

Den Haag, november 2006
Ingrid Liedorp

**Level playing field:
Een nader onderzoek naar verschillen
tussen aanbieders van medisch
specialistische zorg**



Ministerie van Economische Zaken



**Level playing field:
Een nader onderzoek naar verschillen
tussen aanbieders van
medisch specialistische zorg**

Ingrid Liedorp, 410172
ingridliedorp@gmail.com

Den Haag, november 2006

Master's thesis Economics
Aantal woorden: 30.277
Universiteit van Tilburg
Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen
Track Competition and Regulation

Onderzoek uitgevoerd voor:
Ministerie van Economische Zaken
Directoraat-Generaal Economische Politiek
Directie Marktwerking

Onder begeleiding van:
prof. dr. Jan Boone, Universiteit van Tilburg
prof. dr. Eric van Damme, Universiteit van Tilburg
mw. drs. Georgie Friederichs, Ministerie van Economische Zaken
mw. drs. Iris Lackner, Ministerie van Economische Zaken
ir. Arno Faassen, Ministerie van Economische Zaken

“It might be impossible to recognize complete equality if it existed; but inequality is very easy to recognize” (Okun, 1975)

Samenvatting

De ziekenhuissector is onderhevig aan vele veranderingen door de omslag van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. Er wordt marktwerking onder voorwaarden geïntroduceerd: gereguleerde concurrentie. Doel hiervan is om aanbieders de prikkel te geven efficiënter te werken. De traditionele aanbieders (ziekenhuizen) en nieuwe aanbieders (ZBC's), die zich opmaken voor de concurrentiestrijd, roepen de overheid op te zorgen voor een level playing field. Ook in het beleid is het level playing field tussen aanbieders een veelgenoemd thema, zonder dat altijd duidelijk is hoe een level playing field bijdraagt aan het bereiken van de gestelde doelen. De centrale vraagstelling in dit onderzoek is:

Kan de overheid door het creëren van een meer level playing field tussen aanbieders van medisch specialistische zorg, de werking van de zorgmarkt optimaliseren en zo ja, op welke manieren kan zij dit doen?

Een nieuwe definitie

Uit literatuurstudie en gesprekken met experts bleek dat de economische wetenschap geen eenduidige definitie geeft van het level playing field. Bovendien zijn de definities niet goed bruikbaar in de beleidspraktijk. Op basis van onder andere een analyse van de relatie tussen het begrip level playing field enerzijds en concurrentie en welvaartsontwikkeling op lange termijn anderzijds, is een nieuwe definitie van het level playing field gegeven; een definitie die praktisch hanteerbaar is en richting geeft aan het door de overheid te voeren beleid:

Een level playing field is een marktsituatie (een speelveld) waar voor alle partijen die zich in een zelfde positie ten opzichte van die markt bevinden, dat wil zeggen toetreders ten opzichte van toetreders en zittende spelers ten opzichte van zittende spelers, dezelfde regels gelden, waardoor zij een gelijke uitgangspositie hebben om met elkaar te concurreren.

Implicaties van de definitie

- De overheid zou geen andere definitie van level playing field meer moeten gebruiken;
- Het level playing field kent een positieve relatie met welvaart en overheidsingrijpen zal om die reden gericht moeten zijn op het levellen van het speelveld. Dat wil zeggen: gericht op het gelijk trekken van regels voor marktpartijen;
- Asymmetrisch ingrijpen, in sommige gevallen het unlevellen, kan hooguit worden toegepast op een markt in transitie, wanneer concurrentie niet van de grond komt. Asymmetrisch ingrijpen is alleen verantwoord als de markt niet zelf voor een oplossing zorgt en moet bovenal tijdelijk zijn.

Gevolgen voor de zorg

Het begrip level playing field werd vervolgens toegepast op de zorg. Er werd onderzocht welke verschillen bestaan tussen zorgaanbieders. Het bleek echter, dat niet al deze verschillen voortkomen uit regelgeving en om die reden niet allemaal leiden tot een unlevel playing field. Hierdoor is overheidsingrijpen niet in alle gevallen gerechtvaardigd.

Verschillen komen voornamelijk voort uit de bekostiging, waar de budgetsystematiek van het ziekenhuis tegenover de verrichtingensystematiek van ZBC's staat. Tevens zorgen kapitaallasten en de lumpsum voor verschillen tussen zorginstellingen. Daarnaast kwamen er verschillen naar voren in de behandeling van instellingen in de statuten van het Waarborgfonds; bij de afspraken tot bevoorschotting; en in de vergoeding voor het opleiden van specialisten.

Verschillen die er wel zijn, maar niet vallen onder de definitie van het level playing field, zijn de relaties met andere marktpartijen, zoals huisarts, medisch specialist, patiënt en verzekeraar; de aanwezigheid van een spoedeisende hulp; en de schaalvoordelen met betrekking tot kosten van overhead voor ziekenhuizen. Deze verschillen vloeien niet voort uit verschillen in wet- en regelgeving. De verschillen die een unlevel playing field veroorzaken en de gevolgen hiervan, zijn te vinden in het volgende overzicht.

Overzicht van factoren die een unlevel playing field veroorzaken

	Vershil op gebied van	Negatief effect voor	Gevolg
Bekostiging	FB-budgetsystematiek	ZBC	-Vangnet voor ziekenhuis -Kruissubsidiëring is bij ziekenhuizen mogelijk -DBC's dienen bij ziekenhuizen slechts ter declaratie -Zorgverzekeraars zitten door budget aan ziekenhuis vast
	Kapitaallasten	ZBC	Tarieven voor ZBC's moeten kostendekkend zijn, bij ziekenhuizen niet
	Lumpsum	-ZBC -Ziekenhuis	-Verzekeraar zit vast aan ziekenhuis door lumpsum-onderhandelingen / Lage mobiliteit van specialisten -Inflexibele specialisten
Overig	Waarborgfonds	ZBC	ZBC's hebben geen directe toegang tot deelname
	Bevoorschotting	ZBC	ZBC's moeten alternatieve manieren van financiering aantrekken
	Opleidingsfunctie	Ziekenhuis	Topklinische en academische ziekenhuizen worden op verschillende wijze vergoed voor het opleiden

Per verschil werden mogelijke oplossingen voor overheidsingrijpen bekeken. Deze zijn ingegeven door het wegnemen van verschillen in wet- en regelgeving, waardoor een meer level playing field ontstaat. Elke maatregel is bovendien onderzocht op de mogelijkheden om publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid, op een voldoende wijze te borgen. De overheid kan een meer level playing field creëren, doordat VWS:

- 1) doorgaat met ingezette trajecten, zoals de uitbreiding van het B-segment; het afschaffen van het budget; het afschaffen van de lumpsum; het opnemen van kapitaallasten in de DBC-tarieven; het opnemen van honoraria van specialisten in tarieven; en het instellen van een opleidingsfonds;
- 2) andere regels gelijktrekt, zoals het terugtrekken van steun uit het Waarborgfonds; en het op lange termijn afschaffen van de bevoorschottingsmogelijkheden;
- 3) tijdelijk de positie van ZBC's versterkt, onder andere door ZBC's te helpen in de onderhandelingen om tijdelijk bevoorschotting te realiseren; of het eenmalig verstrekken van extra informatie over ZBC's.

Met bovenstaande maatregelen kan een meer level playing field worden gecreëerd, dat bijdraagt aan het bevorderen en optimaliseren van concurrentie tussen aanbieders van medisch specialistische zorg.

Executive summary

The health care sector in the Netherlands is subject to many changes as a result of the switch to a more demand driven structure. As competition is still restricted, this is called regulated competition. The goal of this increased competition is to give incentives to providers of health care to work more efficiently, where advantages will finally be directed at consumers. The traditional providers (hospitals) and the relative new players (ZBC's¹), who are involved in this competition, call for a level playing field. Also in policy programmes, the term level playing field between providers often arises. It is however not always clear what is meant with it or how it can contribute to achieving the set goals. The main research question in this paper is:

Is it possible for the government to optimize the working of the health care market by creating a more level playing field between providers of medical health care, and if yes, which ways are available to do this?

A new definition

Literature and conversations with experts made clear that the economic science had no unambiguous definition of a level playing field. Moreover, definitions were not useful for policy practice. The relation between a level playing field on the one hand, and competition and the development of total welfare in the long run on the other hand, was one of the ways to determine the new definition of a level playing field. This new definition is useful in practice and points at the possibilities for government policy:

A level playing field is a market situation (a playing field) in which all players who are in the same kind of position with respect to the market, i.e. entrants versus entrants and incumbents versus incumbents, are subject to the same set of rules, by which they face an equal point of departure for competition.

Implication of the definition

- The government should no longer use different definitions of the level playing field;
- The level playing field is positively related to welfare, therefore government intervention should be aimed at levelling the playing field, i.e. equalising rules for market players;
- Asymmetric intervention, sometimes called unlevelling, should only be used at a market in transition, when competition does not work well. Asymmetric intervention can only be justified when the market does not take care of the problem itself. Above all, this intervention has to be temporary.

¹ Dutch abbreviation for small, specialised clinics for care (OECD, 2005c); i.e. Independent Treatment Centres

Consequences for the health care sector

The new definition of the level playing field was applied to the health care sector. The paper examined the differences between providers of medical health care. Though, not all of these differences are caused by law and regulation and therefore do not impose restrictions on the existence of the level playing field. Government intervention is in those cases not vindicated.

Differences mainly exist in the way of financing providers. The budget system for hospitals, with which hospitals receive a certain fixed fee, has many advantages for hospitals from which ZBC's do not profit. In their system, ZBC's earn income by what they provide as services. Furthermore, the way of including capital costs; and the lumpsum, the fixed income for medical specialists, imply differences between institutions.

Other differences arise because of the statutes of the Guarantee fund for the health care sector; the agreements for prefinancing; and the reimbursement for education of medical specialists.

The differences that exist, but that do not fall within the scope of the level playing field, can be grouped as relations with other market players, such as general practitioner, medical specialist, patient and health care insurer; the presence of first aid; and economies of scale from which hospitals profit with respect to for example overhead costs. These differences find no origin in law or regulation.

Those dissimilarities which create an unlevel playing field are summarised in the next overview.

Overview of factors which create an unlevel playing field

	Difference in	Negative for	Consequence
Finance	Financing system	ZBC	-Safety net for hospitals -Cross-subsidization in hospitals is possible -DBC's in hospitals serve only the goal of declaration -Health care insurers are stuck to hospitals because of the budget
	Capital costs	ZBC	Tariffs from ZBC's need to cover all costs; this is not the case for hospitals
	Lumpsum	ZBC Hospital	-Health care insurers are stuck to hospitals because of lumpsum-negotiations / Low mobility of medical specialists -Specialists are inflexibel
Other	Guarantee fund health care	ZBC	ZBC's have no direct entry for participation
	Prefinancing	ZBC	ZBC's have to find alternative ways of financing
	Reimbursement for education	Hospital	Topclinical and academic hospitals are compensated for their education function in a different way

A next step in the paper was to determine a solution for government intervention for discrepancies. These solutions were based on reducing differences in regulation, by which a more level playing field can be created. Each of these solution was checked for the possibilities to sufficiently secure the public interests: quality, accessibility and efficiency. The government can create a more level playing field when the Ministry of Health, Welfare and Sport:

- 1) continues established projects, such as expanding the B-segment; abolishing the budget; abolishing the lumpsum; integrating capital costs in DBC-tariffs; integrating fees for specialists in tariffs; and introducing a fund for education of medical specialists;
- 2) equalizes other rules, such as withdrawing government aid from the Guarantee Fund; and abolishing the system of prefinancing in the long run;
- 3) strengthens the position of ZBC's temporarily, for example by helping ZBC's in their negotiations with insurers to get a temporary method of prefinancing; and by providing additional information about ZBC's on a one-time basis.

With the proposed recommendations the government can create a more level playing field, which will stimulate and optimize competition between providers of medical health care.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Executive Summary	9
Inhoudsopgave	13
Lijst van figuren	17
Voorwoord	19
1 Introductie	21
1.1 Inleiding en achtergrond onderzoek	
1.2 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen	
1.3 Onderzoeksmethodiek	
1.4 Afkortingen en begrippenlijst	
1.5 Leeswijzer	
2 Introductie in de markt voor medisch specialistische zorg	25
2.1 De zorgmarkten	
2.1.1 Zorgverzekeringsmarkt	
2.1.2 Zorginkoopmarkt	
2.1.3 Zorgverleningsmarkt	
2.1.4 Onderlinge afhankelijkheid	
2.2 Publieke belangen in de zorgsector	
2.3 Recente veranderingen	
2.3.1 Marktwerking op de zorginkoopmarkt	
2.3.2 Marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt	
2.3.3 Marktwerking op de zorgverleningsmarkt	
2.3.4 Toezicht op de markt en institutioneel kader	
2.4 Beschrijving van de markt	
2.4.1 Ziekenhuizen	
2.4.2 Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)	
2.4.3 Zorgbv's en privéklinieken	
2.4.4 Aanbod zorg: groei, spreiding en specialismen	
2.4.5 Samenvatting	
2.5 Samenvattend	
3 Level playing field	43
3.1 Wat is een level playing field?	
3.1.1 Level playing field in termen van uitkomst	
3.1.2 Level playing field in termen van regels	
3.1.3 Conclusie	
3.2 Level playing field en economische theorie	
3.2.1 Level playing field, concurrentie, efficiëntie en welvaart	
3.2.2 Level playing field en toetredingsbelemmeringen	
3.2.3 Level playing field, toetredingsbelemmeringen en welvaart	

- 3.2.4 Conclusie
- 3.3 Overheidsingrijpen
 - 3.3.1 Manieren van overheidsingrijpen
 - 3.3.2 Kosten van overheidsingrijpen
 - 3.3.3 Het nastreven van een level playing field
 - 3.3.4 Conclusie
- 3.4 Level playing field toegepast
 - 3.4.1 Level playing field bij veilingen
 - 3.4.2 De telecomsector: verlaging van toetredingsbelemmering of een meer level playing field?
 - 3.4.3 Level playing field en Universele dienstverlening (UDV)
- 3.5 Conclusie

4 Verschillen tussen zorgaanbieders 69

- 4.1 Verschillen I: de bekostigingssystematiek
 - 4.1.1 Het budget
 - 4.1.2 Kapitaallasten
 - 4.1.3 Koppelverkoop en kruissubsidiëring
 - 4.1.4 Lumpsum voor medisch specialisten
- 4.2 Verschillen II: relatie met andere marktpartijen
 - 4.2.1 Patiënten
 - 4.2.2 Huisartsen en andere verwijzers
 - 4.2.3 Verzekeraars
 - 4.2.4 Medisch specialisten
- 4.3 Verschillen III: overige verschillen
 - 4.3.1 Het Waarborgfonds
 - 4.3.2 Bevoorschottingsafspraken
 - 4.3.3 Schaalvoordelen
 - 4.3.4 Spoedeisende hulp
 - 4.3.5 Opleidingsfunctie
 - 4.3.6 Aanbod van klinische zorg
- 4.4 Verschillen en het level playing field
- 4.5 Conclusie

5 Overheidsingrijpen 89

- 5.1 FB-systematiek
 - 5.1.1 Oplossingen voor een unlevel playing field door de FB-systematiek
 - 5.1.2 Publieke belangen bij veranderingen in de bekostiging
 - 5.1.3 Conclusie: implementatie van de nieuwe bekostiging
- 5.2 Kapitaallasten
 - 5.2.1 Oplossing voor een unlevel playing field door kapitaallasten
 - 5.2.2 Publieke belangen en integrale tarieven
 - 5.2.3 Conclusie: nivelleren door integrale tarieven
- 5.3 Lumpsum
 - 5.3.1 Oplossing voor een unlevel playing field door de lumpsum
 - 5.3.2 Publieke belangen bij afschaffing van de lumpsum
 - 5.3.3 Conclusie: minder schaarste ten behoeve van een meer level playing field
- 5.4 Waarborgfonds

5.4.1	Oplossing voor een unlevel playing field door de regels van het Waarborgfonds	
5.4.2	Publieke belangen en het Waarborgfonds	
5.4.3	Conclusie: meer gelijkheid	
5.5	Bevoorschotting	
5.5.1	Oplossing voor het weigeren van verzekeraars tot het geven van bevoorschotting	
5.5.2	Publieke belangen en mogelijke bevoorschotting	
5.5.3	Conclusie: afschaffen van bevoorschotting	
5.6	Opleidingsfunctie ziekenhuizen	
5.6.1	Oplossing voor een ongelijk speelveld door een opleidingsfunctie	
5.6.2	Publieke belangen en het opleidingsfonds	
5.6.3	Conclusie: een opleidingsfonds voor een meer gelijk speelveld	
5.7	Overzicht en conclusies	
6	Conclusies en aanbevelingen	107
6.1	Conclusies	
6.1.1	Het level playing field en de relatie met welvaart	
6.1.2	Factoren die een unlevel playing field veroorzaken	
6.1.3	Oplossingen voor factoren die een unlevel playing field veroorzaken	
6.1.4	Onderzoeksconclusie	
6.2	Aanbevelingen	
	Afkortingenlijst	119
	Begrippenlijst	121
	Interviewlijst	125
	Literatuurlijst	127

Lijst van figuren

Figuur 2. 1 Driemarktenmodel

Figuur 2. 2 Ontwikkeling aantal ZBC's

Figuur 2. 3 Aanbod specialismen in ZBC's

Figuur 2. 4 Indeling zorg naar planbaarheid en complexiteit

Figuur 2. 5 Spreiding ZBC's

Figuur 2. 6 Spreiding en bereikbaarheid ziekenhuizen (schatting RIVM)

Figuur 3. 1 Level playing field in termen van regels vs welvaart

Figuur 3. 2 Level playing field in termen van uitkomst vs welvaart

Figuur 3. 3 Level playing field in termen van regels, toetredingsbelemmeringen en welvaart

Figuur 3. 4 Symmetrisch versus asymmetrisch ingrijpen

Figuur 4. 1 Financiering A- en B-segment

Figuur 4. 2 Overzicht van factoren die het bestaan van een level playing field verhinderen

Figuur 5. 1 Publieke belangen en voorgestelde veranderingen

Figuur 5. 2 Symmetrisch versus asymmetrisch ingrijpen

Figuur 5. 3 Overzicht van het effect van oplossingen op het speelveld

Figuur 6. 1 Overzicht van belemmeringen op het level playing field

Figuur 6. 2 Overzicht van ontwikkelingen op een markt in transitie

Figuur 6. 3 Overzicht van het effect van oplossingen op het speelveld

Figuur 6. 4 Aanbevelingen voor ingrijpen

Figuur 6. 5 Toename van welvaart door een meer level playing field

Voorwoord

Voor u ligt mijn master thesis: een afsluitende scriptie na vier jaar studie aan de Universiteit van Tilburg. Dit onderzoek is het resultaat van een stageperiode bij het Ministerie van Economische Zaken van april 2006 tot november 2006.

