit vanwege bestaande eigendomsstructuren moeilijk te realiseren is, en dat geopteerd wordt voor monitoring middels kostprij modellen. 'Strengere' toepassing van dergelijke modellen is nodig, omdat (1) het B-segment nog relatief klein is, en (2) de lange-termijn marges in de zorg naar verwachting relatief laag zijn.

Naast kruissubsidiëring via de vaste, gedeelde kosten, is ook kruissubsidiëring via de directe kosten mogelijk. De sleutel hiertoe is de tijdstoerekening van specialisten aan individuele DBC's. Deze zijn nu gebaseerd op inschattingen, waarbij naast de hoeveelheid tijd, ook de feitelijke kosten van degene die de handelingen verricht een rol spelen. Daarbij dient echter bedacht te worden, dat veel (medische) handelingen worden verricht door ander medisch personeel dan de specialist zelf, bijvoorbeeld assistenten. Dit geldt zowel voor het A- als voor het B-segment. In dit kader zal het interessant zijn om te zien of de totale tijd die wordt gedeclareerd volgens DBC's in het A- en B-segment per instelling overeenkomt met de werkelijk beschikbare fte's specialistentijd.

Op korte termijn misschien nog belangrijker is, dat bij de tijdstoerekening aan DBC's (althans in het B-segment) wordt uitgegaan van effectief bestede tijd. Het is echter zo, dat geen enkele

organisatie er in zal slagen om specialisten 100% effectief te laten zijn. Bij bestaande instellingen wordt deze inefficiëntie automatisch ten laste gebracht van het voorlopig veel grotere A-segment, en via nacalculatie vrijwel zeker betaald. Nieuwe toetreders kunnen de 'frictie' bij de inzet van specialisten echter niet vergoed krijgen, en worden ten opzichte van bestaande instellingen dus benadeeld.

D. BTW-vrijstelling en schaalgrootte

De BTW-vrijstelling verstoort het 'level playing field':

- Het verschaft bestaande grote instellingen door hun schaalgrootte een concurrentievoordeel, door productie van zorggerelateerde en andere diensten in eigen huis
- Dit wordt versterkt door het concurrentievoordeel dat bestaande instellingen hebben door het nacalculatie-regime
- Dit wordt tevens versterkt door het concurrentievoordeel dat bestaande instellingen hebben op de financiering van huisvesting

Bestaande zorginstellingen zijn doorgaans grote, geïntegreerde dienstverleners (bijvoorbeeld ziekenhuizen). Door hun schaalgrootte kan het voor ze zinvol zijn een groot aantal ondersteunende diensten (administratie, catering, sterilisatie, management, etc.) in eigen beheer uit te voeren. De bestaande zorginstelling heeft hiervoor personeel in dienst en betaalt hiervoor de loonkosten plus bijkomende kosten voor deze interne dienstverlening.

Een startende private zorgonderneming (ZBC) mist veelal deze schaalgrootte. Het is daarom vaak bedrijfseconomisch noodzakelijk dit soort diensten van derden te betrekken. Echter, de dienstverlening van deze derden zal over het algemeen niet zijn vrijgesteld van BTW. De startende onderneming betaalt dus voor deze dienstverlening de loonkosten plus eventuele bijkomende kosten, èn BTW. Aangezien de startende onderneming voor zijn dienstverlening wel is vrijgesteld van BTW, en dus niet als 'neutraal doorgeefluik' naar de eindgebruiker fungeert, draait de startende onderneming op voor de BTW over ingekochte ondersteunende diensten. Hiermee is de startende onderneming 19% duurder uit dan de bestaande zorginstelling.

Bestaande zorginstellingen (met name ziekenhuizen) kunnen eventuele budgetoverschrijdingen via een nacalculatie-regime onder voorwaarden alsnog vergoed krijgen. Dit betekent, dat hun operationele leverage hoger kan zijn dan zonder nacalculatie (met andere woorden: ze kunnen zich het risico van relatief hogere vaste kosten veroorloven). In economische termen betekent dit

- dat de rendementseis lager is dan zonder nacalculatie (mogelijkheid om tegen lagere prijzen de diensten te verkopen aan zorgverzekeraars / patiënten); dan wel
- dat de bestaande instelling relatief meer vaste kosten kan maken dan zonder nacalculatie verantwoord zou zijn.

