

College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit io  
De heer mr. F.H.G. de Grave en de heer drs. A.L.M. Barendregt  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk 043447/GENGW/JdJ  
Betreft Consultatiedocument Ziekenhuiszorg  
Datum 27 oktober 2004

---

Geachte heren,

Op 21 oktober heeft de NFU een eerste reactie op hoofdlijnen gegeven op het Consultatiedocument Ziekenhuiszorg. In de bijlage bij deze brief treft u aan een meer gedetailleerde bureaureactie in de vorm van antwoorden op de concrete vragen uit het Consultatiedocument.

Het Consultatiedocument moet nog besproken worden in het NFU-bestuur. Het is mogelijk dat deze bespreking aanleiding vormt voor een aanvullende reactie.

Hopend u hiermede voldoende geïnformeerd te hebben,  
Met vriendelijke groet,

Geranne Engwirda,  
coördinator Sturing& Financiering

## BIJLAGE

Allereerst enkele opmerkingen bij de samenvatting:

- Opvallend is dat de ZAIO zich de mogelijkheid wil voorbehouden aanvullend op activiteiten van de NMa een aantal acties zelf te ondernemen. In het stuk wordt hier nader op teruggekomen en staat dat ZAIO een convenant met de NMa wil afsluiten om een taakverdeling af te spreken. In de huidige setting blijft echter onduidelijk wie nu precies wat gaat beoordelen resp. waar de overloop zit, en op welke punten de zorgautoriteit haar instrumentarium wil gaan inzetten. Zeker waar ze zegt dat zij in wil grijpen wanneer door excessieve prijzen de betaalbaarheid/toegankelijkheid van de zorg in het geding komt, dan wel publieke belangen onvoldoende worden gewaarborgd. Betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, zowel als publieke belangen, zijn containerbegrippen. Een vergelijkbaar probleem doet zich voor t.o.v. de taakafbakening met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, waar de ZAIO ook een convenant wil gaan afsluiten maar ook zelf in ieder geval waar het om transparantie van kwaliteit gaat een aantal slagen wil maken. Opvallend is daarbij (dit komt verderop in dit stuk ook terug) dat de ZAIO toe wil werken naar gegevensverstrekking per product/DBC en per individuele beroepsbeoefenaar. Dat laatste brengt zowel inhoudelijk als feitelijk grote consequenties met zich mee, en roept ook de vraag op welke gevolgen ZAIO denkt dat vervolgens aan kwaliteitsrapportage over een individuele beroepsbeoefenaar verbonden mogen worden. Op dit punt gaat ZAIO niet verder in, terwijl de consequenties groot kunnen zijn. De vraag is hoe deze benadering zich verhoudt tot de ontwikkeling die wordt voorgestaan door de Inspectie om te streven naar het "Blame free reporting" . Ook is onduidelijk wat verzekeraars zouden moeten of kunnen doen met gegevens over individuele beroepsbeoefenaren.
- Hoofdstuk 1.3, blz. 14  
"Aangezien de introductie van prijsconcurrentie betrekking heeft op zorginstellingen, is de analyse vooral gericht op zorginstellingen en de relaties die zorginstellingen aangaan met andere marktpartijen". Hier geeft de ZAIO al aan dat zij bij het kijken naar de markt met name naar de zorginstellingen kijkt, iets wat later in het document ook terugkomt. In het algemeen kan over dit document geconcludeerd worden dat de zorgverzekeraars dan ook "gemakkelijk weg komen", terwijl deze juist in hun markt al veel verdergaand gefuseerd zijn en zeker in regionale marktperspectieven een sterke rol hebben tegenover zorginstellingen. Verzekeraars hebben daarbij in het algemeen landelijke uitwijkmogelijkheden die zorginstellingen in die situaties ontberen.
- 1.4 laatste alinea  
Het consultatiedocument schenkt veel aandacht aan de informatie die nodig is voor haar monitortask. Daarbij komt wel elke malen aan de orde dat de ZAio zo min mogelijk nieuwe administratieve lasten op de Instellingen wil leggen, maar wordt toch een aanmerkelijk aantal uitbreidingen geïntroduceerd. Zeker zodra het over kwaliteit gaat ziet de ZAio voor zichzelf een rol weggelegd die nogal wat extra informatieverschaffing zal eisen, tot op individueel product- en behandelaarniveau.  
Een vergoeding van de voor instellingen aan deze verdere informatieverzameling en -levering verbonden kosten komt echter in het stuk in het geheel niet aan de orde. Zeker waar de ZAio verderop in haar stuk dan ook nog aangeeft dat ze met regelmaat de te rapporteren kwaliteitskenmerken wil gaan variëren, omdat zorginstellingen anders immers alleen maar op de al in de rapportageverplichting opgenomen kwaliteitskenmerken zouden gaan sturen, knelt dit. Hier worden grote lasten opgelegd aan de zorginstellingen, zonder dat ZAio motiveert of de opbrengsten wel in een redelijke verhouding staan tot deze lasten en of eventuele alternatieve mogelijkheden bestaan om een acceptabele informatiestroom tot stand te brengen. Op dit punt lijkt nader overleg met de belanghebbenden zeer gewenst.