Na mij drie jaar te hebben verdiept in onder andere het bankwezen en de financiële wereld in de Bachelor International Economics and Finance, besloot ik, na een semester in Frankrijk te hebben gestudeerd, over te stappen naar de Master Economics. Ik besloot mij te specialiseren door de track Competition & Regulation te volgen. Mededinging, de handhaving hiervan en regulering van markten had mijn aandacht en ik wilde mij graag hierin verdiepen. Een stage bij het Ministerie van Economische Zaken, waar onder andere mededinging en de liberalisering en regulering van verschillende markten centraal staan, was een goede mogelijkheid om meer van de praktijk te leren. De zorgmarkt was een markt waar ik bij aanvang van mijn stage nog vrijwel niets van wist en ik heb dan ook heel wat uurtjes doorgebracht om meer te weten te komen over deze complexe markt die volop in ontwikkeling is. Een onderzoek naar de verschillen tussen zorgaanbieders, om uiteindelijk concurrentie op dit deel van de zorgmarkt te bevorderen, was een uitdaging, maar paste zeker bij mijn interesses.

Ik wil op deze plaats ten eerste EZ Directie Marktwerking en specifiek Marc Hameleers, bedanken dat er voor mij de mogelijkheid was om stage te lopen. Mijn stage vormde een leerzame, interessante maar ook zeer gezellige periode.

Met name mijn begeleiders van EZ: Iris Lackner en Arno Faassen en daarnaast projectleider zorg Georgie Friederichs, die tijdens het zwangerschapsverlof van Iris de begeleiding voor haar rekening nam, wil ik bedanken voor de talrijke momenten van overleg, hulp en advies. Arno, tevens bedankt voor je geduld tijdens alle keren dat je mij de complexe bekostigingsstructuur van ziekenhuizen of andere zaken moest uitleggen.

De Kennisgroep Zorg met de daaruit volgende samenwerking voor andere projecten, wil ik bedanken voor kennisoverdracht en inspiratie. Alle overige medewerkers en stagiair(e)s zorgden voor de fijne sfeer op de directie. Onder andere Arno Faassen en Marcella Petri zijn het levende voorbeeld dat ambtenaren niet saai zijn: bedankt voor alle gezelligheid en lol die ik met jullie (gehad) heb!

Een woord van dank bovendien aan de gesprekspartners bij ziekenhuizen, ZBC's en de overige instanties, die de tijd namen om mij te woord te staan.

Daarnaast is er reden genoeg om Jan Boone, mijn begeleider namens de universiteit, te bedanken voor zijn adviezen bij het lezen van alle hoofdstukken. Eric van Damme wil ik dank zeggen voor de

verwijzing naar de Encore-website, waarop de vacature voor stagiair(e) bij EZ stond, en voor het feit dat hij tweede lezer van mijn scriptie is.

Het is onmogelijk mijn ouders niet te bedanken voor de altijd aanwezige steun die zij vormen. Hoewel ik graag zelfstandig mijn gang wil gaan, had mijn studie lastig geweest zonder hen. Hun kritische en aanmoedigende houding tijdens het schrijven van mijn scriptie, zorgde voor een steuntje in de rug.

Vrienden en studiegenoten wil ik bedanken voor de interesse die zij hadden in mijn stage en scriptie en in de samenwerking en gezelligheid tijdens vier jaren van studie.

Ingrid Liedorp

november 2006

1 *Introductie*

1.1 Inleiding en achtergrond onderzoek

Na liberaliseringsprocessen in, onder andere, de telecommarkt en de energiemarkt, is ook de zorgsector opengesteld voor concurrentie. Op 1 januari 2005 werd ongeveer 10% van de prijzen, die voorheen door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) werd vastgesteld, vrijgelaten voor onderhandeling op de zorginkoopmarkt. Dit zogenaamde B-segment vormde het begin van de geplande marktwerking in de zorg. Op 1 januari 2006 werd tevens concurrentie tussen zorgverzekeraars geïntroduceerd. Consumenten werden daardoor geprikkeld om een kritische keuze te maken op de zorgverzekeringsmarkt en zo zorgverzekeraars efficiënter te laten werken.

Naast deze recente ontwikkelingen, is het ook zeer belangrijk dat er voldoende keuze is in het zorgaanbod. Hierdoor kan ook meer marktwerking op de zorgverleningsmarkt ontstaan. Het opheffen van de contracteerplicht² was daarbij één middel om meer concurrentieprikkels tussen zorgaanbieders te bewerkstelligen. Concurrentie en vergrote keuzemogelijkheden in het zorgaanbod komen, in het licht van het driemarktenmodel³, ten goede aan alle partijen.

In de afgelopen jaren zijn er, onder invloed van de vergrijzing en de enorme wachtlijsten, initiatieven gekomen voor zorginstellingen naast de traditionele ziekenhuizen. Deze zogenaamde Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's), richten zich vaak op één of meer specifieke behandelingen. Zij zijn kleiner en flexibeler dan de grote ziekenhuizen en kunnen daardoor vaak efficiënter en goedkoper zorg leveren, wat, theoretisch gezien, aantrekkelijk is voor het verkrijgen van contracten met zorgverzekeraars. Dit levert voor ziekenhuizen prikkels op om hun zorg doelmatiger in te richten en zo weerstand te bieden aan de concurrentiedruk.

Echter, ZBC's hebben ook te maken met regelgeving die verschilt van die van ziekenhuizen en die mogelijk beperkend werkt. Zo werd er in De Telegraaf van 21 februari 2005 beschreven hoe Henk Ruis, directeur en gynaecoloog van vruchtbaarheidscentrum Geertgen in De Mortel, elke keer tegen regelgeving voor ZBC's aanloopt, die belemmerend werkt voor het dagelijks functioneren van zijn kliniek. Het was hem bijvoorbeeld verboden om klinische behandelingen uit te voeren en om medicijnen te verkopen vanuit een ZBC. Ruis zegt dat concurrentie met ziekenhuizen vals is en "Het begint te rieken naar het uitbuiten van een monopolie". Hij vervolgt: "Als minister Hoogervorst wil dat ZBC's concurreren met ziekenhuizen, moet hij dat ook zeggen: hij moet ons voor de wet gelijk stellen."

² De contracteerplicht wordt behandeld in paragraaf 2.3.1.

³ Zie paragraaf 2.1.

Vanuit dergelijke uitingen is bij het Ministerie van Economische Zaken (EZ) de vraag gerezen in hoeverre er sprake is van een level playing field op deze markt. Het kabinet wil een zorgstelsel dat betaalbaar en toegankelijk is en bovendien een goede kwaliteit levert. Een van de manieren om deze publieke belangen te waarborgen, is het introduceren van concurrentie onder randvoorwaarden: gereguleerde concurrentie. Concurrentie betekent dat verschillende partijen actief zijn om zorg te leveren en dat zij proberen dit zo goed mogelijk en zo efficiënt mogelijk te doen. Toetreding moet daarbij ook mogelijk zijn.

De vraag die ontstaat, is of spelers op de markt voor medisch specialistische zorg wel op een level playing field opereren. En wat is nu precies een level playing field? De term wordt veel gebruikt, maar kent geen eenduidige definitie. Ondanks de recente verruiming in de regelgeving voor ziekenhuizen en ZBC's, is het nog steeds wenselijk om een meer level playing field te creëren. Dit zou een volgende stap kunnen zijn in het liberaliseringsproces.

1.2 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Het onderzoek richt zich op het level playing field tussen verschillende aanbieders van medisch specialistische zorg, die tweedecompartiment zorg leveren: ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.⁴ Hoewel de verhouding tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar enkele malen kort aangehaald zal worden, is dit onderzoek niet gericht op het speelveld tussen die laatste twee partijen. Immers, in dat geval zou het gaan om het creëren van voldoende countervailing buyer power om machtsposities van de ene ten opzichte van de andere speler te voorkomen. Het speelveld tussen zorgaanbieders onderzoekt juist of er verschillen tussen de spelers bestaan waardoor een van beide niet op een gelijke manier kan concurreren en zich daardoor in een nadelige positie bevindt.

De centrale vraagstelling in dit onderzoek is:

Kan de overheid door het creëren van een meer level playing field tussen aanbieders van medisch specialistische zorg, de werking van de zorgmarkt optimaliseren en zo ja, op welke manieren kan zij dit doen?

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren en analyseren van verschillen tussen zorgaanbieders op de markt voor medisch specialistische zorg en op basis daarvan het doen van aanbevelingen. Overheidsingrijpen kan gericht zijn op het wegnemen van verschillen indien deze veroorzaken dat er een unlevel playing field ontstaat. Hierdoor kan de werking van de zorgmarkt worden bevorderd en geoptimaliseerd.

⁴ Er is bewust gekozen om de sectoren van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) in dit project buiten beschouwing te laten. Deze markt kan eventueel in een vervolgonderzoek aan bod komen.

De onderzoeksvragen die hiertoe zullen worden beantwoord zijn:

- 1) Wat is een level playing field en welke relatie kent het level playing field met concurrentie en welvaart?

- 2) Welke factoren zijn er aan te wijzen die veroorzaken dat er sprake is van een unlevel playing field tussen aanbieders van medisch specialistische zorg?

- 3) Wat zijn maatregelen waarmee de overheid verschillen, die veroorzaken dat er sprake is van een unlevel playing field, kan verminderen of wegnemen, ten bate van concurrentie en welvaart, zonder daarbij publieke belangen in gevaar te brengen?

1.3 Onderzoeksmethodiek

Om bovenstaande vragen te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden:

- a) Theoretisch literatuuronderzoek: research van de economische theorieën die relevant zijn voor het project;
- b) ‘Empirisch’ literatuuronderzoek: het verkrijgen van informatie uit onderzoeksrapporten, kamerstukken en andere ‘toegepaste’ literatuur;
- c) Interviews: met een aantal ziekenhuizen, ZBC’s en andere (markt)partijen.

Literatuuronderzoek dient om een algemeen en theoretisch beeld te geven van een level playing field. Het theoretisch onderzoek wordt voornamelijk aangewend ten behoeve van de economische aspecten in het theoretisch kader. Het betreft artikelen met een onderwerp aansluitend aan level playing field, regulering van markten of toetredingsbarrières.

Het empirisch literatuuronderzoek, waaronder onderzoeksrapporten en kamerstukken, dient als input voor de overige hoofdstukken, zoals de beschrijving van de markt voor medisch specialistische zorg, de belemmeringen die voor de verschillende spelers bestaan en de plannen die minister Hoogervorst heeft gemaakt om meer marktwerking in te voeren. De toegepaste literatuur geeft een beeld van de huidige problemen en ontwikkelingen in de zorg.

Tenslotte zijn er de interviews. Doel van deze interviews is om de situatie te schetsen van de mate waarin ziekenhuizen en ZBC’s met elkaar concurreren. Ervaringen van ziekenhuizen en de relatief nieuwe ZBC’s kunnen een beter beeld geven van de mate van level playing field op de markt, dan een puur theoretische benadering. De interviews dienen dus ter ondersteuning en ter illustratie, teneinde meer inzicht in de verschillen tussen zorgaanbieders te verkrijgen. Hiertoe zijn verschillende partijen

geïnterviewd, waaronder negen zorgaanbieders, waarvan vier ziekenhuizen en vijf ZBC's. Deze zorginstellingen zijn gekozen op basis van locaties, maar overigens willekeurig.

Het voordeel van interviews is dat verkregen informatie recent is en een reëel beeld schept van wat er speelt onder ziekenhuizen, ZBC's en andere marktpartijen die met hen te maken hebben. Belangrijk is daarbij, ook al gaat het om subjectieve uitingen, om zo objectief mogelijk de resultaten weer te geven. Tevens ligt de respons bij interviews hoger dan bij schriftelijke enquêtes; is het mogelijk om door te vragen op antwoorden; en kan non-verbaal gedrag worden opgemerkt. Een nadeel is dat het relatief meer tijd kost om interviews af te nemen en te verwerken dan bij een gestandaardiseerde vragenlijst.

Op basis van de theorie, de empirie en de interviews, is een beeld geschetst van de belangrijkste verschillen die spelen op de markt en van de factoren die het bestaan van een level playing field verhinderen. Voor die factoren die een unlevel playing field veroorzaken, worden oplossingen gezocht, waarna beleidsaanbevelingen worden gedaan.

1.4 Afkortingen en begrippenlijst

Achterin dit onderzoek is een overzicht met afkortingen en begrippen opgenomen, ter verduidelijking van een aantal (veelgebruikte) termen.

1.5 Leeswijzer

Het vervolg van dit onderzoek zal zich richten op het level playing field in de zorgsector. In hoofdstuk 2 wordt daartoe eerst een introductie gegeven in de zorgsector. Een aantal recente ontwikkelingen wordt gepresenteerd, waarna de aanbieders op de markt voor medisch specialistische zorg worden uitgelicht.

Een derde hoofdstuk zal het theoretisch kader uitwerken. Dit hoofdstuk zal op basis van een aantal afwegingen de definitie van het level playing field introduceren. Bovendien zal duidelijk worden dat er uitzonderingen bestaan op het nastreven van een level playing field.

Vervolgens wordt dit kader in hoofdstuk 4 op de markt voor medisch specialistische zorg gelegd. Er zal onderzocht worden welke verschillen tussen zorgaanbieders bestaan en welke hiervan te maken hebben met het level playing field, zoals gedefinieerd in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 5 sluit hierop aan door voor die factoren die een unlevel playing field veroorzaken, oplossingen aan te dragen, die bovendien ruimte open laten om publieke belangen op voldoende wijze te borgen.

Afsluitend zal hoofdstuk 6 conclusies en aanbevelingen voor overheidsingrijpen presenteren.

2 *Introductie in de markt voor medisch specialistische zorg*

De zorgsector is een complexe markt. Dit komt door de vele publieke belangen die er geborgd dienen te worden, de hoeveelheid en de complexiteit van de producten en de recente veranderingen die op deze markt spelen.

Voor het vervolg van deze scriptie is het van belang om meer inzicht te krijgen in de werking van deze markt en meer specifiek, de markt voor medisch specialistische zorg. Het is bijvoorbeeld belangrijk om te begrijpen wat de rol is van de spelers op de markt en op welke manier zij met elkaar in contact staan. Dit wordt beschreven in paragraaf 2.1.

Daarnaast heeft de overheid ooit wet- en regelgeving ingevoerd met het doel bepaalde publieke belangen te borgen. Een kort overzicht van deze publieke belangen is te vinden in paragraaf 2.2.

Een derde paragraaf in dit hoofdstuk zal de recente veranderingen van de stelselwijziging zorgsector bespreken. Deze veranderingen moeten worden gezien in het licht van de overschakeling van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd zorgstelsel.

Paragraaf 2.4 zal de markt voor medisch specialistische zorg bespreken, waar dit onderzoek zich op richt. Ziekenhuizen en ZBC's, alsmede hun belangrijkste kenmerken zullen gepresenteerd worden. In de laatste paragraaf, paragraaf 2.5, worden de belangrijkste punten uit het hoofdstuk samengevat.

2.1 De zorgmarkten

Op de zorgmarkt is geen sprake van een 'normaal' vraag-en-aanbod model, omdat betaling van de verrichte dienst door een andere partij gebeurt dan de ontvanger. Er zijn drie partijen te onderscheiden, die onderling met elkaar te maken hebben. Veelal worden deze relaties weergegeven door middel van een driehoek, zie Figuur 2.1. Hierdoor ontstaan er drie markten: de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt.