Dit laatste versterkt het versturende effect op schaalvoordelen. Praktisch betekent het namelijk, dat een ziekenhuis wèl vast personeel kan aannemen voor ondersteunende taken, omdat het risico via de nacalculatie wordt afgewenteld op zorgverzekeraars, terwijl een startende onderneming dit risico zelf moet dragen.

Verdere ruimte voor een hogere operationele leverage wordt verkregen doordat de financiering van de huisvesting van bestaande instellingen de facto door de overheid wordt gegarandeerd. Als een (startende) private ZBC huisvesting zoekt, is huur echter meestal de meest voor de hand liggende mogelijkheid. Over de huur wordt in de zakelijke markt (bijna) altijd BTW in rekening gebracht, maar dat leidt op zich niet tot een nadeel voor de ZBC; immers, het ziekenhuis heeft op

de bouw ook BTW moeten betalen. Wel is het zo, dat in de huurprijs voor een ZBC door de verhuurder financieringskosten in rekening worden gebracht; deze zijn gebaseerd op de financieringskosten zoals de verhuurder die maakt. Commerciële verhuurders hebben niet de overheidsgarantie die ziekenhuizen wel hebben, en hebben daarom hogere financieringskosten. Deze worden doorberekend aan de afnemer, in casu de ZBC. Het ziekenhuis heeft een deel van zijn risico's afgewenteld (op de overheid), en dat stelt het indirect in staat om wèl vast personeel aan te nemen voor ondersteunende taken.

E. Economies of scope in de ziekenhuiszorg

Vaak wordt, met name ten aanzien van de curatieve zorg, gesteld dat hier sprake is van significante economies of scope. Naar ons inzicht bestaan de economies of scope vooral binnen klachtengebieden, maar niet zozeer tussen verschillende klachtengebieden.

Vooral van de combinatie van acute en planbare zorg wordt wel verondersteld dat er sprake is van belangrijke synergievoordelen. In dit kader is het interessant op te merken dat een aantal innoverende organisaties in de ziekenhuiszorg (denk aan Rhoen Klinikum in Duitsland, maar ook recente plannen van een consortium in Nederland dat ziekenhuizen wil opkopen) juist een strikte organisatorische scheiding tussen acute en planbare zorg aanbrengt om efficiënter te kunnen werken. Hierdoor is de in het veld wel gedane bewering dat de economies of scope in de curatieve zorg aanzienlijk zijn, op zijn minst twijfelachtig. Wij merken verder op, dat met name bestaande instellingen er belang bij hebben de omvang van de economies of scope te overschatten. Hierbij is overigens nog een onderscheid te maken tussen economies of scope die in theorie zouden kunnen bestaan en de mate waarin deze in de praktijk worden gerealiseerd.

Het realiseren van schaalvoordelen en economies of scope ligt naar wij begrijpen mede ten grondslag aan de fusiedrang van instellingen en de pogingen om te komen tot grote geïntegreerde medisch-specialistisch bedrijven. Ook in dat verband wordt vaak Rhoen Klinikum aangehaald, waar de specialisten in loondienst zijn. Wij vragen ons echter af, of de optimale ondernemingsgrootte ('optimal firm size') in de curatieve zorg niet al ruim is overschreden. Management en planning van een grote geïntegreerde ziekenhuisorganisatie zou wel eens een minder effectief kunnen zijn dan een model waarbij het ziekenhuis bestaat uit een kern van hoogwaardige, 'dure' functies en daaromheen een economisch verband van thema- en functiegerichte medische bedrijven. Wij zijn er in elk geval van overtuigd, dat een dergelijk model meer dynamiek garandeert, en op langere termijn daardoor waarschijnlijk superieure logistieke en medisch-inhoudelijke werkwijzen laat ontstaan. De keuze van Rhoen Klinikum om specialisten in loondienst te nemen en wel te streven naar een geïntegreerd medisch bedrijf zou als volgt verklaard kunnen worden. Om een eerste stap te zetten naar grote efficiëntie en wijziging van de organisatie is het handiger om top-down veranderingen door te voeren. Volgens deze verklaring is Rhoen Klinikum in relatieve zin efficiënt, maar niet in absolute zin.

