

De heer mr. F.H.G. de Grave,
voorzitter
CTG-Zorgautoriteit i.o.
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
Email info@zn.nl

Contactpersoon Ir. P.M. van Rooij
Doorkiesnummer 030 – 6988344
Ons kenmerk DZ 2004 0056 proo1 B
Uw kenmerk -
Datum 19 oktober 2004
Onderwerp Consultatiedocument ziekenhuiszorg

Geachte heer De Grave,

Graag voldoen wij aan uw vraag om een reactie te geven op het door uw organisatie opgestelde 'consultatiedocument ziekenhuiszorg'. Na enkele algemene opmerkingen zullen wij vervolgens meer in detail ingaan op het document. Voorzover de consultatievragen niet al in algemene termen zijn beantwoord, zullen wij daar nog specifiek op ingaan. Voorafgaand hieraan willen wij een pleidooi houden voor een goede, heldere taakafbakening tussen NMa en ZAio en een goede afstemming in de besluitvorming. Een voorbeeld daarvan is uw opmerking over het bijeen brengen van informatie over zorgprofielen en -prijzen, waarover wij onlangs met de NMa afspraken hebben gemaakt, maar waarover u blijkbaar een andere mening heeft.

Algemeen

De uitgebreidheid van uw document is illustratief voor de complexiteit van de materie waar het hier over gaat. Daarbij willen wij graag opmerken dat het hier toch vooral nog een theoretische exercitie van de markt betreft, waarbij door u naar ons idee te eenzijdig wordt uitgegaan van een volledige marktwerking. Naar onze mening is essentieel dat wordt onderkend dat daarvan nooit sprake zal zijn, maar dat een deelmarktbenadering noodzakelijk is. Het is niet voor niets dat het ministerie van VWS bezig is afzonderlijke visies te ontwikkelen op electieve, acute en complexe zorg. Wij begrijpen dat het huidige document vooral ingaat op de concurrentie in het B-segment van de ziekenhuiszorg, maar naar ons idee is voor zowel de patiënt, de inkoper als de zorgaanbieder de samenhang en daarmee de interferentie met de andere delen en deelmarkten dermate groot, dat daarin in uw analyse niet voorbij gegaan mag worden. Aan de andere kant gaat uw document weliswaar over het B-segment, maar gaat u ook in op onderwerpen als de regiovertegenwoordiger, de LALO en zorgvernieuwing, die juist niets met het B-segment te maken hebben, maar wel met de andere deelmarkten. Dit soort onderwerpen moet naar ons idee in het document in

het juiste perspectief, in relatie tot deelmarktbenadering en het totaalaanbod van ziekenhuiszorg, geplaatst worden.

In onze reactie op het consultatiedocument van de NMa over curatieve zorg in 2003 hebben wij uitgebreid gereageerd, met name ook op het onderwerp van de deelmarkten. Wij verwijzen u hiervoor dan ook naar de brief die wij hierover destijds aan de NMa hebben gestuurd (bijgevoegd). Wij vertrouwen erop dat de punten in onze brief aan de NMa kunt plaatsen in het kader van uw eigen document.

Een tweede algemene opmerking waarvoor wij uw aandacht vragen, samenhangend met de vorige, betreft de afgrensbaarheid van de in de verschillende segmenten gedefinieerde zorg. Niet alles is zo eenduidig als het lijkt, er kan sprake zijn van kruissubsidiëring en discussies of bepaalde zorg onder een DBC in segment A of onder een DBC in segment B valt. Reeds eerder vroegen wij uw aandacht voor de overlap tussen A en B.

Een derde opmerking betreft de proportionaliteit van de door u voorgestelde informatievragen. Vanuit het oogpunt van beperking van overbodige administratieve lasten maar ook vanuit het oogpunt van de privacywetgeving moet goed gekeken worden of de hoeveelheid en het detail van de door u gevraagde gegevens écht noodzakelijk zijn voor de door u uit te voeren taken. Uit het document wordt ons niet voldoende helder waar de informatiebehoefte precies op is gebaseerd. Het kan niet zo zijn dat op voorhand alle beschikbare informatie landelijk en op het laagste detail wordt opgevraagd en verzameld, zonder dat eerst deze vraag beantwoord wordt. Daarbij willen wij graag uw aandacht vragen voor het onderscheid tussen het bereiken van de gewenste eindsituatie en de overgangsituatie om daar te komen. Wij kunnen ons voorstellen dat er in de overgangsituatie een andere, wellicht gedetailleerdere informatiebehoefte noodzakelijk is dan in de eindsituatie. Wij stellen voor daar in nader overleg tussen partijen nog eens goed naar te kijken en daarbij ook de manier waarop de informatie wordt verzameld en aangeleverd te betrekken. De vanzelfsprekendheid in het document van het gebruik van de MDS en DIS delen wij niet.

