



Nederlandse Mededingingsautoriteit
T.a.v. de heer drs. R.J.P.Jansen
Postbus 16236
2500 BH DEN HAAG

Datum 18 augustus 2003 Kenmerk Mi/Ze Uw brief van 23 juni 2003
Afdeling Bestuursondersteuning Uw kenmerk 3128/19.b159

Betreft Reactie CBZ op consultatiedocument "Concurrentie in de ziekenhuissector"

Met brief van 23 juni 2003 heeft u ons het consultatiedocument "Concurrentie in de ziekenhuissector" doen toekomen met het verzoek daarop onze zienswijze te geven en de vragen die ons regarderen te beantwoorden.

Het Bouwcollege heeft onderstaande reactie op het consultatiedocument op 18 augustus 2003 besproken en vastgesteld.

Alvorens op de voor het Bouwcollege relevante vragen in te gaan bestaat er behoefte om in algemene zin een reactie te geven op de inhoud van het consultatiedocument.

Het Nederlandse zorgstelsel bevindt zich op de dunne scheidslijn van publieke sturing en private uitvoering, hetgeen de inrichting van het stelsel compliceert en leidt tot een voortdurende beleidsmatige discussie over de vormgeving van het stelsel met dominante vraagstukken als de geëigende wet- en regelgeving, de economische ordening en de herziening van de zorgverzekering. De overheid heeft een (grondwettelijke) bevorderingsplicht ten aanzien van de volksgezondheid en probeert haar daarvan afgeleide verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de doelmatigheid van de zorg steeds nadrukkelijker in te vullen vanuit een *vragerperspectief*. Om hieraan invulling te geven worden begrippen als 'marktwerking' en 'concurrentie' gebruikt. Daarbij mag niet uit het oog worden verloren dat de genoemde grondwettelijke overheidsverantwoordelijkheid een begrenzing vormt bij het geven van invulling aan die begrippen.

Naar de mening van het Bouwcollege is er een wezenlijk verschil tussen concurrentie en marktwerking. Het Bouwcollege kan zich voorstellen dat meer competitieve elementen (*concurrentie*) op deelmarkten in het stelsel die daarvoor in aanmerking komen, worden geïntroduceerd, zoals bij de toetreding van zelfstandige behandelcentra (ZBC's), door meer productfinanciering en door versterking van de positie van de zorgverzekeraars bij de zorginkoop. Dit laatste kan worden gerealiseerd door de contracteerverplichting te mitigeren en de feitelijke contracteerruimte te vergroten

(zie de voorwaarden daarvoor in de Uitvoeringstoets CBZ d.d. 14 juli 2000 inzake herziening overeenkomstenstelsel: wil een grotere contracteervrijheid ook reële betekenis hebben dan zal ook de feitelijke zorgmarkt - van schaarste naar een zekere overcapaciteit - moeten veranderen).

In de micro-economie van de zorginstelling kan een zekere prikkel tot concurrentie leiden tot een betere bewaking van de productkosten.