2.1.1 Zorgverzekeringsmarkt

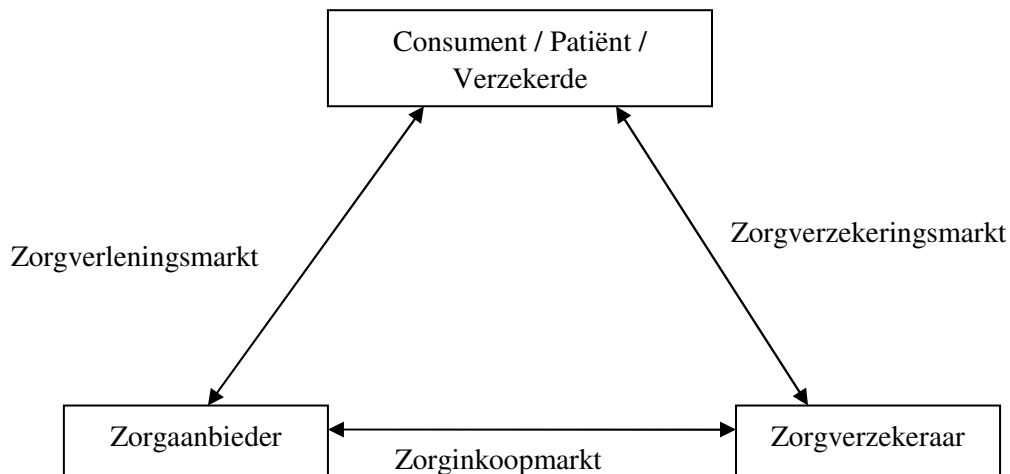
Op de zorgverzekeringsmarkt komen consument en zorgverzekeraar met elkaar in contact en kan de consument kiezen voor een bepaalde zorgverzekeraars, op basis van de door de verzekeraar vooraf opgestelde polisopties.⁵ Naast een kritische keuze van de individuele consument zorgen collectieve contracten, waarbij een werkgever een bepaalde polis aan zijn werknemers aanbiedt, voor competitieve druk door onderhandelingen met de verzekeraar. Bij de eerste onderhandelingen in 2006

⁵ Hoewel de inhoud van het basispakket gelijk is gesteld onder zorgverzekeraars, kunnen de hoogte van de premie en de hoogte van het eigen risico verschillen. Tevens kan een aanvullende verzekering worden afgesloten.

vormden deze collectiviteiten een belangrijke reden voor switchgedrag van consumenten. (NZA i.o., 2006)

De pijlen op deze markt staan enerzijds voor een stroom van de verzekeraar naar de consument in de vorm van een levering van een polis en vergoeding van behandeling. Anderzijds betaalt de consument premies aan de verzekeraar.

Figuur 2.1 Driemarktenmodel



2.1.2 Zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt onderhandelen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de hoeveelheid behandelingen die gecontracteerd worden⁶ en, in geval van het B-segment⁷, over de prijzen waartegen behandelingen worden uitgevoerd. Op basis van deze contracten kan de zorgverzekeraar zijn polissen opstellen.

Het doel van de huidige marktwerking is om de zorgverzekeraar te prikkelen om die zorgaanbieders te contracteren, die een goede kwaliteit leveren tegen een aantrekkelijk tarief. Het wegvallen van de contracteerplicht per 1 januari 2006 was een maatregel om verzekeraars de vrijheid te geven om kritisch te kunnen kiezen. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005d)

2.1.3 Zorgverleningsmarkt

Op de zorgverleningsmarkt ontmoeten zorgaanbieders en patiënten elkaar. Patiënten kunnen hier een keuze maken bij welke instelling zij hun zorg afnemen. Hierbij kunnen ze op verschillende aspecten letten, zoals reistijd, specialismen van het ziekenhuis, wachttijden, service en tarieven. Dit kan aanbieders prikkelen om met elkaar te concurreren voor de gunst van de patiënt. Zorgaanbieders van

⁶ In werkelijkheid speelt volume slechts een kleine rol in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Zij overleggen namelijk over de parameters waarop het budget van het ziekenhuis is gebaseerd. Uitleg over het budget wordt gedaan in paragraaf 4.1.

⁷ Voor uitleg over het B-segment, zie paragraaf 2.3.

verzekerbare zorg, die in dit onderzoek centraal staan, zijn ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.⁸

2.1.4 Onderlinge afhankelijkheid

In dit onderzoek staan de verschillen tussen zorgaanbieders centraal. Echter, door beleid en ontwikkelingen worden al snel alledrie de markten beïnvloed. De consument moet kritisch een keuze maken voor een zorgverzekeraar en bepaalde zorgaanbieders. De verzekeraar ondervindt hierdoor een prikkel om aanbieders met een goede prijs/kwaliteitverhouding te contracteren, zodat hij consumenten een aantrekkelijke premie kan aanbieden, zodat zij bij hem willen verzekeren.⁹ Aanbieders worden op die manier geprikkeld om efficiënt te werken, zodat zowel verzekeraars als patiënten de zorg af willen nemen.

Voordelen van het systeem, zoals lagere premies en kwalitatief betere zorg, kunnen zo uiteindelijk doorvloeien naar de consument.

2.2 Publieke belangen in de zorgsector

De zorg is, net zoals bijvoorbeeld energievoorziening en openbaar vervoer, een sector waar zogenaamde publieke belangen spelen. Publieke belangen zijn maatschappelijke belangen waarvan de overheid zich de behartiging aantrekt op grond van overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt. (WRR, 2000) Deze definitie kan echter relatief vrij geïnterpreteerd worden. Teulings et al. (2003) definiëren publieke belangen op een meer economische manier:

“Er is sprake van publieke belangen indien complexe externe effecten bestaan die niet geïnternaliseerd kunnen worden door vrijwillige privaatrechtelijke transacties vanwege ‘free rider’ gedrag.”

Er moet marktfalen zijn (free-rider gedrag) waaruit duidelijk wordt dat de markt (privaat-rechtelijke transacties) zelf het belang niet voldoende zal of kan behartigen.¹⁰ Er is dus publiekrechtelijke dwang nodig om de externe effecten die leiden tot marktfalen, te internaliseren.

Het bestaan van publieke belangen betekent niet automatisch dat de overheid de taken die hieruit voortvloeien, uitvoert. De overheid neemt de verantwoordelijkheid met betrekking tot de borging van

⁸ Een beschrijving van de markt is te lezen in paragraaf 2.4.

⁹ Dit geldt in theorie. Het is niet duidelijk of de patiënt ook werkelijk verzekeraars kan prikkelen tot het contracteren van bepaalde zorgaanbieders. Dit betekent dat zij voldoende macht moet hebben. Het lijkt logisch dat dit slechts mogelijk is indien grote groepen consumenten dezelfde preferenties hebben voor een bepaalde zorgaanbieder en zo de verzekeraar onder druk kunnen zetten. Het is de vraag of dit in praktijk zal en kan gebeuren. Bovendien moet de markt voldoende transparant zijn.

¹⁰ Er zijn verschillende soorten marktfalen. Bijkerk et al. (2003) maken hier een groepering naar publieke goederen; marktmacht; externe effecten; en asymmetrische informatie.

de publieke belangen op zich; de uitvoering kan ook door private partijen gebeuren, zoals in de zorg het geval is. Het wettelijk kader en aanvullende regelgeving voor de borging van publieke belangen, vormen samen het kader voor deze partijen, waarbinnen de uitvoering van de dienstverlening moet worden geleverd. Binnen dit kader moet er uiteraard wel voldoende prikkel blijven voor de instellingen om een goede kwaliteit te leveren.

De publieke belangen in de zorg zijn kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. (Varkevisser et al., 2004)

1) Kwaliteit uit zich ten eerste in kwaliteit van het medisch professioneel handelen. Dit wordt onder andere geborgd door de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), waarbij alleen personen in het BIG-register bepaalde titels mogen voeren en daardoor herkenbaar zijn op hun deskundigheid. Ten tweede uit kwaliteit zich in kwaliteit van de geleverde zorg, die “sterk afhankelijk is van de omstandigheden waaronder, de plaats waar en de wijze waarop de zorg wordt geleverd.” (Varkevisser et al., 2004) De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) speelt een belangrijke rol in het toezicht op kwaliteit.

2) Het tweede publiek belang, toegankelijkheid, is op te splitsen naar bereikbaarheid en beschikbaarheid. Bereikbaarheid duidt op de aanwezigheid van een zorginstelling in de omgeving, waarbij de reistijd als indicatie wordt gebruikt. Er zijn echter geen specifieke normen die hiervoor gelden.¹¹ Beschikbaarheid heeft te maken met de aanvaardbaarheid van wachttijden. In de wet zijn hierover geen expliciete afspraken gemaakt. Er bestaan wel de zogenaamde Treeknormen: streefnormen voor aanvaardbare wachttijden in de curatieve zorg; 80% van de patiënten moet werkelijk binnen die termijn geholpen worden.¹²

3) Een derde publiek belang, doelmatigheid, heeft te maken met de micro- en macro-betaalbaarheid van de zorg. Micro-betaalbaarheid wijst dan op de mate van efficiëntie; met andere woorden, zowel allocatieve, productieve als dynamische efficiëntie, zodat zowel op korte als op lange termijn efficiëntie gewaarborgd kan blijven. Zorg moet voor de consument betaalbaar blijven. Macro-betaalbaarheid heeft te maken met de zorguitgaven van de overheid. Hiertoe is het Budgettair Kader Zorg (BKZ) een belangrijk begrip. Het BKZ legt vast hoeveel de overheid mag uitgeven, zodat zorguitgaven niet ten koste gaan van andere uitgaven op de begroting.

¹¹ In paragraaf 2.4 zal de spreiding van ZBC's en ziekenhuizen, de basis van bereikbaarheid, aan bod komen.

¹² “In het Treekoverleg zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: Arcares, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), het Paramedisch Verband en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).” (Varkevisser et al., 2004)

2.3 Recente veranderingen

De veranderingen die in de zorgsector plaatsvinden passen bij de omslag van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd stelsel. De overheid had in de jaren '80 een erg sturende rol, waarbij zij onder andere de zorguitgaven beperkte, capaciteit bepaalde en tarieven vast liet leggen. De huidige omschakeling naar een vraaggestuurd stelsel dient om een prikkel te geven om capaciteit optimaal te benutten en productiviteit te verhogen. Naast deze nadruk op efficiëntie is ook keuzevrijheid een centraal begrip. (DNB, 2004) De overheid neemt daarbij voornamelijk een regisseursrol in en ziet toe dat concurrentie niet contraproductief werkt. Zo ontstaat er 'gereguleerde concurrentie'.¹³ De overheid heeft niet zozeer een kleinere rol, maar een andere rol. Er wordt veel meer gewerkt volgens het principe 'sterke markt, sterke overheid'.¹⁴ Een voorbeeld hierbij is de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (sterke overheid) die toezicht houdt op de geïntroduceerde marktwerking in de zorg (sterke markt).

Het nieuwe stelsel vereist zowel meer marktwerking op de zorginkoopmarkt als op de zorgverzekeringsmarkt en zorgverleningsmarkt. Ten behoeve van die marktwerking moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan, zodat de kans op succes, dat wil zeggen het optimaal benutten van capaciteit en het verhogen van de productiviteit, groter is. De voorwaarden voor succes van marktwerking zullen in deze paragraaf worden besproken.

2.3.1 Marktwerking op de zorginkoopmarkt

De kans op succes bij het invoeren van marktwerking op de zorginkoopmarkt is groter naarmate er aan drie voorwaarden wordt voldaan. Dit zijn 1) de afschaffing van de contracteerplicht; 2) het verbeteren van transparantie ten aanzien van prijs en kwaliteit; en 3) de vermindering van aanbodschaarste. (DNB, 2004)

1) Afschaffing contracteerplicht

Op 1 januari 2006, met de invoering van het nieuwe zorgstelsel, werd de (omgekeerde) contracteerplicht voor verzekeraars met zorginstellingen afgeschaft. (MinVWS, 2005d) "De contracteerplicht houdt in dat de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ (uitvoeringsorganen van de verzekeringswetgeving) verplicht zijn met iedere instelling binnen hun werkgebied, die zorg kan verlenen die tot het wettelijk pakket behoort, overeenkomsten te sluiten, als die instelling dat wenst. De omgekeerde contracteerplicht impliceert dat een instelling die met een uitvoeringsorgaan

¹³ CPB (2002) beschrijft: "Omdat die concurrentie niet vanzelfsprekend tot stand komt en niet automatisch tot gewenste uitkomsten leidt, wordt hier ook wel de term 'gereguleerde concurrentie' gebezigd, waarbij verzekeraars onderhevig zijn aan strenge voorwaarden zoals een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie."

¹⁴ TK, 2003-2004, 29200 XIII, nr.5

een overeenkomst heeft, een gelijke overeenkomst met een ander uitvoeringsorgaan moet sluiten als dat andere uitvoeringsorgaan dat wenst.”¹⁵

Door het bestaan van de contracteerplicht hadden zorgaanbieders gegarandeerde afname van hun zorg.¹⁶ Afschaffing heeft als doel om verzekeraars te prikkelen alleen met zorgaanbieders te contracteren die een goede prijs-kwaliteitverhouding bieden. Hierdoor ontstaat meer concurrentie tussen aanbieders en daarmee meer efficiëntie.

2) Transparantie prijs/kwaliteit en de invoering van de DBC-systematiek

Om zorgverzekeraars een goede keuze te laten maken voor een bepaalde zorgaanbieder, moet er voldoende transparantie zijn ten aanzien van prijs en kwaliteit. Het invoeren van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) was een manier om vergelijkingen eenvoudiger te maken.

DBC's vormen een nieuw soort producttypering voor ziekenhuisfinanciering. De DBC's beschrijven het traject van een bepaalde zorgvraag vanaf het eerste bezoek tot aan de laatste controle en hebben hier een speciale DBC-code aan gekoppeld. In totaal zijn er zo'n 30.000 verschillende DBC-codes. Het nieuwe DBC-tarief is gebaseerd op een vergoeding voor de medisch specialist(en); het honorarium, en een vergoeding voor de overige diensten van het ziekenhuis. Dit is een gemiddelde prijs. De DBC-registratie geeft het ziekenhuis meer inzicht in de kosten van een behandeling. Naast die interne functie hebben DBC's de externe functie dat zij een mogelijkheid bieden om ziekenhuiszorg te bekostigen op basis van output, zoals bij ZBC's reeds gebeurt.

In de 30.000 verschillende DBC's, is een onderscheid gemaakt om een begin te maken met de introductie van marktwerking. Voor zo'n 90% van de Diagnose Behandel Combinaties geldt een vaste prijs: dit zijn behandelingen in het zogenaamde A-segment. De prijzen voor A-DBC's zijn landelijk vastgesteld door de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). In het A-segment vallen zowel dagbehandelingen, de poliklinische behandelingen, als behandelingen die in combinatie met verblijf kunnen worden aangeboden.

De overige 8 à 10% van de DBC's, het B-segment, kent geen vaste tarieven en hier kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar onderhandelen.¹⁷ De zorg van B-DBC's zijn planbare, zogenaamde electieve, ingrepen en ook deze kunnen zowel niet-klinisch als met verblijf worden aangeboden.

DBC's zijn een manier om transparantie te creëren. Er zitten echter ook nadelen aan deze systematiek. Zo zorgt het bijvoorbeeld dat artsen veel tijd aan registratie kwijt zijn, die zij beter aan werkelijke zorg

¹⁵ TK, 2003-2004, 27659 nr .16

¹⁶ Immers, de Zorgautoriteit stelt het budget vast op basis van productie in een vorig jaar. Indien dit volume niet verdeeld wordt in onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling, zal de Zorgautoriteit interveniëren om dit volume alsnog te verdelen. Zo is er voor zorgaanbieders een gegarandeerde afname van hun zorg.

¹⁷ Het aandeel van het B-segment per instelling verschilt. CTG/ZAio (2006) geeft aan dat er ziekenhuizen zijn met een aandeel van het B-segment van zo'n 18% en ziekenhuizen met een aandeel van nog niet eens 5%.

kunnen besteden. Daarentegen hoeft er niet voor elke verrichting een factuur te worden verstuurd, maar gebeurt dit per DBC. Bovendien kan het om een transitieprobleem gaan. Administratieve lasten kunnen worden verlaagd door het gebruik van ICT en Elektronische Patiënten Dossiers (EPD's).

Een ander nadeel, en bovendien een risico, is upcoding. Upcoding houdt in dat er duurdere DBC's gedeclareerd worden dan die feitelijk toegepast zijn. (Lakerveld, 2002)

Andere nadelen, die meer met de bekostiging van DBC's hebben te maken dan met DBC's zelf, zijn het risico op kruissubsidiëring¹⁸, afwenteling¹⁹, beknibbeling²⁰ en de transactiekosten gemoeid met onderhandelingen in het B-segment. Het probleem is dat sommige van deze nadelen vragen om meer gedetailleerde DBC's, terwijl andere nadelen juist verholpen worden door minder detail op te nemen in de systematiek. Hierin moet de komende jaren een balans worden gevonden.

Ondanks deze nadelen zijn DBC's noodzakelijk om meer transparantie en meer marktwerking te creëren. Het gebruik van kwaliteitsindicatoren bij zorginstellingen is daaraan gerelateerd, maar blijft nog enigszins achter. De hervorming van de zorgsector is dan ook een project van lange adem. Het is tenslotte belangrijk te duiden op het feit dat de ontwikkeling van de DBC's op initiatief van het veld kwam.²¹

3) Vermindering van aanbodschaarste

Een derde voorwaarde voor het succes van marktwerking op de zorginkoopmarkt is het verminderen van aanbodschaarste. "De dreiging om met zorgaanbieders geen contract aan te gaan, is niet geloofwaardig op een markt die wordt gekenmerkt door aanbodschaarste." (DNB, 2004) Het hebben van uitwijkmogelijkheden is belangrijk om meer efficiëntie en lagere prijzen te realiseren. Dit onderschrijven ook Melnick et al. (1992): "excess capacity and competitive market conditions can be leveraged to negotiate lower prices with health care providers".