- In hoofdstuk 2, paragraaf 2, sub 1 op blz. 18 wordt onderaan de middelste alinea de volgende tekst vermeld: “decentralisatie d.m.v. marktwerking verkleint het risico dat belangrijke informatie over het hoofd wordt gezien en maakt dat de kostbare informatieverzameling die nodig is voor planning op centraal niveau overbodig wordt”. Gezien de aanmerkelijke toename van informatieverplichting die de ZAio nu op wil leggen aan de sector is dit een onterechte (en overigens niet onderbouwde) constatering. Daarbij moet eigenlijk gesteld worden dat planning, c.q. regulering op centraal niveau op basis van dit consultatiedocument gewoon gehandhaafd blijft.
- Hoofdstuk 2, paragraaf 2, sub 2  
In het tweede punt wordt gesproken over de informatieasymmetrie tussen patiënt en verzekeraar enerzijds en de zorgaanbieder anderzijds, waardoor de consument geen goede afweging tussen prijs en zorgkwaliteit kan maken. Hierbij wordt onvoldoende weergegeven dat de consument annex verzekerde annex patiënt een aantal verschillende rollen vervult, en afhankelijk van de rol die op dat moment voor hem overheerst steeds heel verschillende belangen heeft. Om het kort samen te vatten, de verzekerde wil voor een dubbeltje zitten terwijl de patiënt op de eerste rang wil zitten en daar op dat moment een hoop geld voor over zou hebben. Op het moment dat een verzekerde zich bij een verzekeraar meldt kan hij ook niet inschatten met welke zorgaanbieders verzekeraar zal hebben gecontracteerd op het moment dat verzekerde in de toekomst zorg nodig heeft. Daardoor kan de verzekerde de toegang tot het ziekenhuis van zijn eerste keuze worden ontzegd zonder dat hij dat ten tijde van het aangaan van de verzekering kon overzien. Dit schisma, dat eigenlijk in deze opzet doorschuift naar de stellingname van verzekeraar, komt in dit stuk helemaal niet aan de orde.  
Verder wordt niet ingegaan op andere drempels die patiënten hebben om gebruik te maken van ziekenhuisvoorzieningen, zoals tijdsinvestering, stress, soms pijn en ongemak en reiskosten.
- Onder hoofdstuk 2, paragraaf 2, sub 2 bij de conclusies valt op dat de ZAio haar sturende rol wil beperken tot:
  - het aantal aanbieders
  - de mogelijkheid over te stappen
  - en het vermijden van anticompetitief gedrag
 In deze opsomming missen wij nadrukkelijk het aantal afnemers/verzekeraars dat op zich in zijn beperking een forse uitwerking heeft op het goed werken van de markt. Nu de 5 grootste verzekeraars samen al 67% van de markt in handen hebben (zie de tekst van blz. 28 bovenaan) verdient dit naar onze stellige overtuiging meer aandacht dan de ZAio daar nu aan wil geven. Zeker als de focus gericht wordt op regionale situaties zijn marktaandeelen van verzekeraars van meer dan 50 % veel voorkomend.  
Daarnaast moet worden opgemerkt dat verzekeraars voor de B-DBC's momenteel inkoopcombinaties vormen, waardoor bijvoorbeeld bij het Erasmus MC zeven onderhandelingspartijen samen 80% van de B-segmentproductie afnemen.  
  
Binnen dat zevental vinden dan nog twee fusiebesprekingen plaats, als die zich concretiseren, hebben nog maar vijf onderhandelingspartijen samen 80% van de productie B-segment onder zich.

### **Consultatievraag 1:**

Naar mening van de NFU is de beschrijving van bijzondere kenmerken van de ziekenhuiszorg niet volledig en evenwichtig. Allereerst zijn wij van mening dat ten onrechte in het voorliggende consultatiedocument te weinig aandacht wordt besteed aan de positie van zorgverzekeraars, die in het recente verleden al vergaand zijn samengegaan in grotere verbanden. Verderop wordt