In de kern van het stelsel is van *marktwerking* op dit moment echter geen sprake. Marktwerking zal naar verwachting ook in de nabije toekomst nog niet aan de orde kunnen zijn. De reden hiervoor is dat in de gezondheidszorg sprake is van klassieke vormen van zogenaamd marktfalen. U wijst in het consultatiedocument op enkele van die vormen. De afhankelijkheid van de consument, de informatie-asymmetrie en de ‘onzichtbaarheid’ van de prijzen worden in dit verband genoemd. Bovendien is de zorgvraag van consumenten niet of nauwelijks gevoelig voor prijzen, zowel door het verzekeringseffect (“Moral Hazard-“effect) als door de geringe prijselasticiteit van eigen bijdragen. Ook is er op tal van terreinen geen echte keuzevrijheid, bijvoorbeeld bij zorg die acuut moet worden verleend of bij de beperkt beschikbare (geconcentreerde) topklinische zorg. De wetten van vraag en aanbod leiden slechts in zeer beperkte mate tot de hierboven aangegeven – breed onderschreven – doelstellingen van gelijke toegankelijkheid (financieel en spreiding van voorzieningen), kwaliteit en doelmatigheid van voorzieningen tegen een acceptabel niveau van collectieve lasten. De Wet ziekenhuisvoorzieningen is bedoeld de voorzieningen te toetsen op de noodzaak van collectieve bekostiging. Voor deze vorm van regulering vormt de vraag in de zin van geobjectiveerde behoefte de leidraad: de Minister is verplicht zich in te spannen om in de behoefte aan voorzieningen te voorzien. Regulering vanuit dit perspectief moet de zorg toegankelijk maken: toereikende capaciteit, spreiding en gemakkelijke financiering. Dat de WZV later ook voor sanering is ingezet, is uit nood van de economische omstandigheden geboren (bouwplafond, etc.).

In het huidige stelsel bestaan voor instellingen bepaalde institutionele kenmerken, die van groot belang zijn voor hun betaalbaarheid, de beschikbaarheid van functies en capaciteiten, de continuïteit, hun infrastructuur en de financierbaarheid van de investeringen. Pijlers onder het huidige stelsel zijn de koppelingen uit het drieluik WZV – ZFW/AWBZ – WTG: vergunning (capaciteitsbepaling en financiering bouw) – toelating – overeenkomstenstelsel (contracteerverplichting) – tariefstelling (budgettering of productfinanciering). Het weghalen of vervangen van deze pijlers zal ingrijpende consequenties hebben voor het stelsel als geheel en daarmee voor de positie van zorginstellingen. Het Bouwcollege meent dat dit slechts past in een samenhangende visie op de stelselwijziging als geheel (die nu nog niet aan de orde is) en op een inventarisatie van de gevolgen daarvan voor de positie van zorginstellingen. Naar de mening van het Bouwcollege moet niet met incidentele maatregelen, ook niet op het punt van de mededinging, op dit wijzigingsproces worden vooruitgelopen, omdat de sector dan dreigt terecht te komen in een onduidelijke spagaat van divergerende systemen die tegelijk gelden maar op diverse onderdelen door elkaar heen lopen.

De omvang van het (intramurale) voorzieningenniveau wordt momenteel in de kern nog steeds door de overheid bepaald, zij het dat er meer ruimte wordt gegeven op het gebied van capaciteiten en toetreding van voorzieningen. Er zijn exploitatiegaranties voor (toegelaten) intramurale instellingen door de contracteerverplichting (hier kan, partieel en gefaseerd, een afbouw plaatsvinden door meer ruimte te geven aan de inkooprol van zorgverzekeraars), en de aanvaardbare kosten van infrastructuur kunnen worden nagecalculeerd. Het College Tarieven Gezondheidszorg en het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen voeren een wettelijk beleid uit dat voorziet in het oplossen van financiële problemen bij noodlijdende instellingen, een eventueel noodzakelijke afbouw van capaciteit (sanering)

en het voorkomen van faillissementen. Verder is sprake van een door de overheid ondersteund Waarborgfonds Zorg om de financiering van investeringen te vergemakkelijken, gelet op de evidente risico's van zorginstellingen in de huidige 'instellingseconomie', en mogen instellingen geen winstoogmerk hebben om geen winstopslag uit de collectieve premies in de tarieven op te nemen. De beschikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen is naast een ondernemersbelang ook een maatschappelijk belang: bij een financiële deconfiture is de beschikbaarheidsfunctie van de voorziening in het geding, met name bij de huidige aanbodschaarste.