Het creëren van voldoende aanbod kan enerzijds gebeuren door het aanbod van medisch specialisten uit te breiden door meer opleidingen in Nederland aan te bieden of door het voor buitenlandse medische specialisten aantrekkelijk te maken om in Nederland te werken en toetreding voor hen te

¹⁸ Misallocatie van kosten (Faassen, 2005)

¹⁹ "Van afwenteling is sprake als patiënten die een behandeling nodig hebben waarvoor een voor de zorgaanbieder onvoordelige vergoeding geldt, worden doorverwezen naar een andere zorgaanbieder." (Lakerveld, 2002)

²⁰ "Beknibbeling vindt plaats als een zorgaanbieder de patiënt te weinig zorg levert teneinde relatief meer financieel voordeel te behalen." (Lakerveld, 2002)

²¹ Na het uitbrengen van het rapport 'Gedeelde Zorg: Betere Zorg' door de Commissie Biesheuvel in 1993, ontstond er al snel draagvlak voor een systeem van producttypering waarbij ziekenhuis en medisch specialist gelijkgericht konden werken. In 1994 werd de stuurgroep DBC opgericht, bestaande uit ziekenhuizen, verzekeraars en medisch specialisten. Het doel van de stuurgroep was: 'een medisch samenhangende en economisch homogene clustering van zorgproducten te ontwikkelen die de basis kan vormen voor afspraken over volume, kwaliteit en verrekening tussen aanbieder en verzekeraars'.

VWS is in deze stuurgroep toegehoord, geen deelnemer. In 2000 omarmt minister Borst het initiatief en richt de stuurgroep DBC 2003 op. Pas vanaf februari 2003 neemt VWS werkelijk de regie van het proces in handen. (Klompenhouwer & Vos-Deckers, 2005)

vergemakkelijken. Anderzijds kan het door aanbod in de medisch specialistische zorg zelf te vergroten; door zorg in het buitenland te contracteren, door taakherschikking²² of door toetreding van nieuwe spelers op de markt. Hiertoe is het dus ook belangrijk dat toetredingsbelemmeringen op de markt worden verlaagd.

2.3.2 Marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt

Marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt is nodig om efficiencywinsten door te kunnen geven aan verzekerden. Hiertoe is het belangrijk dat er a) mobiliteit van verzekerden is en b) dat er voldoende zorgverzekeraars zijn. (DNB, 2004)

a) Mobiliteit van verzekerden: een kritische consument

De invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) op 1 januari 2006 is een stap op weg naar betere mobiliteit voor verzekerden. De ZVW benadrukte de mogelijkheid om te veranderen van zorgverzekeraar. In 2006 leidde dit ertoe dat 18%²³ van de verzekerden gebruik maakte van de mogelijkheid om over te stappen; een percentage dat aangeeft dat de dynamiek in de zorgverzekeringsmarkt onverwacht groot is. (NZa i.o., 2006) Door een kritische houding van de consument worden zorgverzekeraars geprikkeld om met elkaar te concurreren en dus aantrekkelijke premies met kwalitatief goede pakketten te bieden.²⁴ De invoering van het basispakket om vergelijking tussen zorgverzekeraars voor verzekerden te vergemakkelijken was hierbij een belangrijk punt.

De mobiliteit van verzekerden kan tevens toenemen door een verlaging in overstapkosten. Enerzijds zorgde de acceptatieplicht en het gerelateerde verbod op premiedifferentiatie hiervoor.²⁵ Anderzijds draagt meer transparantie over diensten en prijzen hieraan bij. Initiatieven op dit gebied zijn de vergelijkende websites www.kiesbeter.nl en www.independ.nl, waar consumenten worden voorgelicht over onder andere kwaliteit en prijzen van zorgverzekeraars. Een kritische consument op de zorgverzekeringsmarkt, die selecteert op prijzen en kwaliteit, is een voorwaarde om verzekeraars te

²² Taakherschikking is het verschuiven van taken onder verschillende beroepsgroepen. Taken zijn vaak vanuit historie en traditie op een bepaalde manier verdeeld. Door taakherschikking wordt geprobeerd de zorg op een andere manier te organiseren en daarmee bijvoorbeeld wachtlijsten te verminderen. Voorbeelden zijn de verschuiving van taken van medisch specialisten of huisartsen naar zogenaamde ‘nurse practitioners’ of ‘physician assistants’ of taken van tandartsen naar mondhygiënisten. Ook substitutie naar eerstelijnszorg valt onder taakherschikking.

²³ Behalve deze 18% werkelijke switchers, was er een groep van 5-10% die een interne overstap maakte door een andere polis bij dezelfde verzekeraar af te sluiten. Door deze mobiliteitscijfers te combineren is er een groep van 23-28% die het aanbod van zijn verzekeraar eind 2005 niet heeft aangenomen. (NZa i.o., 2006)

²⁴ De vraag is in hoeverre consumenten werkelijk kritisch zijn (ze beoordelen verzekeraars op prijs/kwaliteit) of dat ze alleen letten op prijs. “Wanneer verzekerden eenmaal gekozen hebben om over te stappen, zijn zij wel degelijk prijsgevoelig. De premie blijkt vaak een doorslaggevende reden om voor een bepaalde zorgverzekeraar te kiezen.” (CTZ & CTG/ZAio, 2006)

²⁵ De verplichting voor verzekeraars om iedereen een basispolis aan te bieden zonder daarbij onderscheid in premies te maken naar aanleiding van persoonlijke karakteristieken, voorkomt risicoselectie.

dwingen om met elkaar te concurreren en om efficiencywinsten uit de zorginkoopmarkt door te geven aan de consument.

b) Voldoende zorgverzekeraars

Net als dat er op de zorginkoopmarkt geen schaarste van aanbieders moet bestaan, zo moet er op de zorgverzekeringsmarkt voldoende aanbod van verzekeraars zijn. De zorgverzekeringsmarkt kan worden beschreven als een oligopolistische markt waarbij een kleine groep grote verzekeraars een zeer groot deel van de markt in handen hebben. Dit wordt mede versterkt door de aanwezigheid van schaalvoordelen.²⁶ Huidige fusietrends versterken posities van verzekeraars meer en meer. Er moet dus goed toezicht zijn om misbruik van economische machtsposities te voorkomen (en eventueel te bestraffen).

Voldoende aanbod van verzekeraars wordt mede ondersteund door een zogenaamd risicovereveningsstelsel, dat noodzakelijk is bij de invoering van een acceptatieplicht voor verzekeraars. Door het invoeren van de acceptatieplicht, kunnen sommige verzekeraars een onevenredig groot deel risicovolle patiënten verzekerd hebben. Het vereveningsstelsel compenseert hen hiervoor, zodat zij geen extreem hoog verzekeringstechnisch risico lopen en daardoor op de markt kunnen blijven.

2.3.3 Marktwerking op de zorgverleningsmarkt

Voorwaarden voor marktwerking op de zorgverleningsmarkt zijn I) keuzevrijheid voor de consument en II) transparantie in prestaties van zorgaanbieders.

I) Keuzevrijheid van de consument

De consument geniet als zorgvrager de vrijheid om een zorgaanbieder te kiezen, daarbij gelet op factoren zoals wachttijden, kwaliteit en service. De mogelijkheden om een aanbieder te kiezen is met de nieuwe zorgverzekeringswet verruimd. De mate van vrijheid wordt bepaald door het soort polis dat een verzekerde heeft afgesloten. De ZVW kent twee soorten polissen: een naturapolis of een restitutiepolis²⁷, waarbij een patiënt met een restitutiepolis meer vrijheid heeft in de keuze voor een zorgaanbieder dan een patiënt met een naturapolis.²⁸

²⁶ De zorgverzekeringsmarkt kent een relatief grote “minimale efficiënte schaal” om te opereren. Schaalvoordelen zijn voornamelijk te behalen op zaken als informatiesystemen, zorgmanagement en contractmanagement. (DNB, 2004)

²⁷ Een eventuele derde soort is de combinatiepolis. Dit is, zoals de naam al aangeeft, een combinatie tussen een natura- en een restitutiepolis. Verzekeraars kunnen de invulling hiervan zelf bepalen.

²⁸ Een naturapolis geeft het recht aan de verzekerde om naar alle zorgaanbieders te gaan waarmee de verzekeraar een contract heeft gesloten, en (onder voorwaarden) naar andere aanbieders. Niet-gecontracteerde aanbieders kunnen in principe wel bezocht worden, maar in de meeste gevallen geschiedt dan geen complete vergoeding van de zorg. Vergoedingen moeten in dat geval marktconform zijn. (MinVWS, 2005c) Dit kan een verzekerde beperken in zijn keuzevrijheid.

II) Transparantie in prestaties van zorgaanbieders

De voorwaarde voor meer transparantie komt op alle markten terug. Behalve de verzekeraar beoordeelt ook de patiënt zorginstellingen op hun prestaties. Om die reden moet er adequate kwaliteitsinformatie beschikbaar zijn. Dit legt druk op zorgaanbieders om goed te presteren. Een eerste stap om meer openheid over prestaties te krijgen is de website *www.kiesbeter.nl*. Het is ook voor zorgaanbieders zelf van belang om inzicht in hun eigen prestaties en die van andere ziekenhuizen te hebben. Door het programma *SnellerBeter* hebben deelnemende ziekenhuizen dit inzicht verkregen. Dit leidt tot meer aandacht voor onder andere service, patiëntvriendelijkheid, kwaliteit en veiligheid. (MinVWS, 2006b)

2.3.4 Toezicht op de markt en institutioneel kader

De Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), die op 1 oktober 2006 in werking is getreden, moet samen met de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), de Zorgverzekeringswet en de AWBZ het nieuwe wetgevende kader worden voor de besturing van de gezondheidszorg.

De WMG regelt onder meer het opgaan van CTG/ZAio en CTZ in de Nederlandse Zorgautoriteit die de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg bewaakt: zij is per 1 oktober 2006 de nieuwe marktmeester van de zorg.

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft als een van haar hoofdtaken het waarborgen van de informatieverschaffing omtrent prijs en kwaliteit door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarnaast is het slechten van toetredingsdrempels een taak van de Zorgautoriteit. De Zorgautoriteit geleidt en waarborgt dus het proces naar meer marktwerking.

Naast de NZa, strekken ook de taken van de NMa zich uit tot de zorgmarkt.²⁹ Zorgaanbieders zijn immers ondernemingen en dus is de Mededingingswet van toepassing. “Wanneer de WMG inwerking treedt, is de NZa als eerste aan zet om via specifieke verplichtingen te voorkomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders misbruik maken van hun marktmacht. De NMa richt zich in de zorgmarkt vooral op het opsporen en bestrijden van kartels en het beoordelen van fusies.” (NMa, 2005)

Een restitutiepols maakt het voor de verzekerde mogelijk om naar de zorgaanbieder van zijn keuze te gaan. Hij moet de rekening eerst zelf betalen, alvorens deze vergoed te krijgen door zijn zorgverzekeraar. Gegeven dat de zorg van zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders wordt vergoed, is de keuzevrijheid in dit geval groter.

²⁹ Behalve samenwerking met de NMa zijn er samenwerkingsverbanden met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), De Nederlandse Bank (DNB) en Autoriteit Financiële Markten (AFM), zodat uitwisseling van informatie kan plaatsvinden en zodat ieder zijn taken kent.

2.4 Beschrijving van de markt

Dit onderzoek richt zich op aanbieders die medisch specialistische zorg leveren, behorend tot de ZVW. Dit is zogenaamde tweede compartimentzorg. Aanbieders van deze zorg zijn ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. In de huidige paragraaf zullen onder andere de kenmerken van deze marktpartijen besproken worden.

2.4.1 Ziekenhuizen

Ziekenhuizen zijn te verdelen in algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Zij vallen onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

Algemene ziekenhuizen leveren de meeste productie in de medisch specialistische zorg. Dit zijn zowel kleine basisziekenhuizen met een stedelijke of regionale functie die reguliere zorg aanbieden, als de grote algemene en topklinische ziekenhuizen. Basisziekenhuizen bieden poortspecialismen³⁰ aan en onmisbare ondersteunende specialismen³¹. Topklinische ziekenhuizen hebben meer aanbod van behandelingen en hebben tevens meer specialisaties. Bovendien leiden zij nieuwe specialisten op en doen onderzoek, zoals de academische ziekenhuizen. Voor het aanbieden van topklinische zorg is een vergunning nodig op basis van de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV).³²

Een tweede categorie zijn de categorale ziekenhuizen. Zij richten zich op een deel van de zorg, bijvoorbeeld specifieke groepen ziekten of patiënten, doordat zij een bijzondere deskundigheid bezitten. Voorbeelden zijn kankercentra, dialysecentra en brandwondencentra. Categorale ziekenhuizen zijn in termen van beddenscapaciteit slechts kleine instellingen.

Academische ziekenhuizen vormen de laatste categorie van ziekenhuizen, ook wel aangeduid als Universitaire Medische Centra (UMC's). Zij leveren zogenaamde topreferente zorg, maar verrichten daarnaast ook topklinische zorg en basiszorg voor de directe omgeving. Ze hebben de taak om patiëntenzorg te leveren en moeten daarnaast ook ter beschikking staan voor wetenschappelijk, geneeskundig onderwijs en onderzoek. Vaak zijn academische ziekenhuizen gefuseerd met medische faculteiten om dit onderwijsverband te benadrukken.

³⁰ De poortspecialismen zijn interne geneeskunde, (cardiologie en pulmonologie), chirurgie (urologie), gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde, dermatologie.

³¹ De onmisbare ondersteunende specialismen zijn radiodiagnostiek, anaesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie, klinische chemie, klinische neurofysiologie.

³² Onder de WBMV vallen onder meer: radiotherapie, cardiochirurgie, interventie cardiologie, orgaantransplantatie, neurochirurgie en neonatale intensive care (NICU). Het gaat hierbij om bijzondere medische verrichtingen die bijzondere bouwkundige voorzieningen behoeven. (www.bouwcollege.nl)

In kamerstukken (Tweede Kamer, 1996-1997, p.4455) worden de volgende drie doelstellingen van de WBMV genoemd:

- het waarborgen van de kwaliteit van bijzondere medische verrichtingen;
- het waarborgen van de doelmatigheid van bijzondere medische verrichtingen;
- het bevorderen van gepast gebruik in relatie tot geldende medisch-ethische en maatschappelijke inzichten.

(Rosendal et al., 2001)

2.4.2 Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)

Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) zijn klinieken die in 1998 via de 'Regeling zelfstandige behandelcentra' ondergebracht werden bij de WZV. (MinVWS, 1998) Niet alle poliklinieken van vrij gevestigde specialisten worden aangemerkt als ZBC, hiervoor moet aan twee voorwaarden worden voldaan.

- Een eerste voorwaarde is dat het een organisatorisch verband betreft, dat zorgverlening tot doel heeft. "Er is sprake van een organisatorisch verband wanneer er afspraken zijn gemaakt omtrent de organisatie van de werkzaamheden en de verdeling van taken en verantwoordelijkheden." (MinVWS, 1998) Eenmanspraktijken zijn door deze eerste voorwaarde uitgesloten om als ZBC aangewezen te worden.
- De tweede voorwaarde om ZBC te zijn is dat er sprake moet zijn van medisch specialistische zorg van het soort als waarop aanspraak bestaat bij of krachtens de voormalige Ziekenfondswet, tegenwoordig de zorg in het basispakket. Het moeten dus klinieken zijn die zorg leveren uit het tweede compartiment, ofwel verzekerde zorg.³³

Ondanks de regeling in 1998 om ZBC's onder te brengen bij de WZV, bleef een restrictief (vergunningen)beleid gelden.³⁴ Zo werden er een aantal eisen opgesteld waar een behandelcentrum aan moest voldoen. Een van de vereisten was dat deze centra alleen behandelingen zouden gaan doen waarvoor een wachtlijst bestond. "Zelfstandige behandelcentra kunnen hier een rol vervullen variërend van 'luis in de pels' tot het toevoegen van extra capaciteit indien en waar dat nodig is." Tevens werd bepaald dat een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis onontbeerlijk was wat betreft indicatiestelling en opvang: achtervang bij calamiteiten werd noodzakelijk geacht. (MinVWS, 1998)

De Verruiming ZBC-regeling van 2003 liet een aantal van de eisen opgesteld in de regeling van 1998 vervallen. Dit was tevens op advies van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. (CBZ, 2003) Zo verviel de noodzaak om een verklaring van behoefte aan te vragen, maar was een vergunning van het Bouwcollege voldoende. Hierdoor werd de aanvraagprocedure voor ZBC's aanzienlijk verkort, zodat toetreding eenvoudiger werd. Voorts werd het voor ZBC's ook mogelijk om zich op specialismen zonder wachtlijst te richten. De minister gaf destijds aan "Het feit dat er door behandelcentra contracten met verzekeraars worden afgesloten, ondanks het ontbreken van een contracteerplicht, geeft aan dat er behoefte is aan ZBC-capaciteit." (MinVWS, 2003)

³³ ZBC's worden pas aangemerkt als ZBC indien zij verzekerde zorg aanbieden uit het tweede compartiment. Dit wil echter niet zeggen dat zij daardoor verhinderd worden om óók verrichtingen uit het derde compartiment uit te voeren. Er zijn veel ZBC's die zowel behandelingen uit het tweede compartiment als behandelingen uit het derde compartiment aanbieden.