F. De belangrijkste knelpunten die wij ervaren bij het opzetten van private 2e-compartimentszorg

Wij zijn momenteel bezig met het ontwikkelen en implementeren van een aantal initiatieven in het 2^e compartiment. Het eerste van deze initiatieven zal begin volgend jaar open gaan, en richt zich op het multidisciplinair diagnosticeren en behandelen van klachten op het gebied van proctologie en bekkenbodemp.

Naast de gebruikelijke drempels waar elke startende onderneming mee te maken krijgt, te weten het overtuigen van financiers en afnemers (in ons geval: zorgverzekeraars) van de toegevoegde waarde van een nieuw initiatief, leveren met name de volgende omstandigheden extra complicaties op:

- De contractverhoudingen van maatschappen en perifere ziekenhuizen
- De contracteerplicht en het nacalculatieregime voor bestaande instellingen
- De BTW-problematiek

De contractverhoudingen van maatschappen en perifere ziekenhuizen maken het lastig om met specialisten afspraken te maken over part-time werken in onze organisatie en part-time in het ziekenhuis waar ze nu al werken.

De contracteerplicht en het nacalculatieregime zorgen ervoor, dat zorgverzekeraars het moeilijk vinden om bestaande instellingen ook werkelijk te korten op hun budget. Dat betekent, dat nieuwe toetreders al snel tot extra uitgaven leiden voor zorgverzekeraars.

De BTW-problematiek is hierboven onder D. uiteengezet.

Beantwoording van de vragen uit het consultatiedocument

1. **Is de beschrijving van bijzondere kenmerken van de ziekenhuiszorg, voorzover relevant voor het functioneren van de markt, volledig en evenwichtig?**

Ja.

2. **Is de beschrijving van de bestaande instrumenten met betrekking tot marktwerking in de ziekenhuiszorg volledig en correct?**

Ja.

3. **Hoe kan CTG/ZAio de administratieve lasten verder beperken, met inachtneming van zijn taken op het gebied van monitoring en bevordering van concurrentie? Graag concrete suggesties.**

-

4. **Is de beschrijving van het bestaande aanbod voor het B-segment van de ziekenhuiszorg compleet en correct? Zo niet, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangeven en voorzien van bronvermelding.**

Ja, maar we denken dat de aanwezigheid van voldoende aanbieders een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde is voor concurrentie.

Eveneens belangrijk is de mate waarin bestaande spelers gewend en bereid zijn om concurrerend gedrag te vertonen.

5. **Is de beschrijving van schaal- en scopevoordelen voor het B-segment van de ziekenhuiszorg compleet en correct? Zo niet, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangeven en voorzien van bronvermelding.**

Grotendeels, maar zie voor aanvullingen onze toelichting sub D. en E. Wij delen de scepsis over scopevoordelen in de zorg, behalve binnen klachtengebieden.

6. **Deelt u de analyse van toetredingsdrempels? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.**

Grotendeels wel, met name op de punten van capaciteitsplanning en de relatie tussen ziekenhuizen en specialisten(maatschappen). Voorts zouden in dit verband graag willen wijzen op de versturende werking van de BTW-vrijstelling (zie onze toelichting sub D.). Tevens denken wij dat de perceptie van het sanctieregime van CTG/ZAio een rol kan spelen. Zolang het B-segment relatief beperkt van omvang is, en zolang het uiteindelijke A- en B-segment in bestaande instellingen onvoldoende organisatorisch en economisch van elkaar worden gescheiden, zullen bestaande instellingen het ultieme dreigement jegens de continuïteit van de bedrijfsvoering minder serieus nemen dan nieuwe toetreders, die per welhaast per definitie alleen in het (uiteindelijke) B-segment actief zullen zijn.