In de situatie van aanbodschaarste zijn zorgverzekeraars, gelet op de zorgplicht, gehouden maximaal de toegelaten capaciteit van zorginstellingen te contracteren (zie de jurisprudentie, o.a. Pres. Rb. Zwolle 14 februari 2000, RZA 2000, 53 en TvGr 2000/29 en Pres. Rb. 's-Gravenhage 1 juni 2001, RZA 2001/73 en TvGr 2001/43); dit beperkt, juridisch zowel als feitelijk, de ruimte voor marktwerking bij de zorginkoop, en kan - zonder nadere regulering - een opstuwende werking hebben op de prijzen van zorgproducten.

Ook het Europese Hof van Justitie heeft in een aantal arresten (o.a. Smits/Peerbooms) aangegeven dat (thans) in Nederland geen sprake is van een echte markt in de intramurale zorg; op grond daarvan mag juist worden afgeweken van de Europese mededingingsregels. De toepassing van Nederlandse mededingingsregels moet wettelijk consistent zijn met de Europeesrechtelijke interpretatie. In het consultatiedocument wordt hierop niet ingegaan. Overigens constateert het Bouwcollege op basis van zijn contacten met andere vergelijkbare organisaties in het European Health Property Network dat op het terrein van de intramurale zorg nergens in de Europese Unie sprake is van het ontwikkelen van een echte markt in de zorgsector. Wel zijn er voorbeelden waar getracht wordt binnen het sociale zorgsysteem een situatie met vragers en aanbieders te creëren ten einde zo meer efficiency te bereiken.

Het Bouwcollege constateert dat in de gezondheidszorg evenals in andere “collectieve” sectoren, bijvoorbeeld onderwijs, uiteraard prikkels aanwezig zijn die concurrentie in zich dragen. Het Bouwcollege verwacht dat deze prikkels een positief effect kunnen hebben op het functioneren van de gezondheidszorg. Een uitbreiding van deze incentives in de vorm van bijvoorbeeld benchmarking ziet het Bouwcollege als een welkome aanvulling van het instrumentarium dat moet voorzien in een doelmatige en kwalitatief hoogstaand functioneren van de curatieve gezondheidszorg. In het consultatiedocument is op pagina 6 een definitie opgenomen van het begrip concurrentie of mededinging. Het Bouwcollege heeft geconstateerd dat de definitie niet een eenduidige strekking heeft. Er wordt namelijk niet in absolute zin gedefinieerd wat onder concurrentie wordt verstaan. Er wordt slechts gesteld dat concurrentie beter mogelijk is als aanbieders meer vrijheid hebben in het bepalen van de hoeveelheid, samenstelling, vorm, prijs en/of kwaliteit van het aanbod, aanbieders invloed kunnen uitoefenen op de vraag naar hun product en er voor aanbieders financiële prikkels bestaan om de productie en daarmee de inkomsten te verhogen en de kosten te verlagen. Het ontbreken van een eenduidige definitie kan aanleiding geven tot velerlei interpretaties. Overigens geeft een benadering van de zorg in productmatige termen een te eenzijdig beeld van de zorgbehoefte van patiënten.

Onderstaand wordt op de in het consultatiedocument gestelde vragen ingegaan. Gelet op het takenpakket van het Bouwcollege zijn alleen die vragen beantwoord welke tot het terrein van het Bouwcollege kunnen worden gerekend. Daarbij is de nummering van de vragen in het consultatiedocument aangehouden.

Vraag 1. Verwezen wordt naar bovenvermelde reactie in algemene zin.

Vraag 2. Voor het uitspreken van een verwachting over de vraag of de schaalvergroting zich zal doorzetten is het van belang een onderscheid te maken naar rechtspersonen en locaties waar ziekenhuiszorg wordt aangeboden. Wat betreft de rechtspersonen sluit het Bouwcollege, mede vanwege te behalen efficiency- en kwaliteitsvoordelen o.a. in de IT-sfeer, een verdere schaalvergroting niet uit. Ten aanzien van het aantal locaties zal dit vanwege spreidings- en bereikbaarheidsoverwegingen waarschijnlijk, doch mede afhankelijk van de sturing die hieraan vanuit de overheid wordt gegeven, niet het geval zijn.