³⁴ "Uit overwegingen van kwaliteit, doelmatigheid en kosten van de gehele sector is het uitdrukkelijk de bedoeling deze zorg die geheel los van het ziekenhuis verleend wordt, beperkt te houden." (MinVWS, 1998)

Een andere belangrijke verruiming was het loslaten van de eis om een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis te hebben. Die eis was in het leven geroepen om kwaliteit en veiligheid te waarborgen. Tegelijkertijd werd daarmee echter een machtspositie voor ziekenhuizen gecreëerd gezien het feit dat zij een dergelijke samenwerking konden weigeren en daarmee toetreding van ZBC's, mogelijke concurrenten, konden belemmeren. Dit was een ongewenst effect. Bovendien hebben ziekenhuizen de verplichting om in geval van calamiteit een patiënt in elk geval op te nemen. Deze twee factoren zorgden ervoor dat de verplichte samenwerking niet langer als vereiste werd aangemerkt. In plaats daarvan zou aandacht worden besteed aan een systeem van certificering, zodat de kwaliteit van ZBC's wel geborgd bleef. (MinVWS, 2003)

Criteria die in stand bleven in 2003 waren onder andere het verbod aan ZBC's om zorg te leveren waarvoor verblijf noodzakelijk is.³⁵ Alleen zorg die poliklinisch of in dagbehandeling kan gebeuren, mocht door ZBC's aangeboden worden; klinische behandelingen waren daarmee uitgesloten van het werkterrein van ZBC's. Ook het verbod op een winstooigmerk bleef bestaan, maar dit gold tevens voor ziekenhuizen en geldt nog steeds voor beide partijen in de huidige situatie.

In 2006 werd met de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) niet langer een onderscheid gemaakt in de benaming van ziekenhuizen en ZBC's. Beide worden tegenwoordig aangeduid als 'instellingen voor medisch specialistische zorg'. Daarnaast werd meer vrijheid gegeven aan het soort behandelingen dat ZBC's mogen uitvoeren. ZBC's mochten vóór 2006 alleen DBC's in het A- of B-segment aanbieden zonder verblijf. Toetreding werd vereenvoudigd door het bouwregime voor nieuwe aanbieders van klinische B-DBC's buiten toepassing te verklaren. Vanaf 1 januari 2006 mogen ZBC's dus ook B-DBC's aanbieden waarvoor verblijf nodig is. Het argument hierachter was: "Verruiming van de toetreding in het B-segment is namelijk gewenst om een dynamische en marktconforme situatie met voldoende aanbieders te creëren." (MinVWS, 2005b)

Tot op heden zijn ZBC's vooral actief in die specialismen die laagcomplex en eenvoudig planbaar zijn. Hierbij kan gedacht worden aan knie- of heupoperaties. Tevens voeren ZBC's voornamelijk DBC's in het B-segment uit; al zijn er zeker uitzonderingen hierop, zoals bijvoorbeeld ZBC's die gespecialiseerd zijn in dermatologie, een specialisme waarvan een groot deel van de DBC's in het A-segment behoort.

2.4.3 Zorgbv's en privéklinieken

Door de toenemende concurrentiedruk van ZBC's, zoeken ziekenhuizen ook naar alternatieve manieren om zorg aan te bieden. Hierin lijkt een nieuwe ontwikkeling te zijn: het oprichten van

³⁵ "Verblijf omvat het verblijven in een instelling indien de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6, 7 of 8, noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht." Artikel 9 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. (Tweede Kamer, 2002-2003)

zorgbv's of ZBC's door ziekenhuizen. Redenen hiervoor kunnen zijn dat ziekenhuizen daardoor beter met zelfstandige ZBC's kunnen concurreren doordat zij bepaalde specialismen uit het ziekenhuis halen, of dat zij daarmee voorkomen dat een specialist vertrekt en in een zelfstandig ZBC gaat werken. (CTG/ZAio, 2006) Er moet waakzaam naar deze ontwikkeling worden gekeken met het oog op concurrentie.

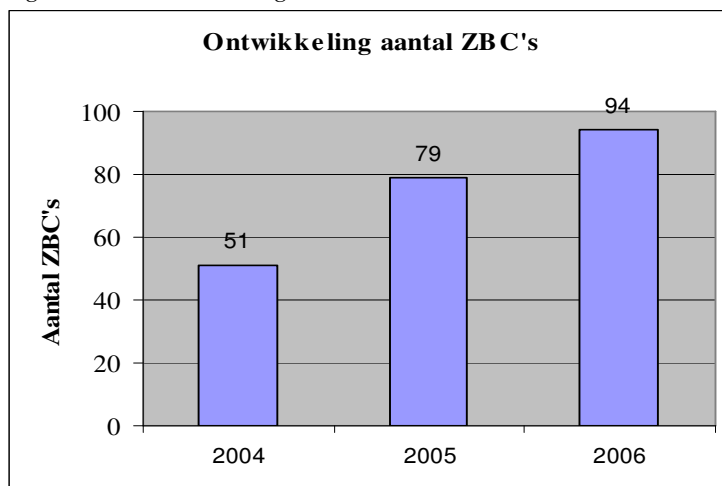
Naast de twee instellingen voor medisch specialistische zorg, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, zijn er privé-klinieken. "De privé-kliniek kan in het huidige zorgstelsel in principe alleen niet-medisch geïndiceerde zorg leveren." (Schoneveld, 2003) Aangezien de privé-kliniek zich met name richt op onverzekerde, luxe zorg, die tot het derde compartiment behoort, wordt zij in dit onderzoek niet verder belicht.

2.4.4 Aanbod zorg: groei, spreiding en specialismen

In 2006 zijn er 103 ziekenhuizen in Nederland. Hieronder vallen 8 academische ziekenhuizen, 88 algemene ziekenhuizen waarvan 19 topklinische en 69 algemene, en 7 categorale ziekenhuizen. Het aantal ziekenhuizen neemt de laatste jaren gestaag af. Dit wordt veroorzaakt door fusies van dichtbij elkaar gelegen instellingen. (CTG/ZAio, 2006)

ZBC's nemen in 2006 in aantal een positie in, vergelijkbaar met ziekenhuizen. Figuur 2.2 laat de ontwikkeling van het aantal ZBC's zien.

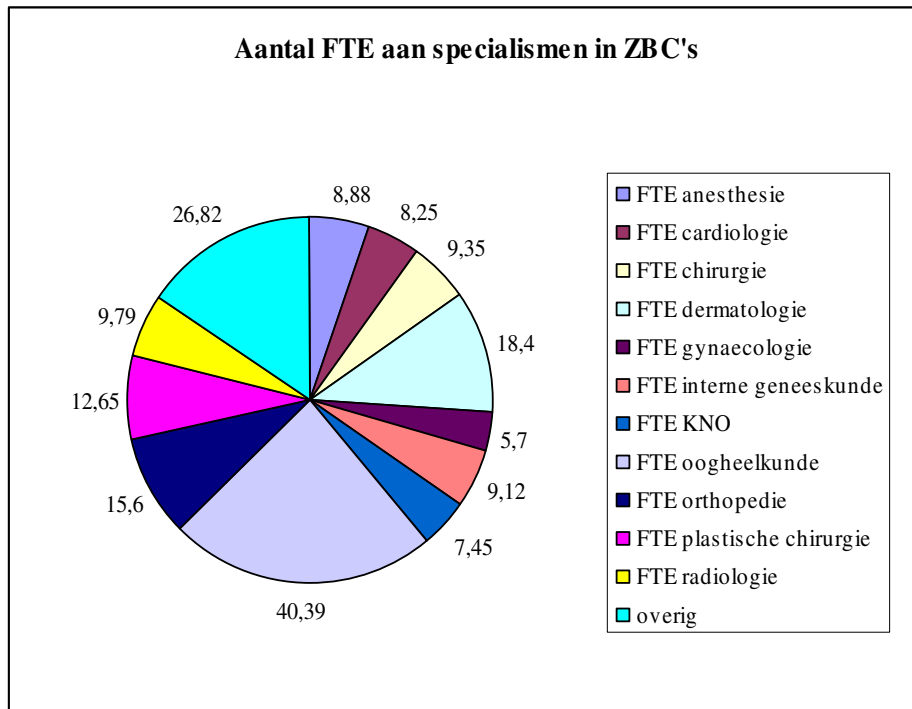
Figuur 2.2 Ontwikkeling aantal ZBC's



Bron: Roedig, 2005

Knors (2004) geeft aan dat 18 van de 51 ZBC's monodisciplinair zijn ingericht, iets wat bij ziekenhuizen onmogelijk is doordat minimaal een aantal basisspecialismen aanwezig moet zijn. Specialismen waar ZBC's zich vooral op toelagen zijn oogheelkunde, (plastische) chirurgie, dermatologie en orthopedie. Een overzicht is te zien in Figuur 2.3.

Figuur 2.3 Aanbod specialismen in ZBC's



Bron: RIVM, eigen bewerking

ZBC's hebben zich vooral toegelegd op die zorg die goed planbaar is en relatief standaard kan worden uitgevoerd. Figuur 2.4 maakt een indeling van zorg naar planbaarheid en complexiteit. ZBC's leveren eenvoudige en standaard behandelingen die volledig planbaar zijn. Dit komt neer op vak 2 (dagopnamen) en een klein deel van vak 3 (reguliere klinische zorg) (dat deel dat in het B-segment valt). Specialismen als oogheelkunde, dermatologie en orthopedie passen inderdaad in die groep. Vakken als 1a, 1b, waarvan de zorg niet of nauwelijks planbaar is, of vakken 4 en 5, waarvan de zorg zeer gespecialiseerd is, zijn op het moment voorbehouden aan (academische of topklinische) ziekenhuizen en er is daar geen concurrentiemogelijkheid voor ZBC's.

ZBC's zijn niet gelijk verdeeld over Nederland. In 2004 is ruim 55% van het aantal ZBC's gesitueerd in drie gezondheidsregio's: Utrecht, Amsterdam en Rijnmond. (Knoors, 2004) De ongelijke spreiding is terug te zien in Figuur 2.5.

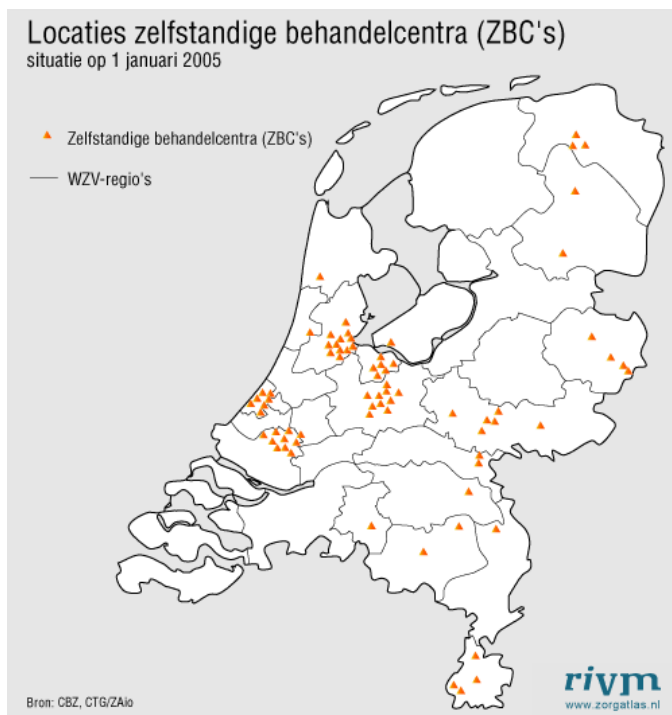
Figuur 2.4 Indeling zorg naar planbaarheid en complexiteit

Planbaar?		Niet	Nauwelijks	Volledig	Volledig		
Opnameduur?				< 24 uur	> 24 uur (=klinische zorg)		
Specialisatiegraad?				eenvoudig	standaard	hoog-gespecialiseerd	super-gespecialiseerd
Aantal per jaar?	Groot	1a. spoedeisende zorg	1b. urgente zorg	2. dag-opnamen	3. reguliere klinische zorg	4. top-klinische zorg (WBMV)	5. Top-referente zorg
	Klein						

Bron: Varkevisser et al., 2004

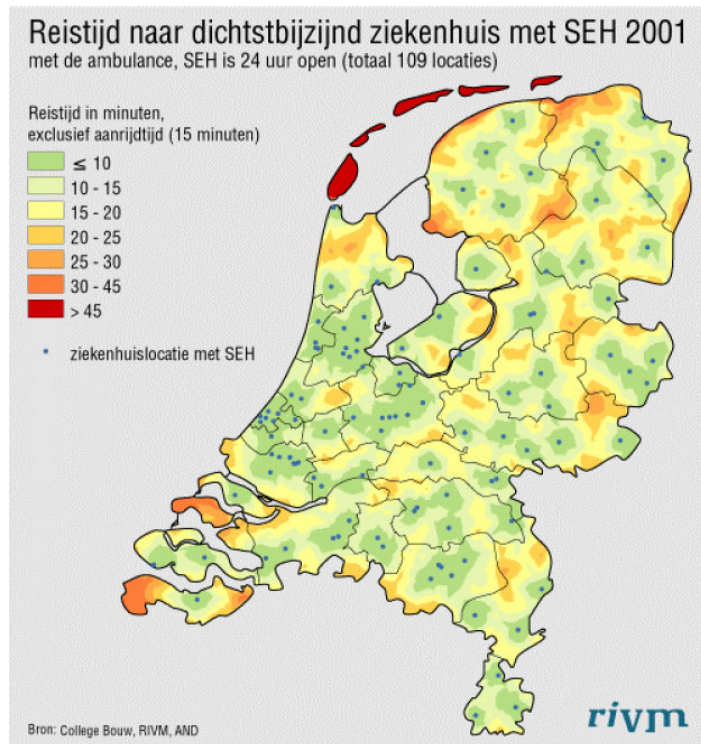
Hoewel ook ziekenhuizen zich meer in de Randstad hebben gevestigd dan in de oostelijke delen van Nederland, is het aantal ziekenhuizen daarentegen beter verdeeld (zie Figuur 2.6). Dit heeft te maken met het publieke belang bereikbaarheid. Hoewel hier geen strikte normen voor gelden, moet de bereikbaarheid van ziekenhuizen op een aanvaardbaar niveau liggen. RIVM deed onderzoek naar de bereikbaarheid van ziekenhuizen in 2001. Geschat werd dat 99,6% van de bevolking binnen 30 minuten met een auto of taxi een ziekenhuislocatie kon bereiken. (CBZ, 2002)

Figuur 2.5 Spreiding ZBC's



Bron: Roedig, 2005

Figuur 2.6 Spreiding en bereikbaarheid ziekenhuizen (schatting RIVM)



Bron: CBZ, 2002

ZBC's zijn verantwoordelijk voor een klein deel van de zorg (de totale omzet gerealiseerd door ZBC's wordt door Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) geschat op ongeveer 100 miljoen³⁶). Ondanks dat ZBC's meer zorg kunnen en mogen aanbieden, gaven verschillende partijen tijdens de interviews aan dat zij verwachten dat er slechts een beperkte rol voor ZBC's zal blijven. Tenslotte kan gesteld worden dat ZBC's over het algemeen efficiënter zijn dan ziekenhuizen.

2.4.5 Samenvatting

In deze paragraaf is een beeld geschetst van de structuur van het aanbod van medisch specialistische zorg. Ziekenhuizen zijn onder te verdelen in academische, algemene en categorale ziekenhuizen. ZBC's zijn in 1998 via de Regeling zelfstandige behandelcentra op de wereld gezet. Pas na de versoepeling in eisen in juli 2003, ontstond er een forse toename van het aantal ZBC's in Nederland. Zo was onder andere de samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis niet meer noodzakelijk en hoefde er voor het aangeboden specialisme niet per se een wachtlijst te zijn. Ook de WTZi bood in 2006 verlichting door het voor ZBC's mogelijk te maken om klinische B-DBC's aan te bieden. Op dit moment zijn er ongeveer 94 ZBC's tegenover 103 ziekenhuizen. Er is bovendien een ontwikkeling dat steeds meer ziekenhuizen hun eigen zorgbv of ZBC oprichten.

³⁶ Ter vergelijking een aantal andere getallen in de zorg: het Budgettair Kader Zorg in 2003 was € 43,7 miljard; UMC's hadden in 2004 een budget van € 4,3 miljard; en de omvang van het B-segment in 2004 was € 1,1 miljard. (CTG/ZAio, 2006) In het B-segment hadden ZBC's dus een aandeel van ongeveer 10%.

ZBC's zijn voornamelijk actief in het B-segment en bieden behandelingen aan die laagcomplex en eenvoudig planbaar zijn. Hun spreiding is niet gelijk over Nederland: vooral rondom de steden Den Haag, Utrecht, Rotterdam en Amsterdam zijn veel ZBC's te vinden.

2.5 Samenvattend

Dit hoofdstuk heeft een introductie gegeven in de belangrijkste kenmerken en veranderingen op de zorgmarkt. De zorgsector is gekenmerkt door drie aparte markten: de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt, die allen met elkaar in relatie staan doordat spelers op meerdere markten actief zijn.

De recente veranderingen in de zorgsector passen binnen de introductie van gereguleerde marktwerking. Marktwerking blijft in de zorg onder voorwaarden en toezicht, daar de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid; op een voldoende manier geborgd dienen te worden.

“In de eerste jaren van de stelselherziening moeten alle betrokkenen waarschijnlijk wennen aan hun nieuwe rol. Maar op een gegeven moment zal de overgangsfase voorbij zijn en kan het succes van het nieuwe stelsel worden afgemeten aan de mate waarin de inefficiënties in de gezondheidszorg zijn teruggebracht.” (DNB, 2004)

De ontwikkeling in de groei van ZBC's past binnen de toegenomen marktwerking. ZBC's bieden concurrentie aan ziekenhuizen en door dit toegenomen aanbod is er een prikkel voor alle zorgaanbieders om meer efficiënt te werken voor de gunst van de patiënt. ZBC's zijn voornamelijk actief in het B-segment en voeren electieve, laagcomplexere zorg uit.

Veranderingen in wet- en regelgeving voor ZBC's tonen aan dat er aandacht is voor de positie van ZBC's op de markt voor medisch specialistische zorg. Om effectieve concurrenten van ziekenhuizen te kunnen zijn, lijkt het belangrijk dat ziekenhuizen en ZBC's op een zogenaamd level playing field, een gelijk speelveld, opereren. In het volgende hoofdstuk zal onderzocht worden wat een level playing field precies inhoudt.