7. Welke bezwaren ziet u tegen het laten vervallen van de vereiste verklaring van behoefte voor instellingen die klinische DBC's in het B-segment willen aanbieden (waardoor het voor ZBC's ook mogelijk wordt om klinische DBC's in het B-segment aan te bieden en uit te voeren)?

Geen overwegende. Integendeel, wij achten het noodzakelijk om de ontwikkeling van effectieve themagerichte zorg op te zetten, die leidt tot belangrijke logistieke efficiencywinst. Zie ook onze toelichting sub A. De vrees dat dit tot kostenverhoging zou leiden omdat nieuwe klinische capaciteit wordt toegevoegd kan worden ondervangen door een systeem van toegangsregulering voor bestaande infrastructuur en diagnostica.

8. Welke bezwaren ziet u tegen het opheffen van het verbod op een winstoogmerk bij zorginstellingen?

Geen. Integendeel, we achten het een essentiële voorwaarde voor het op gang brengen van bedrijfseconomisch gedreven concurrentie (in tegenstelling tot 'empire building'). De noodzakelijke keerzijde van de medaille is, dat instellingen geen clementie kunnen verwachten bij dreigend faillissement, want anders stimuleert het hoofdzakelijk het nemen van onverantwoord grote operationele en financiële risico's. Een mogelijke complicatie is, dat A- en B-segment in bestaande instellingen onvoldoende organisatorisch en economisch gescheiden worden (het laatste met name ten aanzien van de arbeidscomponent) om een dergelijke dreiging geloofwaardig te laten zijn.

9. Welke bezwaren ziet u tegen het openstellen van het Waarborgfonds voor ZBC's?

Geen zolang deelname facultatief is. Echter, wij betwijfelen of dit gewenste effecten sorteert zolang het praktisch onmogelijk blijkt om bestaande gehele ziekenhuizen in private, commerciële handen te brengen. Naar onze mening kan de vastgoedexploitatie beter geheel economisch worden afgezonderd van de zorgverlening, en/of een systeem van toegangsregulering tot essentiële moeilijk te reproduceren infrastructuur worden ingevoerd.

10. Welke bezwaren ziet u tegen het wegnemen van een actieve rol van zittende marktpartijen bij het ramen van de behoefte aan nieuwe medisch specialisten?

Bestaande partijen hebben baat bij het bevorderen van schaarste, want dit verhoogt de toetredingsdrempel voor nieuwe partijen. Op lange termijn zou een systeem kunnen werken waarbij bestaande instellingen en nieuwe toetreders, samen met aspirant-specialisten, een co-investering in opleiding van voor hun relevante specialisten plegen, uit eigen middelen. De logische verplichting van aspirant-specialisten is dan om zich voor bepaalde tijd aan de meebetalende instelling te verbinden, met afkoopreglementen bij voortijdig vertrek. Deze figuur is in andere sectoren gebruikelijk.

11. Wat zijn de voor- en nadelen van MTO en DMS met het oog op bevordering van concurrentie?

Nadeel is, dat het instellingen en specialisten een wederzijds veto geeft op nieuwe initiatieven die medewerking van één van beide behoeven. Dit is vooral van belang omdat zowel delen van de infrastructuur als ook medisch specialisten schaarse 'goederen' zijn, die nu 'in handen' zijn van bestaande partijen.

12. Mist u regels en/of instituties die toetredingsdrempels opwerpen? Zo ja, welke zijn dat en hoe kunnen deze worden verlaagd? Onderschrijft u de voorgestelde maatregelen tot verdere verlaging van de toetredingsdrempels die hier wel zijn genoemd?

Ja, de BTW-vrijstelling; zie onze opmerkingen hierover sub D. Deze zou verlaagd kunnen worden door een compensatiemechanisme zoals dat ook is ontwikkeld voor de lagere overheden.