Tot slot willen wij graag aandacht vestigen op onze reactie op het onlangs (augustus 2004) door de NMa uitgebrachte consultatiedocument 'inkoopmacht' (bijgevoegd). De strekking hiervan, dat in de zorg feitelijk geen sprake is van 'inkoopmacht' maar juist van 'verkoopmacht' gaat zeker voor ziekenhuiszorg op. Dit zou naar ons idee vertaald moeten worden in de wijze waarop u uw taak gaat uitoefenen en de instrumenten die ontwikkeld moeten worden om tot concurrentie te komen.

Puntsgewijze reactie

Samenvatting

- Eerste alinea: zorg uit zowel het A- als het B-segment wordt zowel in als buiten de ziekenhuizen geboden.
- U gaat ervan uit (vierde alinea) dat de markt vanzelf goed kan werken. Echter, de afgrensbaarheid van het B-segment is wel een punt van zorg.
- Pagina 7 twee na laatste alinea: Uw voorstel om de vereiste van behoefte voor klinische DBC's te laten vervallen begrijpen wij, maar er kleven ook haken en ogen aan. Met name waarschuwen wij voor de relatie met de lumpsummen en de verwevenheid van nieuwe toetreders met 'moederinstellingen'. Het zal ongetwijfeld leiden tot een macro-kostentoename.

Hoofdstuk 1

- In paragraaf 1.3 ontbreekt een analyse van mogelijke afwentelingsproblematiek danwel kruissubsidiëring in het B-segment.

Hoofdstuk 2

- Consultatievraag 1: In uw analyse vragen wij aandacht voor deelmarktbenadering en – segmentering, in relatie tot verschillende besturingsparadigma's die bestaan (zie onze reactie op het consultatiedocument van de NMa). De rol van de overheid lijkt in uw analyse vooral voorwaardescheppend, maar zal op andere deelmarkten wellicht toch meer sturend zijn.

Hoofdstuk 3

- Pagina 24, 2^e alinea: Het voorschrijven van een uniform kostprijsmodel lijkt ons een stap te ver, inzicht in het gehanteerde kostprijsmodel past ons inziens beter.
- Consultatievraag 3: Het beperken van de administratieve lasten is geen doel op zich. Wat wij constateren is dat onder het motto hiervan het verplicht gegevens aanleveren aan het DIS en het MDS als gegeven wordt beschouwd. Hierbij spelen de reeds eerder genoemde punten van proportionaliteit en privacy. Het doel van structurele informatievraag moet van te voren bekend zijn. Voor specifieke onderwerpen kan ook gekozen worden voor incidentele danwel steekproefsgewijze informatieverzameling.

Hoofdstuk 4

- In de analyse bij het ontstaan van de lumpsumhonorering is aangegeven dat medisch specialisten wegens de vele tariefsverlagingen naar de rechter stapten, waarna het experiment met de lumpsumhonorering startte. Cruciaal hierbij is echter geweest dat de tariefsverlaging door de overheid door de rechter werd geaccepteerd.
- Consultatievraag 5: Hier speelt het vraagstuk van schaalvoordelen en krenten uit de pap. Evenals nu zullen er ook bij de segment-B DBC's behandelingen zijn die lucratiever te organiseren zijn dan andere. Wij hebben er echter geen zicht op welke veranderingen zullen gaan optreden. Inzake de urgente (wordt bedoeld acute??) zorg verwijzen wij naar de deelmarktbenadering.
- Consultatievragen 6 t/m 12: Veel nieuwe toetreders zijn hetzelfde maar dan in een nieuw jasje. Het knelpunt zit vooral in de capaciteit aan medisch specialisten. Het lijkt ons geen goed idee de opleidingscapaciteit te vergroten via financiële prikkels. Juist hier geldt dat de overheid de extra instroom dient te faciliteren en daarbij ook moet bepalen voor welke specialismen wordt opgeleid. Er zou bewust overcapaciteit gecreëerd moeten worden om tot een reële vergoeding van specialistische zorg te kunnen komen. De zwaardere toetredingseisen zitten hem vooral in het bredere pakket dat geboden wordt, met name voor klinische en acute zorg. Een mogelijk probleem bij het laten vervallen van de verklaring van behoefte is nog de mogelijkheden die dit biedt voor het ontduiken van het budget- en lumpsumregime. Bij nieuwe toetreders ontstaat bovendien een complexe relatie met de bestaande lumpsummen en is er het probleem van de verwevenheid van nieuwe toetreders met 'moederinstellingen'. Het zal ongetwijfeld leiden tot een macro-kostentoeename.
- Consultatievraag 13: Wij gaan ervan uit dat het de NMa is die beoordeelt of er sprake is van misbruik van een economische machtspositie en niet het CTG/ZAio en daartoe de benodigde informatie verzamelt op het moment dat zij daartoe aanleiding ziet.
- Consultatievraag 14: Bij verticale integratie gaat u vooral in op verzekeraars die integreren met zorgaanbieders. Wij denken echter vooral aan ziekenhuizen die integreren met hun voor- danwel achterportaal in de zorgketen (thuiszorg, verpleeghuiszorg, eerstelijns). Het GMSB is wat ons betreft al een gegeven in de zin dat

er voor de verzekeraar slechts één contractpartij zou moeten zijn. Een structurele gegevensopvraag bij verzekeraars lijkt ons niet nodig.