3 *Level playing field*

Het level playing field, of gelijke speelveld, wordt vaak als argument aangewend ter ondersteuning van bepaalde maatregelen om ‘eerlijkheid’ tussen spelers te creëren. Voornamelijk bij sectorspecifiek toezicht op semi-publieke sectoren, zoals de telecom en de kabelsector, komt dit gelijke speelveld ter sprake. Dit is ook het geval bij de verruimingen in de wet- en regelgeving voor ZBC’s. Er bestaat echter geen expliciete definitie van het level playing field. Dit hoofdstuk zal meer verheldering geven en uiteindelijk komen tot een definitie die in de rest van het onderzoek wordt gehanteerd.

In paragraaf 3.1 worden de twee meest gebruikte omschrijvingen van de term besproken: level playing field in termen van uitkomst en level playing field in termen van regels.³⁷

Een tweede paragraaf zal de relatie weergeven tussen een gelijk speelveld en economische theorie. Wat is de relatie tussen een level playing field enerzijds en concurrentie, efficiëntie en welvaart anderzijds? Daarnaast wordt de relatie met toetredingsbelemmeringen gelegd.

Regelgeving uit het verleden, dat destijds zinvol was, kan het huidige level playing field verstoren. Er kan een rol voor de overheid zijn weggelegd om meer gelijkheid te herstellen. Wanneer zijn er redenen aan te wijzen voor de overheid om in te grijpen? Wat zijn kosten van overheidsingrijpen? Dergelijke vragen zullen behandeld worden in paragraaf 3.3. Daarnaast zal in deze paragraaf naar voren komen dat er uitzonderingen bestaan op het nastreven van een gelijk speelveld in termen van regels.

In de vierde paragraaf wordt bekeken hoe er op bepaalde gebieden wordt omgegaan met het nastreven van een gelijk speelveld. De laatste paragraaf zal concluderen.

3.1 Wat is een level playing field?

Het begrip level playing field geeft veel onduidelijkheid. Het wordt op diverse manieren gebruikt om verschillende soorten regelgeving te betogen. Zo onderzochten Morrison & White (2005) het level playing field in de financiële sector en pleitten zij voor gelijke regelgeving:

“It requires that banks be subject to the same capital requirements [..].”

Echter, het level playing field argument wordt bij veilingen net zo goed gebruikt om de inzet van asymmetrische regelgeving te beargumenteren:

“In various directives, the Commission has argued for asymmetric regulation so as to enable a “level playing field” between incumbents and newcomers.” (Van Damme, 1999)

³⁷ Appelman et al., 2003. In de internationale literatuur wordt ook wel gesproken over respectievelijk ‘equality of outcome’ en ‘equality of opportunity’, bijvoorbeeld Roemer, 1995.

3.1.1 Level playing field in termen van uitkomst

Appelman et al. beschrijven in het CPB rapport (2003) dat een gelijk speelveld in termen van uitkomst inhoudt dat bedrijven gelijke verwachte winst hebben. Dit kan op twee manieren tot stand komen, waarbij de eerste manier voornamelijk een theoretische is.

Ten eerste is er een gelijk speelveld indien bedrijven dezelfde kenmerken hebben en dus met gelijke regelgeving tot een gelijke verwachte winst komen.³⁸ Echter, het is vrijwel altijd het geval dat bedrijven verschillen in hun productiekosten of strategische mogelijkheden, en dus dat er met dezelfde regelgeving geen sprake zal zijn van een gelijke verwachte winst.

De tweede manier waarop een level playing field in termen van uitkomst kan worden bereikt, is het ingrijpen van de overheid door asymmetrische regelgeving toe te passen. Hierdoor hebben verschillende partijen gelijke kansen om te winnen. Een bedrijf met een concurrentienadeel, vaak is dit een nieuwe speler doordat de zittende speler heeft kunnen genieten van een first-mover advantage³⁹, kan bijvoorbeeld geholpen worden door meer mogelijkheden tot effectieve concurrentie te creëren. Tevens kan een bedrijf met een concurrentievoordeel beperkt worden door meer regelgeving, denk bijvoorbeeld aan KPN, die aan strengere regelgeving onderhevig is dan relatief nieuwe bedrijven op de Nederlandse markt. Uiteraard wordt dit door de zittende speler, zoals KPN, niet als gunstig ervaren.⁴⁰

Het level playing field in termen van uitkomst brengt veel onduidelijkheden met zich mee. Ten eerste, wat wordt nu precies bedoeld met uitkomst? Welke factoren spelen mee om een uitkomst gelijk te maken? Zoals aangegeven, hanteren Appelman et al. (2003) gelijke verwachte winst als uitkomst. In dit onderzoek wordt naar een gelijke uitkomst verwezen door te spreken over *gelijke verwachtingen*. Echter, het is niet eenvoudig om dit gelijk te trekken. Bovendien zijn er veel factoren bij betrokken. Okun (1975) beschrijft de problemen met het bepalen welke factoren wel of niet mee moeten spelen. Moeten natuurlijke kenmerken van partijen gelijk worden getrokken?

“Basically it is rooted in the notion of a fair race, where people are even at the starting line [...] But [...] it is hard to find the starting line. Differences in natural abilities are generally accepted as relevant characteristics that are being tested in the race rather than as unfair headstarts and handicaps.”

³⁸ In dit geval zouden het level playing field in termen van regels, dat hierna besproken wordt, en het level playing field in termen van uitkomst overeenkomen.

³⁹ Lieberman & Montgomery (1988) onderscheiden vier bronnen waaruit ‘first-mover advantages’ geput kunnen worden: “Mechanisms that promote first-mover advantages include proprietary learning effects, patents, preemption of input factors and locations, and the development of buyer switching costs.” Echter, first-movers kunnen ook nadelen hebben: “first-mover disadvantages may result from free-rider problems, delayed resolution of uncertainty, shifts in technology or customer needs, and various types of organizational inertia.”

⁴⁰ In de kabelsector leidde deze ongelijke regelgeving tot een klacht van KPN tegen de staat. (KPN, 2006a)

Bij de gelijke uitkomst zoals Appelman et al. die presenteren, gaat het om gelijke verwachtingen voordat bedrijven de werkelijke concurrentiestrijd aangaan; deze zeggen nog niets over het werkelijke resultaat.

Een tweede onduidelijkheid betreft dit startpunt, waarop de verwachtingen van bedrijven level kunnen worden gemaakt. In de praktijk is het namelijk onmogelijk om een dergelijk startpunt aan te wijzen.

Box 3.1 past het level playing field in termen van uitkomst toe op de sportwereld en sociale zekerheid.

Box 3.1 Level playing field in termen van uitkomst

Het level playing field in termen van uitkomst heeft betrekking op het gelijktrekken van verwachtingen op een bepaalde markt. Echter, het idee kan tevens toegepast worden op bijvoorbeeld sociale zekerheid of de sportwereld.

Appelman et al. (2003) vergelijken het level playing field in termen van uitkomst met een race:

“In sporttermen: bij een zeilwedstrijd krijgen de snelle typen boten een handicap, zodat alle typen boten dezelfde kans hebben om de wedstrijd te winnen.”

Uit deze vergelijking volgt dat vóór de start van de race de kenmerken van de verschillende spelers worden gecorrigeerd om spelers gelijke verwachtingen te geven. Bij het startpunt van de race heeft geen enkel bedrijf een competitief voor- of nadeel om de race te winnen

*De spelregels van de National Basketball Association (NBA) Draft maken echter duidelijk dat het gelijktrekken van verwachte winst moeilijk is. Volgens deze regels krijgen teams met relatief slechte prestaties een voorsprong in de keuze voor spelers. * Het is echter onmogelijk om te zeggen dat de verwachte uitkomst daarmee gelijkgetrokken is en dus dat het speelveld level is gemaakt.*

*Er kan ook een parallel met sociale zekerheid worden getrokken. Roemer (1995) verwijst naar equality-of-outcome als een situatie waarin het sociale beleid erop moet zijn gericht om goederen en diensten zodanig te verdelen dat iedereen gelijke mate van succes in het leven heeft.** Dit kan dus betekenen dat middelen asymmetrisch verdeeld moeten worden.*

** “De NBA Draft zorgt ervoor dat jonge basketbalspelers zich kandidaat kunnen stellen om in de NBA te spelen. Elk team mag dan 2 spelers selecteren, 1 in de eerste ronde en 1 in de tweede ronde. De teams die de play-offs niet halen komen in een loterij terecht waar het lot bepaalt wie als eerste een speler mag selecteren, met meer kans voor diegenen die het slechtste presteerden in het seizoen.” (Wikipedia)*

*** “If equality of outcome were our society’s theory of justice, then social policy would endeavour to distribute resources so as to equalize, as far as possible, the degrees of success that people rate their lives as having.” (Roemer, 1995)*

3.1.2 Level playing field in termen van regels

In sporttermen: in een voetbalwedstrijd gelden voor beide teams dezelfde spelregels, is de scheidsrechter onpartijdig en wisselen de teams halverwege van speelveld. (Appelman et al., 2003)

Een gelijk speelveld in termen van regels, ook wel equality-of-opportunity zoals Roemer (1995) het aanhaalt, heeft betrekking op het niet-discriminerende karakter van wet- en regelgeving. Termen als een *gelijk kader, gelijke kansen, gelijke uitgangsposities, gelijke condities* en *gelijke voorwaarden* worden gebruikt om het level playing field in termen van regels aan te duiden.

Het idee is dat bedrijven in een gelijke situatie gelijk worden behandeld:

“A level playing field requires that ‘identical’ producers should operate under a uniform legislative regime.” (Van der Laan & Nentjes, 2001)

Er wordt bijvoorbeeld geen voordeel gegeven aan een van de partijen op de markt door middel van een subsidie; er gelden gelijke condities.

Martin (2001) gebruikt hierbij de term ‘competitive neutrality’ om aan te duiden dat aan geen enkele partij een ‘inherent competitive advantage’ wordt gegeven. Volgens Martin zorgt een level playing field er dan ook voor dat competitie op een transparante en eerlijke manier gebeurt.

De overheid dient dus te zorgen voor een gelijk reguleringskader, waarbinnen de bedrijven met elkaar kunnen concurreren en waar de markt de rest doet: er zijn gelijke condities. Als een level playing field in termen van regels gewaarborgd is, dan is de uitkomst op de markt een resultaat van prestaties van bedrijven.

3.1.3 Conclusie

Het begrip level playing field geeft veel onduidelijkheid. Appelman et al. (2003) hanteren twee definities. Het level playing field in termen van regels geeft een duidelijke concept waarin regelgeving voor alle spelers gelijk dient te zijn. Het level playing field in termen van uitkomst vraagt om het gelijktrekken van verwachtingen van spelers, bijvoorbeeld de verwachte winst. Deze laatste definitie zorgt echter voor veel interpretatieproblemen. Ten eerste wordt dit veroorzaakt doordat een verwachting een minder tastbaar begrip is. Ten tweede is het niet duidelijk wat het startpunt is waarop bedrijven die gelijke verwachting dan moeten hebben. Conceptueel gezien is het hanteren van de term level playing field in termen van regels handiger en bruikbaar dan het gelijke speelveld in termen van uitkomst. Dit is dan ook een eerste afweging die in het voordeel van dit type definitie gelijk speelveld pleit. In de volgende paragraaf zal tevens een afweging worden gemaakt in het gebruik van de termen, maar dan op basis van de relatie met concurrentie en welvaart.

3.2 Level playing field en economische theorie

Level playing field is een begrip dat vaak gerelateerd wordt aan (eerlijke) concurrentie. Daarentegen is het niet duidelijk wat nu de relatie is met deze en andere economische termen. In deze paragraaf zal worden onderzocht hoe het level playing field is in te passen in de economische theorie. De relatie met concurrentie, en daarmee efficiëntie en welvaart, zal aan bod komen. Daarnaast zullen ook toetredingsbelemmeringen behandeld worden.

3.2.1 Level playing field, concurrentie, efficiëntie en welvaart

Meer concurrentie dwingt partijen tot efficiënter handelen om de positie te handhaven, en zorgt zo voor meer welvaart. Welvaart is het totaal van consumenten en producenten surplus. Bij het ideaalbeeld perfecte competitie, of ook wel volkomen vrije mededinging, worden economic rents doorgegeven aan de consument en wordt welvaart geoptimaliseerd, doordat prijzen laag zijn. Wanneer een monopolist zijn prijzen zet, probeert hij zijn winst te maximaliseren, waardoor de rents op de markt in zijn handen blijven en er een dead weight loss ontstaat: welvaart daalt.

Hoe meer een markt lijkt op een markt van perfecte competitie, hoe meer welvaart er is. Meer concurrentie leidt tot allocatieve, productieve en dynamische efficiëntie, waardoor zowel op korte als lange termijn welvaart wordt geoptimaliseerd.

De mate van concurrentie kan niet alleen worden gemeten aan de hand van het aantal spelers op een markt, dat wil zeggen de concentratiegraad, maar tevens kunnen de efficiëntie van concurrenten, de mate van substitutie van producten, de hoogte van toetredingsbarrières en de prijs-kost-marge een indicatie geven van de mate van concurrentie. Een nieuwere, meer consistente methode is het meten van concurrentie aan de hand van een relatieve winstindicator, de zogenaamde Boone-indicator.⁴¹

Men kan zich afvragen wanneer sprake is van concurrentie, of anders gesteld: wanneer is er een verstoring van concurrentie? Van der Laan & Nentjes (2001) geven aan:

“[...] to see distortion of competition as a situation where firms do not operate under equal conditions. This inequity is considered to be unacceptable.”

⁴¹ “De indicator die hier voorgesteld wordt, is gebaseerd op relatieve winsten van bedrijven. We beargumenteren dat een toename in concurrentie, of het nu komt door lagere toetredingskosten of door agressievere interactie tussen bedrijven, altijd leidt tot een toename in de winst van een efficiënt bedrijf ten opzichte van de winst van een minder efficiënt bedrijf. Dat maakt deze relatieve winst indicator zo aantrekkelijk: de indicator reageert consistent op verschillende manieren waarop concurrentie kan toenemen in een bedrijfstak. De intuïtie voor de indicator is als volgt. Een toename in concurrentie zorgt ervoor dat efficiënte bedrijven hun kostenvoordeel beter kunnen uitbuiten. Daardoor wordt een efficiëntievoordeel relatief meer beloond in een sterk concurrerende markt dan in een markt waar elk bedrijf veel monopolie macht heeft. Anders gezegd, een gebrek aan concurrentie beschermt inefficiënte bedrijven tegen de meer efficiënte bedrijven in de markt.” (CPB, 2000)

Met andere woorden, een level playing field in termen van regels zorgt ervoor dat er geen verstoring op concurrentie is en dat een zo hoog mogelijke niveau van efficiëntie wordt bereikt: een level playing field in termen van regels en efficiëntie vormen geen trade-off. Immers, als bedrijven op een dergelijk gelijk speelveld opereren, hebben zij gelijke condities om te concurreren en doet de markt de rest: efficiënte bedrijven worden winstgevender; inefficiënte bedrijven worden minder winstgevend alvorens zij uit de markt worden geconcurrerd.⁴² Ook Morrison & White (2005) wijzen op dit voordeel in efficiëntie:

“Advocates of the level playing field argue that it allows [...] institutions to compete on an equal footing, and hence that it is likely to result in efficiency gains as more efficient institutions gain a larger market share.”

Er kunnen uitzonderingen bestaan op de positieve relatie tussen het level playing field in termen van regels en efficiëntie in het geval van markten in transitie: gelijke regelgeving kan minder efficiënt zijn indien een speler met een voorsprong geen mogelijkheden overlaat voor nieuwe spelers om goed te concurreren.

In het geval van een level playing field in termen van uitkomst, kan er wel een trade-off bestaan met efficiëntie. Het gelijktrekken van uitkomsten verwijdert de prikkel tot concurreren en daarmee tot efficiëntie. Immers, verwachte uitkomsten worden gelijkgetrokken ongeacht de efficiëntie van bedrijven. Hierdoor ontstaan verkeerde prikkels: efficiënte bedrijven zullen te weinig produceren, terwijl inefficiënte bedrijven gestimuleerd worden om in de markt te blijven en zij zullen teveel produceren. In dat geval bestaat er een negatieve relatie tussen level playing field in termen van uitkomst en concurrentie.

Een uitzondering hierop vormt de ingreep om een benadeelde partij tijdelijk een steuntje in de rug te geven en een impuls aan concurrentie te geven. Dan zou de relatie tijdelijk positief kunnen zijn.⁴³

De relatie tussen level playing field enerzijds en concurrentie(prikkels), efficiëntie en welvaart anderzijds wordt weergegeven middels Figuur 3.1 en Figuur 3.2.