13. Deelt u de analyse van de fusie-effecten en de rol die CTG/ZAio op dit punt voor zichzelf ziet? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

Een mogelijke andere rationale is het streven naar een 'too big to fail'-positie.

14. Deelt u de analyse van de effecten van verticale integratie en de rol die CTG/ZAio op dit punt voor zichzelf ziet? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

Niet volledig; met name de observatie dat het in loondienst nemen van medisch specialisten een door marktwerking geïnstigeerde optimalisatie van de organisatievorm zou zijn, wagen wij te betwijfelen. Er zijn in de aangehaalde voorbeelden van het GMSB en Rhoen Klinikum andere mogelijke verklaringen voor de verticale integratie:

- Rhoen Klinikum neemt doorgaans ziekenhuizen over die niet goed functioneren en waar gereorganiseerd moet worden. De (financiële) moeilijkheden van het over te nemen ziekenhuis stellen Rhoen Klinikum in staat om de specialisten eieren voor hun geld te laten kiezen door met loondienst accoord te gaan. Doordat specialisten in loondienst zijn, zijn vervolgens makkelijker noodzakelijke reorganisaties door te voeren. Dit hoeft dus geen optimale organisatievorm te zijn, hij is alleen beter dan die van een niet-functionerend ziekenhuis. Zie ook onze opmerkingen hierover sub E.
- Een voordeel van het GMSB voor ziekenhuizen en specialisten is, dat het onderstreept dat bestaande ziekenhuizen en zittende specialisten hetzelfde belang hebben: voorkomen van nieuwe toetreders en effectieve marktwerking. Het doet ons denken aan het adagium 'the best of all monopoly rents is a quiet life'. De redenering dat voor ziekenhuiszorg specialisten nodig zijn, geldt naar onze mening niet onverkort ook in omgekeerde richting: veel medisch-specialistische dienstverlening behoeft geen ziekenhuisomgeving.

15. Welke concrete voorbeelden van verticale integratie kunt u noemen die tot problemen leidt voor marktwerking?

Met name de contractuele relaties tussen maatschappen en ziekenhuizen, die het lastig kunnen maken voor specialisten om part-time voor een andere instelling te gaan werken.

Ook de integratie van 1^e-lijnszorg (huisarts) en 2^e-lijnszorg zou als een vorm van verticale integratie opgevat kunnen worden die belemmerend werkt. Zie ook onze opmerkingen hierover sub B.

16. Is de analyse van overstapdrempels correct en volledig? Indien niet correct of volledig, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangeven.

Ja.

17. Onderschrijft u de analyse over de noodzaak om transparantie in de zorg te vergroten? De analyse over zorgverzekeringen gaat vooral over ziekenfondsen, maar geldt de analyse ook voor private zorgverzekeraars? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

-

18. Onderschrijft u de beleidsvoornemens van CTG/ZAio en de aanbevelingen aan andere partijen om de transparantie te vergroten? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

Grotendeels; het inzichtelijk maken van kostenstructuren voor partijen die niet kunnen rekenen op nacalculatie en andere risicoverlagende financiële regimes lijkt ons echter een te grote ontmoediging voor nieuwe toetreders.

19. Welke concrete aanvullende maatregelen kunnen de transparantie in de zorg verder vergroten?

-

20. Deelt u de conclusie over excessieve prijzen en de rol die CTG/ZAio op dit punt voor zichzelf ziet? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

Ja.

21. Wanneer is volgens u een prijs excessief?

In economische termen: als de prijs hoger is dan de marginale kosten (niet: de gemiddelde variabele koste of een andere proxy). Dit is echter in de praktijk voor onderdelen van de zorg waar sprake is van substantiële vaste en/of gedeelde kosten moeilijk vast te stellen. Voor bijvoorbeeld (niet-IC) verpleging en 'low tech' poliklinische behandeling (maar niet altijd diagnostiek) bestaan de kosten vooral uit personeel en deze zijn doorgaans wel binnen redelijke bandbreedte vast te stellen.