Vraag 3. Afgezien van de gemaakte opmerkingen zal het hoofdstuk nog geactualiseerd moeten worden in verband met de gewijzigde regelgeving rond ZBC's die, wat betreft de wettelijke eisen, de toetreding van nieuwe aanbieders heeft vergemakkelijkt en de procedure aanzienlijk heeft vereenvoudigd; overigens mogen ZBC's slechts een beperkt deel van de ziekenhuiszorg voor hun rekening mogen nemen (alleen zorg in dagbehandeling). Voor daadwerkelijke toetreding zullen de financieringsvooruitzichten bepalend zijn.

Macro zullen de mogelijke 'uitvaleffecten' bij reguliere ziekenhuizen voor rekening (blijven) komen van de collectiviteit.

Vraag 4 en 5. Het verbod op het hebben van een winstoogmerk vormt geen belemmering om een ziekenhuis of ZBC te starten en/of externe financiers aan te trekken. Voor ZBC's bestaan er, gezien het aantal verleende vergunningen en de nieuwe instroom aan verzoeken tot vergunningverlening op grond van de recent gewijzigde regelgeving, geen belemmeringen vanwege het verbod op het hebben van een winstoogmerk. Dit ondanks het feit dat voor ZBC's geen contracteerplicht geldt. (Zie ook het antwoord op de vragen 8 en 16). Ook voor ziekenhuizen is het verbod op het hebben van een winstoogmerk geen belemmering om financiers aan te trekken. Sterker nog, vanwege de contracteerplicht en het vergunningenbeleid ex WZV is het voor ziekenhuizen, ook eventuele nieuwe toetreders, juist aantrekkelijk om een goedkope financiering via banken te realiseren, eventueel in combinatie met borging door het waarborgfonds.

In dit verband kan overigens worden gewezen op de problemen die begin jaren '90 ontstonden toen de contracteerplicht voor revalidatiecentra werd afgeschaft. Revalidatiecentra zijn gespecialiseerde instellingen waarvoor een aanzienlijke investering noodzakelijk is. Op dat moment waren banken, vanwege de geringe solvabiliteit, niet meer bereid leningen voor de financiering van bouwinitiatieven te verstrekken. Deze consequentie heeft geleid tot het terugdraaien van het afschaffen van de contracteerplicht. Overigens zijn er ook zonder winstoogmerk voldoende prikkels tot doelmatig werken. Er wordt immers niet alleen efficiënter gewerkt als er sprake is van uitkeerbare winst. Ziekenhuizen hebben ook baat bij doelmatig werken omdat het verschil tussen de opbrengsten en kosten door ziekenhuizen kan worden benut om bijvoorbeeld extra te investeren in zorgvernieuwing of de reserve aanvaardbare kosten (de RAK) aan te vullen of aantrekkelijke voorwaarden voor personeel te creëren. Het aantrekken van vreemd vermogen in de zorg wordt volledig bepaald door de (huidige) institutionele voorwaarden, die een volledige risicodekking geven. Juist de afhankelijkheid van puur economische factoren (solvabiliteit, rentabiliteit, winst, e.d.) en het ontbreken van een gegarandeerde dekking uit tarieven, zal leiden tot stagnatie in de financiering van zorginstellingen die gebruik maken van (zeer) lang lopende leningen. De stagnatie in de opkomst van privé-klinieken in de jaren negentig laat zich

hierdoor verklaren. De paradox is dat juist hun wettelijke inbedding een beter financieringsperspectief heeft gecreëerd (o.a. erkende behoefte en kwaliteit).

Vraag 6. Het is mogelijk dat ziekenhuizen in het kader van de meldingsregeling een buitenpolikliniek realiseren (omdat hun bedden capaciteit daarmee niet wordt vergroot).