In Figuur 3.1 is te zien dat de relatie tussen het creëren van een level playing field in termen van regels enerzijds, en welvaart⁴⁴ (gebaseerd op het creëren van prikkels tot concurrentie) anderzijds, positief is, maar met afnemende meeropbrengsten. Op een gegeven moment is welvaart immers op een zodanig

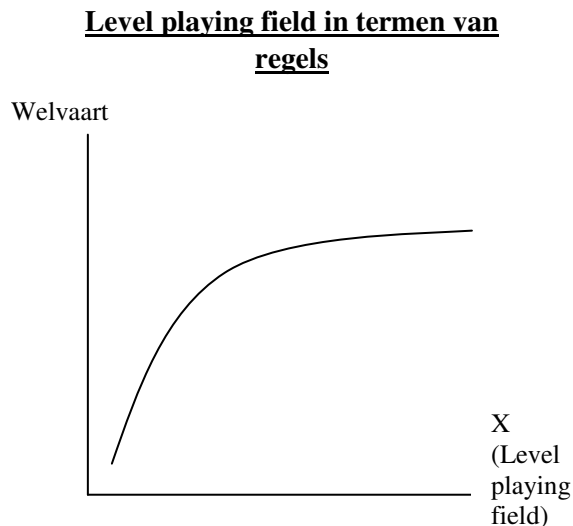
⁴² Boone (1997) beschrijft deze effecten op winstgevendheid. Indien een beleidsbesluit voldoet aan vier criteria (waaronder deze effecten op winstgevendheid), kan men concluderen dat het besluit ervoor zorgt dat er op de markt intensere competitie is.

⁴³ Zie paragraaf 3.3.1.

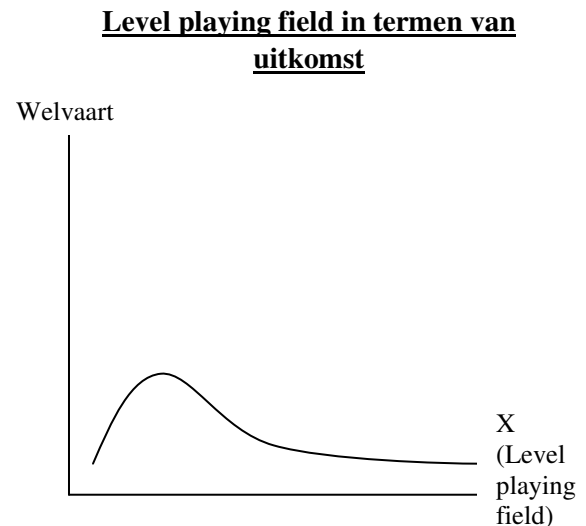
⁴⁴ Welvaart wordt hier gedefinieerd als totale welvaart: het totaal van consumer surplus en producer surplus.

niveau dat dit door het creëren van een level playing field niet verbeterd kan worden. Tevens bestaat er een limiet op het level playing field: level is level.

Figuur 3.1 Level playing field in termen van regels versus welvaart



Figuur 3.2 Level playing field in termen van uitkomst versus welvaart



$X =$ Mate van level playing field, waarbij $X = 1/z$

$X = 0$: grote ongelijkheid, ofwel unlevelness

$X = \infty$: gelijkheid, ofwel level playing field

$z =$ verschil in regels tussen spelers (1); verschil in uitkomst tussen spelers (2)

$z = 0$: geen verschil in regels (1); geen verschil in uitkomst (2)

een stijging in z betekent meer ongelijkheid

Indien $z = 0$, dan $x = 1/z = \infty$, er is sprake van een level playing field.

Figuur 3.2 geeft eenzelfde relatie weer, maar dan met een level playing field in termen van uitkomst. Deze relatie is tot op zekere hoogte positief: dit kan worden verklaard doordat met het effenen van het speelveld, het tijdelijk steunen van benadeelde partijen, een impuls aan concurrentie en welvaart kan worden gegeven. Doordat spelers met een nadeel in een gelijke positie worden gesteld als andere, bijvoorbeeld dominante, spelers, is het voor de andere spelers belangrijk om rekening te houden met 'de nieuwe concurrenten'. Dominante spelers kunnen zich daardoor niet meer onafhankelijk gedragen van (inefficiënte) concurrenten. Na dit punt⁴⁵ is het verder doortrekken van het level playing field niet gunstig en is het zelfs negatief voor welvaart, aangezien bedrijven gelijkgesteld worden en het voor hen geen zin heeft om te proberen een voordeel te behalen. Inefficiënte bedrijven worden hierdoor in de markt gehouden en zowel efficiënte als inefficiënte bedrijven krijgen een verkeerde prikkel. Er ontbreekt statische en dynamische efficiëntie: een bedrijf wordt immers op kunstmatige wijze in de

⁴⁵ Het exact bepalen van het punt tot waar het gunstig is om het speelveld te effenen en waarna het ongunstig wordt om hiermee door te gaan, valt niet binnen de doelstellingen van dit onderzoek. Wél zal in paragraaf 3.3 dieper worden ingegaan op de uitzonderingssituaties waarin asymmetrisch ingrijpen (ingrijpen richting een level playing field in termen van uitkomst) wenselijk kan zijn om welvaart te verhogen.

markt gehouden, wat ongunstig is voor welvaart. Het is voornamelijk deze prikkel tot inefficiëntie die ervoor zorgt dat welvaart als geheel daalt. Ook overheidsfalen speelt hier een rol. Overheidsfalen kan groter worden naarmate het level playing field in termen van uitkomst wordt nagestreefd. Immers, hoe meer dit level playing field wordt nagestreefd, hoe kleiner de verschillen tussen bedrijven worden, hoe moeilijker het is in te schatten hoe de overheid in kan grijpen om bedrijven op een gelijk speelveld te plaatsen. Overheidskosten stijgen in die gevallen. Paragraaf 3.3.2 zal dit verder bespreken.

Een gelijk speelveld in termen van regels geeft dus hogere welvaart doordat bedrijven onder gelijke voorwaarden met elkaar concurreren, daardoor meer prikkel hebben om te concurreren en de uitkomst een resultaat van prestaties van bedrijven is: er is geen overheidsingrijpen. Bij een gelijk speelveld in termen van uitkomst ontbreekt die prikkel tot concurrentie juist, waardoor minder efficiëntie en lagere welvaart resulteert.

Asymmetrisch ingrijpen door de overheid, waar tijdelijk de posities van spelers worden bewerkt en waar dus een meer gelijke uitkomst wordt gecreëerd, kan wel tijdelijk voor een impuls op concurrentie zorgen. Ook dan moet er nooit een compleet gelijk speelveld in termen van uitkomst worden nagestreefd. Op lange termijn is het creëren van een level playing field in termen van regels uit efficiëntie- en welvaartsoverwegingen te verkiezen boven het creëren van een level playing field in termen van uitkomst.

3.2.2 Level playing field en toetredingsbelemmeringen

Het doel van het creëren van een level playing field in termen van regels is het bevorderen van concurrentie, waardoor meer efficiëntie en daarmee meer welvaart verkregen wordt. Het zorgt er voor dat het voor marktpartijen aantrekkelijk blijft om op de markt te concurreren en het draagt daarmee bij aan één van de voorwaarden om volledig vrije mededinging⁴⁶ te verkrijgen: voldoende aanbieders.⁴⁷

Aan deze voorwaarde wordt tevens voldaan indien toe- en uittredingsbarrières laag zijn. Het verlagen van toetredingsbelemmeringen is dus een tweede manier om voldoende aanbieders op een markt te hebben en draagt daardoor bij aan het bevorderen van concurrentie.

Eerst zal dieper worden ingegaan op toetreding en belemmeringen daarop. De relatie tussen level playing field en toetredingsbelemmeringen komt later in deze paragraaf aan de orde.

Toetreding en toetredingsbelemmeringen

Toetreding kan op verschillende manieren gebeuren. Zo kan er sprake zijn van ‘hit-and-run entry’, waarmee geen grote investeringen gemoeid zijn en waarbij uittreding van de markt ook gemakkelijk

⁴⁶ Een markt met Volledig Vrije Mededinging (VVM) wordt gezien als een markt met het meest optimale resultaat voor welvaart.

⁴⁷ De voorwaarden voor Volledige Vrije Mededinging zijn: a) veel vragers en veel aanbieders; b) homogeen product; c) vrije toe- en uittreding; d) transparantie. Men kan stellen dat voldoende aanbieders en veel aanbieders overeenkomen in voorwaarde indien toetredingsbarrières laag zijn: de markt is een betwistbare markt.

is.⁴⁸ Of er kan sprake zijn van meer ‘committed entry’ waarvoor juist relatief hoge investeringen nodig zijn en waar de speler in principe goed heeft overdacht of deze kosten terug te verdienen zijn. Een markt met meer vrije toe- en uittreding is dus meer betwistbaar⁴⁹ en ofwel bestaat er een dreiging tot toetreding, ofwel wordt hit-and-run entry werkelijk gerealiseerd:

“Ook indien lage drempels niet leiden tot feitelijke toetreding gaat hier een disciplinerend effect van uit op bestaande aanbieders.” (CPB, 2003)

De mate waarin toetreding makkelijk is, en dus in hoeverre een markt betwistbaar is, hangt af van de hoogte van toetredingsbelemmeringen. Bain (1956) komt voor het eerst met een definitie van ‘barrier to entry’, waardoor veel discussie op gang komt. Carlton en Perloff (1994:110) hanteren de volgende definitie:

“A barrier to entry is anything that prevents an entrepreneur from instantaneously creating a new firm in a market. A long-run barrier to entry is a cost that must be incurred by a new entrant that incumbents do not (or have not had to) bear.”

In het algemeen kunnen toetredingsbelemmeringen in verschillende groepen worden ingedeeld. Zo maakt OECD (2005a) een indeling naar drie categorieën:

- 1) statutory barriers: wetten, regelgeving en andere administratieve zaken
- 2) structural barriers: technologische of vraaggerelateerde kenmerken van de industrie
- 3) strategic barriers: marktgedrag, informatieasymmetrie tussen zittende speler en toetreder

Toetreding en het level playing field

De indeling van toetredingsbarrières door de OECD vertoont een relatie met het level playing field. Statutory barriers tonen overeenkomst met het gelijke speelveld in termen van regels; strategic barriers vertonen een gelijkenis met het gelijke speelveld in termen van uitkomst. Tenslotte kunnen structural barriers worden gezien als algemene belemmeringen op ondernemerschap.

Hoewel toetredingsbarrières gelden voor een groep toetreders ten opzichte van een groep zittende spelers, gaat het bij een level playing field juist om verschillen tussen partijen die zich in een gelijke positie ten opzichte van de markt bevinden.⁵⁰ Toetredingsbelemmeringen hebben niet als effect dat er voor een groep onderling een ongelijk speelveld is.

⁴⁸ Met andere woorden: op dergelijke markten zijn zowel entry costs als exit costs laag.

⁴⁹ Baumol (1982) definieert een betwistbare markt als volgt: “A contestable market is one into which entry is absolutely free, and exit is absolutely costless.” Zie voor meer informatie over betwistbare markten of haar welvaartsimplicaties Baumol (1982) of Martin (2000).

⁵⁰ Dit wil zeggen: toetreders versus toetreders en zittende spelers versus zittende spelers.

In de afwezigheid van toetredingsbelemmeringen zijn er nauwelijks tot geen verschillen tussen toetreders en zittende spelers. In dat geval zal echter niet worden gesproken over een level playing field tussen toetreders en zittende spelers, maar zal dit een betwistbare markt worden genoemd, zoals bijvoorbeeld Baumol (1982) die beschrijft. Toetredingsbelemmeringen worden in dit onderzoek niet gezien als factoren die een unlevel playing field veroorzaken.

Wél kan het het geval zijn dat er bij toetreders onderling verschillen bestaan in de regels voor toetreding.⁵¹ In dat geval kan ook gesproken worden van een ongelijk speelveld in termen van regels: het gaat immers om partijen die zich in een gelijke situatie ten opzichte van de markt bevinden.

“Daarnaast kunnen toetredingsdrempels de concurrentie verstoren wanneer ze niet gelijk zijn voor alle marktpartijen. Dergelijke toetredingsdrempels creëren een ongelijk speelveld.”
(CTG/ZAio, 2005)

In dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt in het verlagen van toetredingsbelemmeringen en het wegnemen van factoren die een unlevel playing field veroorzaken, als manieren om concurrentie te stimuleren. Het eerste leidt tot een meer betwistbare markt, het tweede tot een meer level playing field. Terwijl toetredingsbelemmeringen ongelijkheden zijn tussen partijen die zich in een verschillende positie ten opzichte van de markt bevinden, dat wil zeggen toetreders versus zittende spelers, zijn factoren die een unlevel playing field veroorzaken juist van toepassing op partijen die zich in een gelijke positie ten opzichte van de markt bevinden.

Men kan zich bij dit onderscheid wel afvragen wie de zittende spelers zijn, met andere woorden: wat is de relevante markt?⁵² Gegeven dat het moeilijk is de relevante markt af te bakenen, kan het tevens lastig zijn om een lijn te trekken tussen het level playing field en toetredingsbelemmeringen. Het onderscheid zal in praktijk op veel problemen stuiten. Dit zal ook blijken uit het voorbeeld in de telecomsector in paragraaf 3.4.2.

⁵¹ Een voorbeeld van ongelijke toetredingsbelemmeringen voor zorgaanbieders was het verschil in aanvraagprocedure tussen ziekenhuizen en ZBC's, vastgelegd in de verruimende regelgeving voor ZBC's in 2003 (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003). Een ziekenhuis moest zowel een verklaring van behoefte als een vergunning aanvragen voordat zij mocht starten met de bouw en exploitatie van ziekenhuisdiensten; een ZBC hoefde slechts een vergunning aan te vragen. Door verschillen in de lengte van de aanvraagprocedure, kan dit een ongelijk speelveld tussen toetreders vormen. In de huidige regeling bestaat er een verschil doordat ziekenhuizen een toelating met bouw en ZBC's een toelating zonder bouw aanvragen.

⁵² Zo is er in de zorgsector sprake van privé-klinieken die zogenaamde derde compartimentzorg leveren. Na veranderde regelgeving traden veel van deze klinieken toe op de markt voor tweede compartimentzorg. Klinieken waren dus wel zittende spelers op de zorgmarkt als geheel, maar waren op het gedeelte van de tweede compartimentzorg toetreders. Men kan zich hierbij afvragen of zij als toetreders of als zittende spelers moeten worden aangemerkt.

3.2.3 Level playing field, toetredingsbelemmeringen en welvaart

Het verlagen van toetredingsbelemmeringen en het creëren van een meer gelijk speelveld in termen van regels zijn twee aparte manieren om concurrentie te stimuleren. Echter, beide zorgen ervoor dat voldoende aanbieders op de markt kunnen zijn.⁵³ De een versterkt de ander.

Het hebben van voldoende aanbieders is een van de voorwaarden van volledig vrije mededinging, de industriestructuur die wordt gezien als optimaal voor welvaart. Het verlagen van toetredingsbelemmeringen zorgt ervoor dat spelers makkelijk toe kunnen treden; het creëren van een meer level playing field in termen van regels zorgt ervoor dat partijen genieten van concurrentie onder gelijke uitgangsposities, zodat het voor hen aantrekkelijk is om de concurrentiestrijd aan te gaan, waardoor ze op de markt willen blijven. Beide instrumenten dienen om meer concurrentie, meer efficiëntie en meer welvaart te creëren.

Figuur 3.3 geeft deze relatie weer. Concurrentie, efficiëntie en welvaart, worden gestimuleerd door de druk van voldoende aanbieders op een markt. Er kunnen voldoende aanbieders zijn indien

- a) voor potentiële spelers de toetredingsbarrières worden verlaagd;
- b) voor spelers op de markt een level playing field in termen van regels wordt gecreëerd.

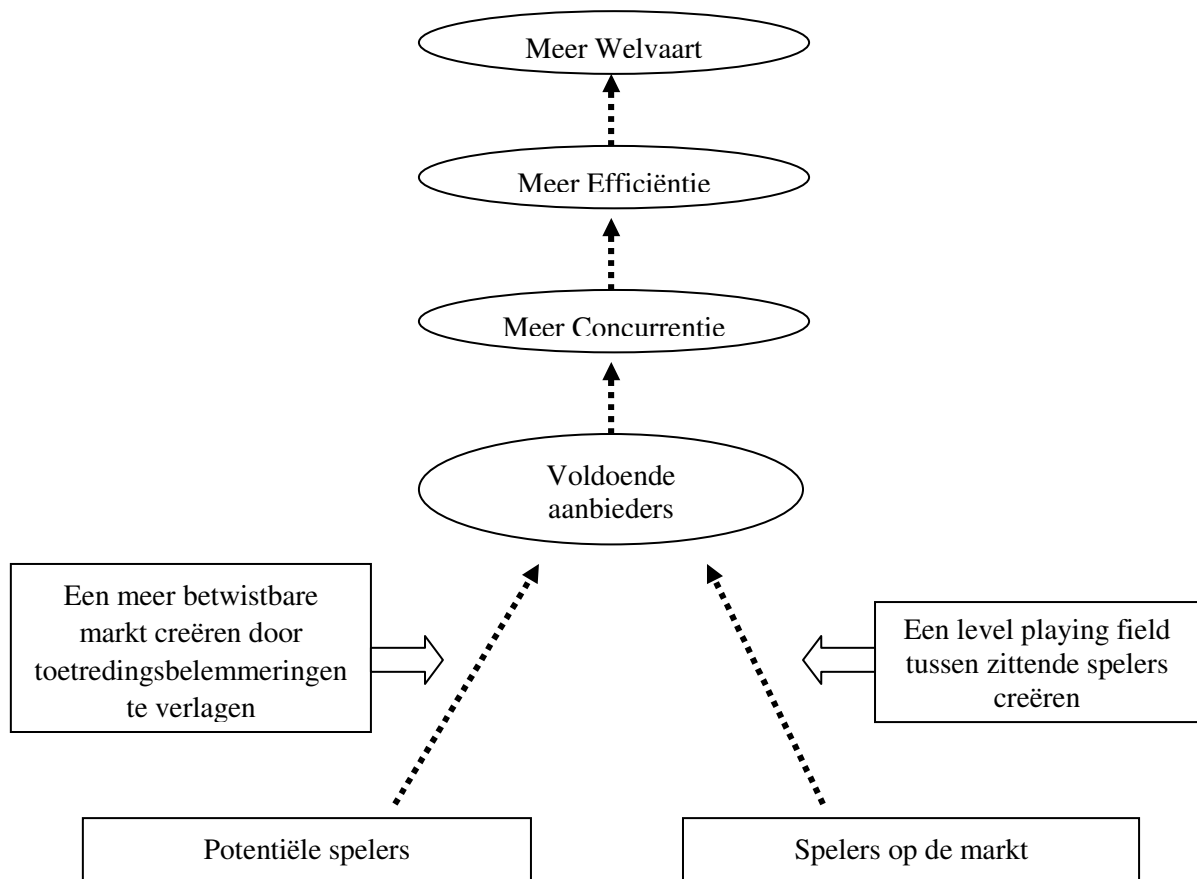
Een level playing field in termen van regels kan er voor zorgen dat het voor spelers aantrekkelijk is om de concurrentiestrijd aan te gaan, omdat zij onder gelijke voorwaarden concurreren. Het is geen bescherming voor inefficiënte spelers om op de markt te blijven.