22. Deelt u de analyse op het onderdeel kruissubsidiëring en de rol die CTG/ZAio op dit punt voor zichzelf ziet? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

Ja, met inachtneming van hetgeen wij opmerken sub C. Wij denken dat (dreiging van) kruissubsidiëring één van de grootste toetredingsdrempels is.

Het bestrijden van kruissubsidiëring binnen het A-segment jegens DBC's die op termijn kunnen overgaan naar het B-segment, is volgens ons ook van belang. Om te beslissen welke DBC's in de toekomst overgaan naar het B-segment en in welke volgorde, helpt het als er al ZBC's zijn die de betreffende DBC's in het A-segment aanbieden. Het niet of onvoldoende monitoren van kruissubsidiëring in het A-segment zorgt ervoor dat nieuwe toetreders pas actief worden als de DBC's al zijn overgegaan. Dan worden nieuwe toetreders echter in een reactieve positie gebracht, terwijl veel maatschappelijk voordeel te verwachten valt als een proactieve positie kan worden ingenomen, zonder dat dit leidt tot 'cherry picking' omdat tarieven in het A-segment niet

realistisch zijn.

23. Welke mogelijkheden tot kruissubsidiëring ontbreken?

Sub C. omschrijven we 3 vormen van kruissubsidiëring:

- Via toerekening van vaste en gedeelde kosten
- Via tijdstoerekening van directe specialistenuren
- Via toerekening van frictie in de planning

24. Welke maatregelen om ongewenste vormen van kruissubsidiëring tegen te gaan, ontbreken?

Geen.

We zijn het zeer eens met het gestelde ten aanzien van een consistent beleid jegens instellingen die in financiële moeilijkheden verkeren, en met de noodzaak om te komen tot stringente kostprijsmodellering voor bestaande instellingen in het A-segment. Het monitoren van (de effecten van) kruissubsidiëring is lastig op het punt van potentiële toetreders die afhaken. De volledige scheiding van eigendom van A- en B-segment is op dit moment te vergaand, maar economische scheiding van de exploitatie van de infrastructuur en dure diagnostiek die door A- en B-segment worden gedeeld, lijkt ons wel mogelijk en wenselijk.

25. Deelt u de analyse op het onderdeel prijsdiscriminatie en de rol die CTG/ZAio op dit punt voor zichzelf ziet? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

Prijsdiscriminatie raakt aan het thema toegangsregulering. Doordat bestaande instellingen reeds de beschikking hebben over een aantal schaarse, relatief dure productiemiddelen (OK-ruimte, dure diagnostica, etc), zijn de marginale kosten (tenminste, als deze worden gemeten als de gemiddelde variabele kosten) lager dan voor een nieuwe toetreders die geen gereguleerde toegang heeft tot deze bestaande productiemiddelen. Door een systeem van toegangsregulering tot schaarse elementen in de zorgproductieketen, kunnen mogelijkheden tot prijsdiscriminatie mede beperkt worden.

26. Deelt u de analyse over contractvoorwaarden, waaronder koppelverkoop? Onderschrijft u de beleidsvoornemens van CTG/ZAio en de aanbevelingen aan andere partijen? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

Met de opmerkingen over koppelverkoop zijn we het in beginsel eens, met de kanttekening dat het als pakket aanbieden van DBC's op één klachtengebied/themagericht wel degelijk logisch en noodzakelijk kan zijn. Zie ook onze opmerkingen sub A.

27. Deelt u de analyse van de inkoopmacht en de rol die CTG/ZAio op dit punt voor zichzelf ziet? Eventuele opmerkingen of suggesties graag zo concreet mogelijk aangeven.