aangegeven dat ook in de rol van de regiovertegenwoordiger leidende verzekeraars een sterke rol hebben in de relatie met zorgaanbieders, al stelt de ZAio vervolgens dat de regiovertegenwoordiger blijkbaar niet geacht wordt over B-segment DBC's te spreken (blz. 76). De invloed van deze regiovertegenwoordiger in de onderlinge relaties is daarmee in onze overtuiging echter nog niet weggepoetst. Verder lijkt het ons verstandig hieraan te tekenen dat universitair medische centra (en wellicht ook een aantal zorgaanbieders) ook belangrijke taken hebben buiten de directe patiëntenzorg. Bij wijze van voorbeeld, de B-DBC's zoals die nu vast zijn gesteld door de minister van VWS betreffen ongeveer 2 ½ % van de jaarlijkse productie voor patiëntenzorg voor een UMC, terwijl naast de hoofdtaak patiëntenzorg ieder UMC ook nog de hoofdtaken Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek heeft opgedragen gekregen door de overheid. Door het hele stuk heen komt alleen de nu vrij te geven B-DBC-structuur aan de orde, terwijl dit zelfs voor instellingen die louter patiëntenzorg leveren een relatief beperkt aandeel van hun productie en daarmee hun afwegingen rond positionering etc. betreft.

- Op blz. 25 geeft ZAio aan dat zij een uniform kostprijsmodel als kosten toerekeningsmodel zal introduceren dat verplicht wordt gesteld voor externe verantwoording door ziekenhuizen. Heel verstandig benadrukt het ZAio met klem dat ziekenhuizen niet verplicht zullen worden om dit model ook voor interne doeleinden te gebruiken, noch voor het berekenen van prijzen (waardoor het de ondernemersvrijheid niet zal beperken). Wat kritisch kijkend is het begrijpelijk dat ZAio deze dwang die een te vergaande beperking van beleidsvrijheid zal opleveren op deze manier probeert weg te redeneren, en het de ziekenhuizen nu toestaat er voor eigen rekening een tweede administratief systeem op na te houden. Overigens staat het uniforme kostprijzenmodel geheel ten onrechte in het hoofdstuk 'bestaande instrumenten' opgenomen. Er bestaat grote weerstand tegen.
- Dit model strijdt met de gedachte van marktwerking. Dit instrument, dat voor de invoering van DBC's vergaand ingrijpt in de wijze waarop instellingen hun huishouding willen inrichten, strekt haar werking meteen uit over alle activiteiten van elke instelling. Het lijkt ons feitelijk onhaalbaar om naast dit van boven af opgelegde model ook nog een intern model aan te houden, gezien het feit dat de externe verantwoording immers tot en met controle van externe accountants en eventueel Rekenkamer de nodige data en onderbouwing aan moet leveren. Dit verplicht tot dusdanige doorvoering tot in detailniveau dat de formele vrijheid een eigen schaduwsysteem aan te houden een illusie wordt.
- Onderaan blz. 25 wijdt ZAio een aantal woorden aan het oogmerk de administratieve lasten voor zorginstellingen en zorgverzekeraars te beperken, maar merkt ze op dat haar monitortask onvermijdelijk lasten met zich meebrengt. Over vergoeding van die kosten wordt niet gesproken. Zoals hierboven al op meerdere punten aangegeven is de toename van lasten naar verwachting fors.

### **Consultatievraag 2:**

De beschrijving van de bestaande instrumenten m.b.t. marktwerking in de ziekenhuiszorg is in onze ogen niet volledig. Ter aanvulling moet nog worden gezegd dat een "level playingfield" in onze ogen een uniforme kwaliteitstoets van alle spelers en aanbieders van ziekenhuiszorg eist, wat inhoudt dat zowel ZBC's als privé-klinieken onder dezelfde toets als ziekenhuizen moeten vallen.

### **Consultatievraag 3:**

De brede en diepgaande informatiebehoefte zoals de ZAio deze nu in het stuk verwoordt botst met de veelgenoemde administratieve lastenbeperking. De administratieve lasten hangen samen met de taken die de ZAio zichzelf wil toebedelen c.q. welke uitvoeringsvorm wordt gekozen. Ten onrechte wordt daarbij niet geconcretiseerd wat de lastenverzwaring zal zijn en of de daar tegenover staande baten voor de ZAio deze verzwaring wel rechtvaardigen.