Vraag 7. Er zijn, behoudens het beperkte aanbod aan specialisten, geen factoren die de concurrentie tussen reguliere ziekenhuizen en ZBC's beperken. Overigens kunnen ook ziekenhuizen, op grond van de recent gewijzigde regelgeving, onder voorwaarden participeren in een ZBC, en eventueel 'terugconcurreren'.

Vraag 8. Er zijn nauwelijks nog (wettelijke) factoren die het opzetten van ZBC's tegengaan. Ook het feit dat de kapitaallasten niet expliciet volledig vergoed worden (via nacalculatie) blijkt, gelet op het aantal ZBC's dat een vergunning heeft of er een heeft aangevraagd, geen belemmering te vormen; de overige tarieven zijn kennelijk toereikend.

Vraag 9. Het is in theorie mogelijk een WBMV-verrichting, waarvoor een regeling van financiële ondersteuning is ingesteld, uit te voeren zonder deze ondersteuning. Het is aan andere dan de aangewezen ziekenhuizen niet verboden de (bijzondere) verrichting uit te voeren (omdat het geen geplande verrichting is). Zonder de ondersteuning zal een ziekenhuis dit uit de lopende exploitatie of zonder tariefopslag moeten financieren en hiervoor de benodigde knowhow moeten opbouwen.

Vraag 10 en 11. Aangezien WBMV-vergunningen bijna uitsluitend aan de academische ziekenhuizen worden verstrekt is er nauwelijks concurrentie om een WBMV-vergunning. Ook wordt er niet geconcurrerd om de gunst van de patiënt. Er is juist sprake van een verregaande samenwerking (gezamenlijke databank van beschikbare capaciteit) gelet op het beperkte aanbod en de noodzaak van een snelle behandeling.

Vraag 12. De voorlopige conclusies worden door het Bouwcollege niet alle gedeeld. De WZV-vergunningprocedure vormt geen toetredingsbelemmering voor potentiële aanbieders, zeker niet gezien vanuit de facilitering van financiering; de wet proportioneert zorgaanbieders namelijk op een capaciteit die aansluit bij de behoefte 'in de markt' en verzekert deze nagenoeg van een (kostendekkende) afzet. De groei van de ZBC's heeft zich juist onder het WZV-regime gemanifesteerd, niet ten tijde van het zgn. gedoogbeleid met minder gunstige financieringsvooruitzichten. De wet zelf alsmede de geldende beleidsregels differentiëren niet tussen nieuwe aanbieders en bestaande. Een voorbeeld vormt wederom de verlening van vergunningen aan ZBC's. Ook de vergunningsprocedure wijkt niet af bij bestaande en nieuwe aanbieders. De vierde voorlopige conclusie betreft uitsluitend derde compartimentszorg, waarop de WZV niet van toepassing is. De relevantie van deze conclusie wordt om die reden niet ingezien. De vijfde voorlopige conclusie is naar de opvatting van het Bouwcollege ongenueanceerd. De strekking van het vergunningensysteem ex WBMV is namelijk gericht op concentratie vanwege kwaliteit, kosten of ethische factoren. Er is derhalve sprake van gewenste kartelvorming, en Europeesrechtelijk vanuit het volksgezondheidsbelang gerechtvaardigd om dergelijke topklinische voorzieningen op het eigen grondgebied in stand te kunnen houden .

Vraag 16. Een gedeelte van de kapitaallasten is wel in de (neven)tarieven opgenomen. ZBC's mogen bovendien maximumtarieven in rekening brengen. Deze maximumtarieven zijn gebaseerd op een bepaalde case-mix bij ziekenhuizen. De ZBC's hebben in vergelijking met deze case-mix minder risicovolle en daardoor goedkopere patiënten. Dientengevolge kunnen ze met het ruime tarief bij een behoorlijke productie ook de niet officieel vergoede kapitaallasten dekken.