-

28. Op welke wijze kan CTG/ZAio en/of de NMa vaststellen of er sprake is van het uitoefenen van inkoopmacht?

-

29. Wat zijn concrete voorbeelden van inkoopmacht die tot problemen leidt voor marktwerking?

In de meeste regio's heeft één verzekeraar/ziekenfonds een dominante positie (marktaandeel > 40%). Contracten met die verzekeraar zijn voor een nieuwe toetreders dan essentieel. De verzekeraar stelt zich vaak op het standpunt dat zij de bestaande instellingen linksom of rechtsom toch moet financieren, en dat een contract met een nieuwe toetreders (zeker als delen van diens productie in het A-segment zitten) tot extra uitgaven leidt. Zeker een verzekeraar met een dominante positie is daarom vaak terughoudend met het aangaan van een contract met een nieuwe toetreders. Gegeven de huidige financieringsstructuur (mix van vraag- en aanbodgestuurd) is een dergelijke opstelling rationeel en niet zozeer misbruik van inkoopmacht, maar het werkt wel belemmerend voor concurrentie.

30. Welke concrete voorbeelden van anticompetitief gedrag mist u in dit consultatiedocument?

Geen; wel vragen we ook hier aandacht voor de integratie van huisartsenposten in bestaande instellingen, zoals uiteengezet sub B.

We zijn het overigens eens met de observatie dat er rationele vormen van samenwerking zijn om op onderdelen in de keten schaalgroottes te creëren (bijvoorbeeld laboratoriumcapaciteit). Echter, deze samenwerkingsverbanden kunnen ook gebruikt worden om nieuwe toetreders te weren, door geen diensten van het samenwerkingsverband beschikbaar te maken, of alleen onder zeer ongunstige voorwaarden. In een aanpalende sector, te weten de apothekers, wordt algemeen aangenomen dat het onderlinge patiënteninformatiesysteem op deze wijze wordt ingezet.

31. Welke concrete voorbeelden van samenwerking die de concurrentie beperken, ontbreken in de analyse? en 32. Welke concrete voorbeelden ontbreken van situaties waarin concurrentie een belemmering vormt voor samenwerking?

In het algemeen: daar waar beschikbaarheidseisen overwegend zijn, werkt samenwerking niet concurrentiebeperkend; deze zorg zal naar onze verwachting altijd in het A-segment blijven.

Uit het document zou de indruk kunnen ontstaan dat innovatie vaak ook horizontale samenwerking kan vergen die door concurrentie belemmerd wordt. Wij zijn beducht voor een dergelijke redenering, omdat de prikkel tot innovatie juist zou moeten zijn dat hiermee een verdedigbaar concurrentievoordeel ontstaat voor de innoverende partij die zelf het ontwikkelingsrisico draagt. Dit waarborgt ook, dat risico's op basis van bedrijfseconomische overwegingen worden genomen.

Een aantal initiatieven die wij kennen die rondom de 1^e lijn die in samenwerking met zorgverzekeraars worden opgezet, doen soms vermoeden dat de samenwerkingspartners eerder worden gekozen omdat men elkaar al zolang kent en samenwerking de vanzelfsprekende wijze van handelen is, dan dat de aanbieders het ontwikkelingsrisico niet zelf kunnen dragen en innovatie anders niet zou kunnen plaatsvinden. Ook tekenend is, dat in gevallen waarbij het initiatief uitgaat van zorgverzekeraars, voor zover wij weten zelden of nooit sprake is van een

tendersysteem waarbij nieuwe toetreders ook worden uitgenodigd.

33. Welke huidige vormen van ketensamenwerking zijn strijdig met het bevorderen van de concurrentie? Voor welke wenselijke vormen van ketensamenwerking neemt de prikkel af als gevolg van concurrentie?

Strijdig met het bevorderen van concurrentie zijn naar onze mening:

- De inrichting van huisartsenposten in of nabij bestaande ziekenhuizen, zeker waar het ziekenhuizen betreft waarvan een significant deel van de productie bestaat uit prestaties die vrijwel zeker altijd in het A-segment zullen blijven; voor een toelichting verwijzen we naar onze opmerking sub B.
- Dure diagnostische apparatuur in de economische eenheid van bestaande instellingen, zoals MRI, Röntgen, CT, etc.