- Op blz. 29 wordt een rapport van Varkevisser et al. geciteerd waarin wordt gesteld dat het aantal levensvatbare kleinschalige ZBC's in Nederland een indicatie is voor de stelling dat de scopevoordelen de scopenadelen (zoals een moeilijkere coördinatie) niet overtreffen. Gezien het feit dat deze bewering verder niet onderbouwd wordt is het lastig hier echt op in te gaan, geconstateerd moet wel worden dat ZBC's aan cherrypicking doen en daardoor (mede gezien de budgetsystematiek waardoor hun kosten van infrastructuur niet op vergelijkbare wijze worden gedekt) in een heel andere situatie zitten dan andere ziekenhuiszorgaanbieders. De vraag is dus of deze vergelijking wel gemaakt kan worden. T.a.v. consultatievraag 5, 'is de beschrijving van schaal en scopevoordelen voor het B-segment voor de ziekenhuiszorg compleet en correct', kan deze opmerking t.a.v. de heel andere positie van ZBC's duidelijk worden gemaakt.
- T.a.v. het Waarborgfonds voor de zorgsector stelt de ZAio voor dat ook ZBC's zouden moeten worden toegelaten tot het fonds. De situatie rond ZBC's is echter aanmerkelijk afwijkend van de situatie rond ziekenhuizen zoals deze op dit moment gemiddeld opereren, o.a. is er een volstrekte onevenredigheid in schaalomvang die een evenredig verschil in risicoprofiel oplevert, en dit zal zich alleen maar versterken indien de mogelijkheid wordt geopend om winstuitkeringen te doen aan de stakeholders van ZBC's. Hier wordt in de argumentatie echter niet op ingegaan door de ZAio.
- Op pagina 35 wordt een beschrijving gegeven van de financiering van de medisch specialistische zorg. In deze beschrijving worden de medisch specialisten in loondienst gemist. In de UMC's alleen al zijn dit een kleine 3000 personen. Tevens besteedt het consultatie document geen aandacht aan de effecten van marktwerking op de inkomens van medisch specialisten en de mogelijke verschillen die gaan ontstaan tussen vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst.
- Op bladzijde 37 geeft ZAio aan dat zij de mogelijkheden om de opleidingscapaciteit voor medisch specialisten te verhogen door financiële prikkels gaat onderzoeken. Ons inziens is het de taak van ZAio om te constateren of deze prikkels er in voldoende mate zijn. De inrichting van het besturingssysteem voor de opleiding van medische specialisten is geen taak voor een Toezichthoudend orgaan, maar van de overheid samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Het Consultatiedocument besteedt daarnaast geen aandacht aan de opleiding van overige beroepsgroepen die van groot belang zijn om voldoende en goede zorg te kunnen bieden. De NFU heeft voor deze overige beroepsgroepen in de afgelopen jaren het Schaarsteoffensief met groot succes uitgevoerd. Verder rept het Consultatiedocument met geen woord over de grote uitbreiding van opleidingsplaatsen (basisartsen en agio's) die in de afgelopen jaren is gerealiseerd. Het document lijkt uit te gaan van de veronderstelling dat de huidige instroom in de medische vervolgoopleidingen wordt geblokkeerd terwijl de feiten volledig tegenovergesteld zijn.

- Blz. 39, 3<sup>e</sup> alinea geeft aan dat ZAio de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen zal onderzoeken, omdat deze relatie de mogelijkheden van concurrentiebevordering beïnvloedt. We zijn het eens met het feit dat de mogelijkheid voor zorginstellingen om zich te positioneren afhankelijk is van de bereidwilligheid van medisch specialisten met een toelatingsovereenkomst, waardoor zorginstellingen met medisch specialisten in loondienst een rustigere positie hebben. De constatering echter dat ziekenhuizen niet de mogelijkheid zouden moeten hebben een medisch specialist toestemming te onthouden om elders praktijk uit te oefenen (dus een concurrent van de eigen instelling te worden) delen wij niet.

Als deze mogelijkheid zal vervallen zouden instellingen juist nauwelijks nog mogelijkheden overhouden om hun eigen organisatie schoon te houden. Het belangenconflict van medisch specialisten die als kernstaf van een ziekenhuis moeten worden beschouwd wordt daardoor ook veel te groot. Daarbij speelt een cruciale rol dat het in de DBC-systematiek het ziekenhuis is dat een geïntegreerd product aanbiedt (inclusief inzet van de medisch specialisten). Om dit goed te kunnen doen moet het ziekenhuis in staat zijn een cruciale productiefactor exclusief aan zich te binden. Het Consultatiedocument lijkt er van uit te gaan dat het wenselijk is om een Amerikaanse situatie te creëren waarbij medisch specialisten werkzaam zijn in verschillende ziekenhuizen en hun ondersteuning “inkopen” bij de ziekenhuizen. Het is zeer de vraag of dit wenselijk is en het is zeker contrair aan de DBC-systematiek zoals die nu wordt ingevoerd.