Vraag 35 en 36. Er bestaat bij spoedeisende hulp in de regel geen enkele keuzevrijheid. Concurrentie tussen aanbieders is naar de mening van het Bouwcollege derhalve bij spoedeisende hulp niet mogelijk. Het is naar de opvatting van het Bouwcollege niet denkbaar dat er gespecialiseerde spoedeisende eerste hulpklinieken of ziekenhuisnevenvestigingen ontstaan. In de eerste plaats is er sprake van niet-planbare zorg waardoor de beschikbaarheidskosten hoog zijn. Bovendien is er een nauwe samenhang tussen de verschillende onderdelen van een regulier ziekenhuis, waardoor efficiencyvoordelen te behalen zijn.

Vraag 37 en 38. Bij topreferente zorg wordt een patiënt in de regel door een medisch specialist verwezen naar een collega, waarvan is gebleken dat hij op een bepaald terrein over specifieke deskundigheid beschikt. Het is derhalve te beschouwen als last-resort zorg. Topreferente zorg wordt vrijwel uitsluitend aangeboden in academische ziekenhuizen, vanwege de kwaliteit van de specialisten en de beschikbare apparatuur. Zonder aanzienlijke additionele investeringen in menskracht en apparatuur is een verdere uitbreiding naar de mening van het Bouwcollege niet mogelijk. De geografische markt voor topreferente zorg is aanzienlijk groter dan voor reguliere zorg.

Vraag 39. De geografische markt voor chronische zorg zal in de regel kleiner zijn dan voor niet-chronische zorg. In de regel, vanwege het feit dat het afhankelijk is van de omvang van de vraag naar een specifieke vorm van chronische of niet-chronische zorg.

Vraag 40. Privé-klinieken kunnen uitsluitend derde compartimentszorg leveren. Voor die behandelingen kan ook gebruik worden gemaakt van zgn. hotelherstelbedden. Deze bedden zijn derhalve geen reguliere ziekenhuisbedden, omdat hiervoor sprake moet zijn van tweede compartimentszorg. ZBC's mogen volgens de recente regelgeving slechts tweede compartimentszorg leveren voor zover daarbij sprake is van verrichtingen die in de polikliniek of in dagbehandeling kunnen worden uitgevoerd. De patiënt moet dezelfde dag nog naar huis kunnen (dit komt in de plaats van het 24-uurs criterium).

Vraag 42. Traumatologie en openhartchirurgie zijn verrichtingen die kunnen worden gerekend tot spoedeisende topzorg.

Vraag 44. Qua theorie kan het Bouwcollege zich vinden in de genoemde kenmerken voor het afbakenen van de verschillende markten. De theorie komt evenwel niet altijd overeen met de praktijk. De deelmarkten zijn namelijk niet zo eenvoudig te scheiden als in het consultatiedocument wordt verondersteld. Er blijkt in de praktijk namelijk sprake van een grote onderlinge verwevenheid tussen de onderscheiden markten. Gebouwen, apparatuur en menskracht worden veelal voor meerdere markten ingezet, waardoor het onderscheid slechts beperkt mogelijk is. Bovendien is in de tijd gezien sprake van een grote dynamiek. Behandelingen die 10 jaar geleden als topzorg werden gekarakteriseerd behoren tegenwoordig tot het standaardpakket van ieder ziekenhuis. Ten slotte zijn er afhankelijk van de vraag ook grote verschillen in beschikbaarheidskosten. Een eerste hulp afdeling in Zeeuws-Vlaanderen zal minder efficiënt kunnen functioneren dan een zelfde afdeling in Amsterdam.



Vraag 45 en 46. Voor deze vragen volstaat het Bouwcollege met een verwijzing naar de inleidende beschouwingen en het antwoord op vraag 44.

Wij vertrouwen er op u met bovenstaande zienswijze van dienst te zijn geweest.

Hoogachtend,

de algemeen secretaris,

de vice-voorzitter,

mr. T. Vroon

prof. mr. J.H. Hubben