Hoofdstuk 5

- Consultatievraag 16: Overstapdrempels: graag vragen wij hierbij uw aandacht voor de mogelijke gevolgen van het amendement Schippers inzake de mogelijkheden voor restitutie. Indien het voor zorgverzekeraars als mogelijk gevolg van dit amendement niet mogelijk is te sturen (met positieve danwel negatieve prikkels) op de keuze van verzekeren (restitutie is immers een recht van de verzekerde geworden), komt het selectief (of überhaupt) contracteren van zorgaanbieders in een ander daglicht te staan.
- Consultatievragen 17 t/m 19: Transparantie is van het grootste belang. Ons verbaast de beperking die zorgverzekeraars wordt opgelegd inzake het bijeen brengen van informatie over zorgprofielen en prijzen, zeker gezien het feit dat in de ziekenhuizen sprake is van een 'verkoopmacht' en geen 'inkoopmacht'. Hierover heeft de NMa een andere mening.
- Het verzekeren op elk willekeurig moment mogelijk maken om over te stappen naar een andere verzekeraar leidt niet alleen tot een administratief onuitvoerbare situatie, maar is ook strijdig met de aanbeveling dat verzekeraars verzekeren moeten kunnen sturen op het moment dat de zorg geconsumeerd wordt.

Hoofdstuk 6

- Consultatievragen 20 en 21: Hiervoor verwijzen wij u naar onze reactie op het NMa-consultatiedocument 'inkoopmacht'. Bij segment-B wordt dit nog gecompliceerd door de relatie met het budgetdeel van de zorgaanbieders en het effect op de resterende zorg. Ook speelt de vraag hoe om te gaan met instellingen in financiële problemen? Bij uw voorstel voor monitoring gelden weer de eerdere opmerkingen over proportionaliteit en privacy. Aan nieuwe toetreders zouden dezelfde inhoudelijke kwaliteitseisen gesteld moeten worden als aan het zittend aanbod.
- Consultatievragen 22 t/m 24: Inzake kruissubsidiëring hebben wij al eerder aandacht gevraagd voor de schoning van de budgetten voor B-DBC's.
- Consultatievraag 25: Naast winstmaximalisatie zal veelal sprake zijn van omzet- en opbrengstmaximalisatie.
- Consultatievraag 26: Een probleem is dat er straks geen inzicht meer bestaat in het geheel dat door het ziekenhuis geleverd wordt. Voor de ZN/KPZ-regiovertegenwoordiger ontbreekt immers het inzicht in het B-totaal.
Voor wat betreft de koppeling tussen hoofdverzekering en aanvullende verzekering zijn deze weliswaar formeel strikt gescheiden, maar is er in de praktijk vaak een grote (inhoudelijke) samenhang tussen de twee verzekeringen.
- Consultatievragen 27 t/m 29: zie hiervoor onze reactie op het NMa-consultatiedocument.
- Consultatievragen 30 t/m 33: Voor wat betreft ketensamenwerking en een mogelijk dubbel dienstverband van specialisten is een doorverwijsverbod zowel medisch-inhoudelijk (bijv. bij gespecialiseerde expertise) en qua doelmatigheid niet zinvol. Voor de geconstateerde problemen moet een andere oplossing worden gevonden.
De opmerkingen over regiovertegenwoordigers, LALO en zorgvernieuwing hebben naar ons idee juist geen betrekking op het segment-B. Dit moet worden beschouwd in relatie tot een gedegen complete deelmarktanalyse van de totale ziekenhuiszorg.
De aanbeveling over instellingen in financiële problemen delen wij, echter ook hier geldt dat niet alleen naar segment B gekeken kan worden. Bovendien leert de praktijk dat dit enerzijds politiek gevoelige items zijn en anderzijds dat er voor verzekeraars meestal eigenlijk geen alternatieven zijn.

Wij hopen dat u onze reactie op uw consultatiedocument zult verwerken en zijn uiteraard graag bereid een en ander nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Bos

Bijlagen:

- reactie ZN op consultatiedocument NMa curatieve zorg
- reactie ZN op consultatiedocument NMa inkoopmacht