#### **Consultatievraag 8 en 9:**

Tegen het opheffen van het verbod op een winstoogmerk bij zorginstellingen pleit in onze ogen in ieder geval het feit dat de uitkeringsmogelijkheid aan kapitaalsverschaffers het risicoprofiel van een dergelijke zorginstelling aanmerkelijk aanscherpt. Zeker als de ZAio stelt dat ZBC's ook toegang moeten krijgen tot het Waarborgfonds zit daarin een conflict. (consultatievraag 9)

#### **Consultatievraag 10:**

Als zittende marktpartijen niet meer worden gehoord bij het ramen van de behoefte aan nieuwe medisch specialisten wordt de inbreng van deskundigen in deze planning in onze ogen vervolgens node gemist. Bij het ramen van opleidingsplaatsen is het van belang om de balans te vinden tussen verschillende belangen. Daarnaast is het essentieel om te beschikken over inhoudelijke up to date kennis over ontwikkelingen in de zorg, omdat een inschatting gemaakt moet worden van de personele effecten hiervan op langere termijn. Het Capaciteitsorgaan is hiervoor een goede vorm omdat een combinatie wordt gemaakt van belangen en inhoud. Uiteindelijk beslist de Overheid over de omvang van de capaciteiten en is dus in de positie om de advisering van het Capaciteitsorgaan te wegen.

#### **Consultatievraag 12:**

T.a.v. de voorgestelde maatregel van verlaging van toetredingsdrempels plaatsen wij kantekeningen bij de opmerking dat ziekenhuizen in hun relatie met een medisch specialist geen binding meer zouden mogen opnemen die de medisch specialist verbiedt om buiten het ziekenhuis in concurrerende activiteiten deel te nemen. Als je op een dergelijke manier de sturing op je eigen topkader verliest wordt je dusdanig op achterstand geplaatst dat je t.o.v. concurrenten in behoorlijke problemen kunt komen. Zonder band met je kernstaf valt nauwelijks te werken, in ieder geval niet als geïntegreerd medisch bedrijf.

- Hoofdstuk 4, paragraaf 5, sub.1, laatste alinea: gesteld wordt dat er geen aanwijzingen zijn dat fusies in Nederland zullen leiden tot grote schaal en scopevoordelen. In onze omgeving constateren we dat binnen kleinere ziekenhuizen een aantal kleinere specialismen inmiddels in de problemen zijn gekomen, omdat zij louter op gebrek aan schaalgrootte hun aantrekkelijkheid voor toekomstige werknemers/specialisten hebben verloren, wat leidt tot kwaliteits -en continuïteitsproblemen.
- Bovenaan blz. 41 wordt geconcludeerd dat de mededingingspraktijk in de Verenigde Staten zich door een gebrek aan data over kwaliteit uitsluitend heeft gericht op prijzen. Toch worden er daarna conclusies gepresenteerd, o.b.v. klaarblijkelijk een enkele verwijzing.

#### **Consultatievraag 13 en 14:**

- Hoofdstuk 4, paragraaf 5, sub .3, de ZAio veronderstelt dat de verzekeringsmarkt gekarakteriseerd kan worden als een “tight oligopolie”. Dat betekent dat de

randvoorwaarden in de markten zodanig zijn dat er een risico bestaat dat de ondernemingen welvaartsverminderend gedrag vertonen. ZAio concludeert dat zij deze marktwerking wel zal gaan monitoren maar sluit dan af met de opmerking dat het doel van de monitor is te toetsen of er “daadwerkelijk geen rol is voor ZAio”. Bij de daarop aansluitende consultatievraag 13. kan worden opgemerkt dat een actievere rol t.o.v. de activiteiten van verzekeraars in onze ogen duidelijk voor de hand ligt. Dit wordt versterkt doordat op blz. 53 in de op een na laatste alinea wordt geconcludeerd dat een particuliere zorgverzekeraar wel de mogelijkheid heeft om verticale integratie in de zorgsector te bedrijven. Echter op blz. 44 wordt o.g.v. ervaringen in de Verenigde Staten gemeld dat er geen reden is te veronderstellen dat verticale integratie zal leiden tot uitoefening van marktmacht door verzekeraars. De onderbouwing van deze conclusie is niet in het stuk te vinden, waardoor het bijvoorbeeld ook niet mogelijk is na te gaan of er wel sprake is van vergelijkbare uitgangssituaties. ZAio concludeert vervolgens dat er geen aanleiding is voor aanvullende regelgeving. Consultatievraag 14 heeft hierop betrekking. Zo is bijvoorbeeld onhelder of er in de Verenigde Staten ook sprake is van de in Nederland bestaande “regionale grote partijen” waarbij bijvoorbeeld de verticale integratie door het inzetten van ZBC’s danwel bijvoorbeeld zoals in de huisartsenwereld het neerzetten van eigen huisartsenpraktijken een forse impact kan hebben op de onderhandelbaarheid van de aan de regio gebonden zorgleverancier.

- Hoofdstuk 5, paragraaf 2, sub.2: verwezen wordt naar onderzoek in de Verenigde Staten waarbij selectief contracteren niet meer voorkomt omdat de vertrouwensrelatie tussen consumenten en medisch specialisten groter is dan de vertrouwensrelatie met de zorgverzekeraar. Hier moet weer de vraag gesteld worden of de Nederlandse situatie, waarbij de 5 grootste zorgverzekeraars 67% van de markt in handen hebben en in regio’s zeer grote marktpartijen voorkomen, wel vergelijkbaar is met de situatie in de Verenigde Staten. De ZAio noemt het niet voor niets een “tight oligopolie”.

#### **Consultatievraag 16:**

Bij deze vraag moet worden aangevuld dat de overstap van verzekerden naar een andere zorgverzekeraar, op het moment dat zij ook als patiënt in zorg zijn, gezien de aanvullende polissen en daaraan verbonden overstapbegrenzings naar alle waarschijnlijkheid de nodige knelpunten voor patiënten op zullen leveren. Daarbij is het voor een zorginstelling zo mogelijk nog veel lastiger om zich te gaan oriënteren op andere afnemers, andere producten en zorgprofielen. De overstap voor ziekenhuisinstellingen naar andere afnemers, etc. etc. is ook zeer kapitaalsintensief en aan allerlei vergunningsvereisten verbonden.

- Hoofdstuk 5, paragraaf 3, sub.1; op blz. 53 specificeert de ZAio dat informatie over kwaliteit moet worden aangeboden op het niveau van DBC’s of DBC’s-clusters en bijvoorkeur per behandelaar. De ZAio geeft echter niet aan wat precies de doelstelling is van deze zeer vergaande (en administratief veeleisende) verbijzondering van de informatie. Op blz. 54 geeft ZAio wel aan dat deze eisen “niet volledig overeen” komen met die van andere organisaties die transparantie bevorderen. CTG/ZAio zal daarom zelf ook informatie gaan opvragen en laten publiceren over kwaliteit. Wat ons betreft is het zeer de vraag of ZAio dit zelf moet gaan doen. Het ligt meer in de rede om op dit punt aansluiting te zoeken bij de initiatieven en activiteiten die er zijn en deze waar nodig te stimuleren. Wij vinden dit daarom een aanvechtbaar voorstel.
- In hoofdstuk 5, paragraaf 3, sub 2. geeft de ZAio aan ter voorkoming van het eenzijdig richten door zorginstellingen op die kwaliteitsaspecten die worden gemeten regelmatig de kwaliteitsindicatoren te willen vernieuwen, waarop vervolgens 5 regels later wordt gesproken over het streven te hoge administratieve lasten te voorkomen. Los van de lasten verbonden aan het regelmatig vernieuwen van de indicatoren zal de vergelijkbaarheid van

prestaties uit het verleden door dergelijke wijzigingen ook bemoeilijkt worden. Uit het Consultatiedocument blijkt niet dat ZAio inzicht heeft in de uitgebreide discussie die de sector intern en met de Inspectie heeft gevoerd over de publicatie van kwaliteitsgegevens. De publicatie van kwaliteitsgegevens kan ook veel negatieve effecten oproepen als hier naïef mee wordt omgegaan. Ook dit voorstel verdient dus nadrukkelijk nadere afstemming.

- Onderaan blz. 55 wordt aangegeven dat de ZAio als aandachtspunt bij de beoogde transparantie van kwaliteiten van zorg de Wet Bescherming Persoonsgegevens en het medisch beroepsgeheim onderkent. Daarover zou inmiddels overleg tussen VWS, Zorgverzekeraars Nederland en het College Bescherming Persoonsgegevens zijn opgestart waar de ZAio eveneens bij is betrokken. Wij constateren dat vanuit de kring van zorgverleners en patiënten blijkbaar geen inbreng gevraagd wordt, terwijl ook de WGBO een belangrijk bron van normering op dit punt is.
- Blz. 56. Bovenaan wordt aangegeven dat mogelijke gedragsafstemming tussen zorgaanbieders en verzekeraars onderling een punt van zorg is. Als voorbeeld wordt de ontwikkelde inkoopgids voor DBC's van Zorgverzekeraars Nederland genoemd, waarbij wordt erkend dat de kans groot is dat dergelijke informatie gaat dienen als een richtpunt bij onderhandelingen en daarmee tot gedragsafstemming leidt. Vervolgens constateert ZAio dat de NMa hier haar werk blijkbaar wel goed zal doen, al wordt haar gevraagd criteria nader te specificeren. Voor zichzelf ziet ZAio hier blijkbaar geen rol weggelegd.

#### **Consultatievraag 18 en 19:**

De zeer vergaande concretisering van kwaliteitsinformatie op detailniveau zou aan de orde moeten worden gesteld, met inbegrip van het voornemen de kwaliteitsparameters regelmatig te wijzigen. De vraag is of op beide punten de lasten en effecten verbonden aan deze oogmerken evenredig zijn met de daarmee te realiseren doelen, waarbij de te realiseren doelen van de detailinformatie per behandelaar en DBC nog nader zou moeten worden geopenbaard.

Bij consultatievraag 19 kan wellicht worden aangemerkt dat de transparantie in de zorg verder kan worden vergroot ten bate van zorgverleners, door de verzekeraars openbaar te laten maken met welk percentage zorgaanbieders (per regio gerangschikt) elke individuele verzekeraar heeft gecontracteerd. In de huidige markt is te verwachten dat door hun landelijke positie de zorgverzekeraars een blijvend betere informatiestroom en feedback zullen krijgen dan de zorgverleners die met deze partijen moeten werken.

#### **Consultatievraag 20:**

Hoofdstuk 6.2 (excessieve prijzen) op blz. 61: noemt ZAio twee criteria op basis waarvan prijzen te hoog kunnen worden geacht. Bij de twee genoemde criteria wordt gemeld dat de prijs van een DBC hoog kan zijn in vergelijking tot de prijs van dezelfde DBC op een andere plaats, dan wel op een andere geografische markt, dan wel in vergelijking tot CGAO-tarieven die voorheen gehanteerd werden in sommige ziekenhuizen, zonder dat er verder verbijzonderd wordt dat aan dergelijke prijsverschillen (zeker t.o.v. de arbitraire en op historische gronden vastgestelde CGAO-tarieven) andere prijzen aan de orde kunnen komen. Vervolgens wordt als tweede criterium gesteld dat een DBC-prijs in de beleving van partijen hoog kan zijn, bijvoorbeeld in de perceptie van verzekeraars, ministerie, politiek, media of consument, omdat de betaalbaarheid van de zorg dan in het geding komt. De vraag is of er uit deze tekst moet worden geconcludeerd dat in dergelijke gevallen de ZAio ruimte ziet voor een prijsmaatregel. Overigens wordt ook hier in aansluiting op het antwoord op de consultatievraag 1. aangegeven dat de UMC's gezien hun patiëntenmix, hun organisatiestructuur en hun publieke taken, gemiddeld met een hoger prijsniveau zullen moeten werken. In noot 91. komt deze kantekening nu niet naar voren. Bij de beantwoording van consultatievraag 20. moet dit worden meegenomen.

- Hoofdstuk 6, paragraaf 3 op blz. 65 onder sub 2. wordt gesteld dat om voor alle partijen een gelijk speelveld te creëren de huidige budgetten geschoond dienen te worden tegen uniforme prijzen die uit een kostprijsonderzoek volgen. De mogelijkheid om gemaakte kosten en budgetkorting terug te verdienen zijn niet voor alle ziekenhuizen gelijk, uitgaande van een constant volume. Dit brengt sommige instellingen in een achterstandspositie door de wijze van schoning.

### **Consultatievraag 22:**

Deelt u de analyse van de kruissubsidiëring en de rol die ZAio op dit punt voor zichzelf ziet? Geconstateerd moet worden dat de ZAio een zeer vergaande informatieplicht wil opleggen aan het veld, en daarbij o.a. door het dwingend opleggen van een kostprijsmodel waarin ook regels moeten worden opgenomen voor het gebruik van en toerekenen van kosten van faciliteiten voor zowel A-segment als B-segment heel diep in gaat grijpen in de eigen huishouding van ziekenhuizen. Dat dit onder de noemer marktwerking wordt gevat, waarbij eerder in dit stuk werd gezegd dat juist bij het vervallen van centrale sturing een sterke informatiebehoefte op centraal niveau wordt afgebouwd, roept bij ons grote vraagtekens op. Daarnaast valt op dat de ZAio op deze manier heel gedetailleerde en diepgaande informatie over de ziekenhuisinstellingen krijgt, waarbij de vraag is welke informatie daarvan ze met welke andere partijen gaat delen. In deze gedetailleerdheid van informatie zit een fors risico voor de zorginstellingen, die zich hierbij voor zowel een toezichthouder als wellicht ook andere partijen helemaal bloot moeten geven. Bijvoorbeeld bij toekomstige kortingsacties vanuit het ministerie van VWS kan worden geconstateerd dat de beleidsvrijheid van instellingen door deze detailniveaus fors onder druk kan komen te staan. Met betrekking tot kruissubsidiëring moet nog worden opgemerkt dat een efficiënt zorgproces wordt bevorderd door continue uitwisseling van medewerkers tussen verschillende taken, al naar gelang de capaciteitsbehoefte op enig moment. Bijvoorbeeld de beschikbaarheidsfunctie (nu nog ondergebracht in het A-segment) leidt gezien de aard van spoedeisende zorg tot het aanhouden van een capaciteit die alleen in sommige gevallen geheel wordt benut (een soort 'brandweerfunctie'). Strikte productscheiding zou er toe leiden dat leegloop ontstaat. De opvatting dat kruissubsidiëring in brede zin moet worden bestreden is daarom eenzijdig en gaat te ver.

### **Consultatievraag 25:**

Deelt u de analyse op het onderdeel prijsdiscriminatie en de rol die ZAio op dit punt voor zichzelf ziet? Geconstateerd moet worden dat bij het zich aanmelden van patiënten van niet gecontracteerde verzekeraars, danwel van patiënten van gecontracteerde verzekeraars waarvoor het quotum al vol is waarbij patiënt weigert te vertrekken, een dwang tot prijsdiscriminatie van deze groepen bestaat. Eigenlijk geldt deels ook hetzelfde voor bijvoorbeeld onverzekerden, omdat vooralsnog een zorgplicht is opgelegd aan de ziekenhuizen waar het gaat om 'medisch noodzakelijke zorg'. Contracteervrijheid doorgetrokken op individueel niveau houdt in dat deze zorgplicht voor instellingen moet worden opgeheven. Voor onverzekerde patiënten zou je misschien in de ogen van de ZAio moeten constateren dat prijsdifferentiatie in die zin verplicht is dat je voor deze personen een 0-tarief moet stellen.

- In hoofdstuk 6, paragraaf 5 geeft ZAio een aantal voorbeelden van situaties waarin een zorgverzekeraar met een machtspositie zorginstellingen onder druk kan zetten. Op vergelijkbare wijze kunnen machtige medisch specialisten dergelijke contractvoorwaarden ook hanteren richting zorginstellingen. De teneur van deze alinea geeft echter aan dat in de ogen van ZAio hier voor haar geen rol weggelegd lijkt te zijn, zonder dat er verder motivatie wordt gegeven. Ook hier geeft ZAio blijk van een wat eenzijdige focus op zorginstellingen. Bij consultatievraag 26 kan deze opmerking worden aangetekend.
- Bij hoofdstuk 6, paragraaf 6 wordt gesproken over de inkoopmacht van verzekeraars en concludeert ZAio ook dat zij vooralsnog inkoopmacht niet als een probleem in de zorg ziet, maar geeft wel een monitoringactie aan waarna ze haar rol eventueel kan heroverwegen. Gegevenverstrekking door zorgverzekeraars, zo begrijpen wij uit de tekst, lijkt niet nodig.

- Ook hier vinden wij de focus ten onrechte te weinig op de marktrol van zorgverzekeraars gericht. De vorming van inkoopcombinaties versterkt de dreiging van te grote inkoopmacht nog verder.
- Hoofdstuk 6, paragraaf 7, op blz. 72, derde alinea, geeft ZAio aan dat de vraag of samenwerkingsverbanden wenselijk zijn, te maken heeft met de mate waarin zij bijdragen aan publieke doelen als toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. ZAio sluit echter niet uit dat een samenwerkingsverband wenselijk is gezien vanuit de publieke doelen, maar vanuit het gezichtspunt van prijsconcurrentie verboden zou moeten worden! De vraag is hoe ZAio met deze spanning om zal gaan, moeten wij hier lezen dat wenselijke samenwerkingsverbanden inderdaad op oogpunt van prijsconcurrentie verboden zullen gaan worden als de uitruil in de ogen van ZAio te mager uitvalt voor andere marktpartijen in het 'concurrentiegebied' van het B-segment? De invloed van A-segment, topklinische en topreferente zorg alsook de wetenschappelijke taken van een UMC worden wel of niet meegenomen?!
  - Blz. 76, eerste volle alinea geeft ZAio aan dat de rol van de regiovertegenwoordiger bij verzekeraars geen rede geeft om aanvullend beleid te formuleren, omdat Zorgverzekeraars Nederland desgevraagd heeft gemeld dat de regiovertegenwoordiger geen taken heeft in het B-segment. In onze ogen miskent men hierbij dat de regiovertegenwoordiger toch een andere relatie met zorginstellingen binnen zijn regio heeft dan andere marktpartijen, iets wat overigens nog sterker geldt voor de 'marktleider' in elke regio.

De grootste partijen in het A-segment zullen in beginsel ook de grootste partijen in het B-segment zijn, dit leidt tot vermenging. Dit speelt bij consultatievraag 31 een rol.

Tot slot mist de NFU een opmerking over de zgn. afwentelingsproblematiek. De UMC's hebben de publieke taak om een "last resort" te zijn voor die patiënten die elders om medische redenen niet behandeld kunnen worden. Uit onderzoek en ervaringen in het buitenland is bekend dat bij introductie van een systeem van output financiering "dure patiënten" worden doorgeschoven naar een andere instelling. De UMC's maken zich op dit punt zorgen en zien graag dat ZAio aandacht heeft voor deze mogelijk consequentie van de marktwerking.

-----