Doordat de markt aantrekkelijk wordt gemaakt voor zowel zittende als potentiële spelers, kunnen er voldoende aanbieders zijn, wat zal leiden tot meer concurrentie. Zowel het creëren van een meer level playing field in termen van regels als het verlagen van toetredingsbelemmeringen, kunnen marktmacht beperken door voldoende aanbod op de markt in stand te houden. Het resultaat van marktwerking is vervolgens dat efficiënte partijen op de markt blijven en dat inefficiënte spelers uit de markt worden geconcurrereerd.

⁵³ In een aantal gevallen zal het creëren van een level playing field in termen van regels juist leiden tot het verwijderen van spelers van de markt. Hierbij kan gedacht worden aan de landbouwsubsidies in de EU. Indien deze worden afgeschaft, en het speelveld dus meer gelijk wordt gemaakt, zullen veel boeren failliet gaan. In deze context zal het subsidiebeleid niet gericht zijn op concurrentie en de daarmee gepaard gaande efficiëntie en welvaart. Duidelijk is dat hier andere belangen spelen. Zo kan er bijvoorbeeld sprake zijn van het behoud van werkgelegenheid of het belang van een bepaalde sector voor de maatschappij.

Om te zien wanneer het creëren van een level playing field in termen van regels zal leiden tot een vermindering of juist tot het behoud van spelers, kan als eerste aanwijzing worden gekeken naar de manier van hulp vooraf aan interventie. Indien zwakke spelers voorheen bevoordeeld werden (bijvoorbeeld door subsidies zoals in landbouw wordt gedaan), kan het realiseren van een gelijk speelveld in termen van regels ervoor zorgen dat het aantal spelers op de markt vermindert. Indien zwakke spelers van tevoren benadeeld worden door overheidsbeleid, kan het creëren van een meer level playing field in termen van regels juist leiden tot het behoud van deze spelers. Echter, het idee achter het creëren van een meer gelijk speelveld in termen van regels, is om het voor partijen aantrekkelijk te maken om op de markt te concurreren en in die zin zorgt het meer gelijkmaken van het speelveld voor voldoende aanbieders. Deze laatste visie zal gehanteerd worden. Het effect hiervan, de scheiding van efficiënte en inefficiënte bedrijven, is een resultaat van de marktwerking die daarop volgt.

Figuur 3.3 Level playing field in termen van regels, toetredingsbelemmeringen en welvaart



Figuur 3.3 laat zien dat het doel van het creëren van een level playing field in termen van regels niet is om volledig vrije mededinging te bereiken. Immers, dit is een theoretisch ideaalbeeld dat in werkelijkheid niet of nauwelijks bestaat. Veel belangrijker is het om méér concurrentie, méér efficiëntie en daardoor méér welvaart te creëren. Om een zelfde reden is het niet mogelijk om een 100% level playing field te creëren. Het gaat om het minimaliseren van een unlevel playing field, zodat concurrentie op een markt (opnieuw) gestimuleerd wordt.

3.2.4 Conclusie

Deze paragraaf heeft laten zien dat de twee concepten van het level playing field verschillende relaties met concurrentie en welvaart vertonen. Het level playing field in termen van regels geeft bedrijven een prikkel om te concurreren en de uitkomst op de markt is een resultaat van de prestaties van die bedrijven. Deze prikkel ontbreekt bij een gelijk speelveld in termen van uitkomst. Een uitzondering hierop is het tijdelijk effenen van het speelveld met als doel concurrentie van de grond te laten komen. Ook dan moeten uitkomsten echter niet geheel gelijk worden getrokken. Op lange termijn is het creëren van een level playing field in termen van regels uit efficiëntie- en welvaartsoverwegingen te verkiezen boven het creëren van een level playing field in termen van uitkomst. Hierbij moet voor

ogen worden gehouden dat het niet gaat om een 100% level playing field in termen van regels, maar veel meer om het minimaliseren van een unlevel playing field.

Daarnaast werd de relatie onderzocht tussen het level playing field en toetredingsbelemmeringen. In theorie is het mogelijk om tussen deze begrippen een onderscheid te maken. Het level playing field heeft immers betrekking op een groep spelers die zich in een gelijke positie ten opzichte van de markt bevinden, terwijl toetredingsbelemmeringen betrekking hebben op twee groepen spelers die zich in een verschillende positie ten opzichte van de markt bevinden: namelijk toetreders en zittende spelers. In praktijk blijkt deze theoretische scheiding niet altijd zo duidelijk te zijn. Het verlagen van toetredingsbelemmeringen en het creëren van een level playing field in termen van regels zijn echter beide manieren om concurrentie te stimuleren.

3.3 Overheidsingrijpen

Deze paragraaf gaat in op de rol van de overheid. Eerst zullen een aantal manieren van overheidsingrijpen worden gepresenteerd. Vervolgens zullen de kosten van overheidsingrijpen worden behandeld. Tenslotte zal op basis van overheidsingrijpen een afweging worden gemaakt in het voordeel van een van beide soorten level playing field.

3.3.1 Manieren van overheidsingrijpen

De overheid kan op verschillende manieren een level playing field creëren door in te grijpen op de markt.

Ten eerste kan het ingrijpen tijdelijk of permanent van karakter zijn. Een tijdelijke maatregel zou gerechtvaardigd zijn indien concurrentie niet van de grond komt. Dit is het tijdelijk effenen van het speelveld (in termen van uitkomst), of het tijdelijk ‘unlevellen’; hierop zal later in deze paragraaf uitgebreider worden ingegaan. Een regeling toegepast in netwerksectoren, die erop gericht is om nieuwe spelers op termijn zelf een netwerk op te laten bouwen, zoals bedacht met het sunset proposal, past ook bij een tijdelijke ingreep.⁵⁴ Het permanent ingrijpen van de overheid komt meer tot uiting in het aanpassen van regelgeving.

⁵⁴ Zie bijvoorbeeld Bergman, 2004: hoofdstuk 7. De sunset proposal bespreekt een type access regime waarbij nieuwe spelers in eerste instantie toegang hebben tot het netwerk van de zittende partij (bijvoorbeeld KPN in het geval van telecom) tegen een lage toegangsprijs, maar waarbij zij geprikkeld worden tot het opbouwen van een eigen netwerk door toegangsprijzen tot het netwerk langzaam te laten stijgen. In een uiteindelijk stadium is regulering wellicht niet meer noodzakelijk. De discussie rondom het sunset proposal past binnen de discussie of er in netwerksectoren concurrentie in diensten moet plaatsvinden of concurrentie in netwerken als geheel. Bergman bespreekt in zijn hoofdstuk 7 de kritische punten van de sunset proposal. Volgens hem levert het toepassen van de sunset proposal geen tijdelijk overheidsingrijpen op en blijft regulering noodzakelijk.

Ten tweede kan de overheid de heterogeniteit tussen bedrijven verminderen door ofwel symmetrisch ofwel asymmetrisch optreden. Symmetrisch ingrijpen heeft duidelijk de voorkeur boven asymmetrisch ingrijpen.

Asymmetrisch ingrijpen door de overheid komt overeen met het creëren van een meer gelijk speelveld in termen van uitkomst.⁵⁵ Immers, asymmetrie geeft geen gelijke mogelijkheden aan bedrijven op dezelfde markt. In paragraaf 3.2 werd aangeduid dat dit verkeerde prikkels bij bedrijven veroorzaakt.

Wanneer de overheid symmetrisch ingrijpt in de markt, discrimineert zij niet tussen bedrijven, maar zorgt zij ervoor dat de algemene kenmerken in de markt aangepast worden. Dit is ten bate van alle marktspelers en draagt bij aan een level playing field in termen van regels.

Een voorbeeld is het instellen van een regel voor alle partijen op de markt, die voorheen slechts voor één partij gold. Dit symmetrisch ingrijpen, ook wel levelen, zorgt ervoor dat een meer level playing field in termen van regels wordt gecreëerd.

Paragrafen 3.1 en 3.2 concludeerden reeds dat het nastreven van een level playing field in termen van regels over het algemeen wenselijk is. Als een level playing field in termen van regels gewaarborgd is, hebben bedrijven een gelijke uitgangspositie om met elkaar te concurreren; de uitkomst op de markt is dan een resultaat van prestaties van bedrijven. Volgens Okun, zijn verschillen die dan ontstaan eenvoudiger te accepteren dan verschillen die ontstaan door verschil in uitgangspunten:

“Much of the interest in the sources of inequality reflects a conviction that economic inequalities that stem from inequality of opportunity are more intolerable (and, at the same time, more remediable) than those that emerge even when opportunities are equal.” (Okun, 1975)

Echter, er kunnen zich situaties voordoen waarin de overheid asymmetrisch moet ingrijpen, bijvoorbeeld omdat concurrentie niet van de grond komt. Door gelijke regels toe te passen krijgen kleine, vaak relatief nieuwe spelers op de markt geen kans en vormen zij geen effectieve concurrenten voor grotere, vaak langer zittende spelers. Indien dit de competitie ernstig verstoort, of indien concurrentie niet op gang komt, kan de overheid besluiten om in te grijpen in het voordeel van de kleinere spelers; asymmetrisch ingrijpen. Het is tenslotte concurrentie en de daaruit volgende

⁵⁵ Een uitzondering hierop vormen de principes van ‘backing winners’ of ‘picking winners’. ‘Backing winners’ wordt gebruikt wanneer spelers die al een voorsprong hebben op de markt verder worden geholpen. Dit kan worden gezien als het stimuleren van zogenaamde ‘national champions’. Daarnaast kan gesproken worden van ‘picking winners’ indien willekeurig een bedrijf wordt gekozen dat geholpen wordt. Het al dan niet hebben van een voorsprong wanneer een bedrijf geholpen wordt, maakt het verschil. In geval van deze twee principes zorgt asymmetrisch ingrijpen voor een meer ongelijke situatie in de positie van spelers.

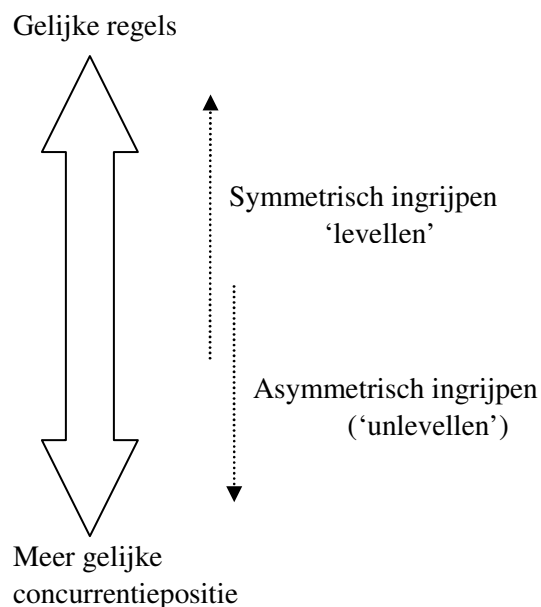
Het verschil met deze soorten asymmetrisch ingrijpen en het asymmetrisch ingrijpen bedoeld, is dat het asymmetrisch ingrijpen ten behoeve van het level playing field op tijdelijkheid is gericht. Dit is niet het geval bij backing of picking winners, waar bedrijven op lange termijn worden geholpen om een national champion te worden. Backing of picking winners moet veel meer worden gezien als langdurige staatssteun.

efficiëntie en welvaart, dat nagestreefd wordt en niet het level playing field. Asymmetrisch ingrijpen kan op twee manieren ingevuld worden:

- a) Zo kan de overheid er voor kiezen om, in termen van regels, het speelveld iets te ‘unlevellen’. Als de overheid bewust regels ongelijk maakt om een impuls aan concurrentie te geven, probeert zij de uitkomst van bepaalde spelers positiever te maken. Dergelijk asymmetrisch ingrijpen, het unlevellen, moet echter wel een tijdelijke maatregel zijn, zoals aangegeven in paragraaf 3.2.1.
- b) Daarnaast kan asymmetrisch ingrijpen gericht zijn op het bevorderen van een concurrentiepositie van een speler of groep spelers, zonder daarbij regelgeving aan te passen. Dit is het geval indien de overheid spelers tijdelijk aan de hand neemt door bijvoorbeeld te helpen bij onderhandelingen. In dit geval is bij het asymmetrisch ingrijpen geen sprake van unlevellen omdat gelijke regelgeving in stand blijft.

De tegenstelling die bestaat tussen het creëren van een meer level playing field in termen van regels en het creëren van een meer level playing field in termen van uitkomst, komt in grote lijnen overeen met respectievelijk het symmetrisch en asymmetrisch ingrijpen door de overheid; en respectievelijk het levellen en unlevellen van het speelveld. Dit is weergegeven in Figuur 3.4.

Figuur 3.4 Symmetrisch versus asymmetrisch ingrijpen



Asymmetrisch ingrijpen kan vaak beargumenteerd worden doordat een markt in transitie is of omdat er publieke belangen spelen. Het Ministerie van Economische Zaken (EZ) verstaat onder een markt in transitie een markt waarop liberalisering⁵⁶, privatisering⁵⁷ of deregulering⁵⁸ plaatsvindt als gevolg

⁵⁶ De overheid introduceert concurrentie tussen ondernemingen door introductie van meer spelers op een markt.

waarvan zich een brede omslag voltrekt over een langere periode en waarbij sprake is van toenemende marktdynamiek.

Die markten die in transitie zijn, zijn voorheen markten geweest waar de overheid veel zeggenschap had, met name omdat er bepaalde publieke belangen speelden, die een reden waren voor het ingrijpen van de overheid.⁵⁹ Doordat publieke belangen dynamisch zijn als gevolg van technologische ontwikkelingen, individualisering en internationalisering⁶⁰, kunnen de overwegingen van de overheid veranderen. Zij kan dan besluiten tot liberaliseren, privatiseren of dereguleren, ten behoeve van doelmatigheid. Een dergelijke markt in transitie komt dus in feite voort uit wet- en regelgeving uit het verleden en veranderingen door de overheid.

Op een markt in transitie veranderen de onderlinge verhoudingen sterk. Er kan, zeker in het begin, een traditionele speler zijn die een voordelige positie heeft en daardoor het verkrijgen van effectieve concurrentie belemmert. Dat kan een reden zijn voor tijdelijk, asymmetrisch overheidsingrijpen. Immers, de overheid wil nieuwe (kleinere) spelers een steuntje in de rug geven om een impuls aan concurrentie te geven. Het speelveld wordt dus iets gekanteld in het voordeel van kleinere spelers.

Een andere reden voor asymmetrisch ingrijpen kan aanwezig zijn, wanneer er andere redenen dan concurrentie en efficiëntie bestaan, die het aanbrengen van verschillen tussen spelers rechtvaardigen. Publieke belangen nemen hier een belangrijke plaats in.

In beide gevallen wordt het level playing field in termen van regels tijdelijk losgelaten; uitkomsten worden meer gelijkgetrokken. Dit wil echter niet zeggen dat er gestreefd wordt naar een level playing field in termen van uitkomst. Dit moet nooit het oogpunt zijn. Op lange termijn, blijft namelijk het level playing field in termen van regels het streven; het tijdelijk afwijken hiervan maakt de transitiefase mogelijk korter, waardoor eerder kan worden overgegaan op het instellen van gelijke regels.

3.3.2 Kosten van overheidsingrijpen

“Creating a rules-based or outcome-based level playing field is not a policy goal by itself. Tilting the playing field is only desirable if it contributes to welfare.”⁶¹ (Appelman et al., 2003)

⁵⁷ De overheid trekt zich terug als aandeelhouder van bedrijven.

⁵⁸ De overheid minimaliseert regelgeving.

⁵⁹ Dit kan bijvoorbeeld tot uiting zijn gekomen in de oprichting van een staatsmonopolie, zoals in de markten voor telecom en spoorwegen.

⁶⁰ Een voorbeeld is het invoeren van rekeningrijden. Voorheen werd opgevat dat snelwegen publieke goederen waren doordat niemand was uit te sluiten van het gebruik (niet-uitsluitbaar) en het gebruik ervan door de een het gebruik door een ander niet verhinderde (tot op zekere hoogte) (niet-rivaliserend). Snelwegen waren zogenaamde ‘impure public goods’. Die opvatting is door technologische ontwikkelingen veranderd. Immers, het is tegenwoordig mogelijk om de snelweg of het gebruik van de snelweg te prijzen en dit door te berekenen aan de gebruiker. Snelwegen zijn daarmee niet langer publieke goederen. Zo kan de insteek van de overheid veranderen.

⁶¹ In de zorg moet men dan tevens voor ogen houden dat het level playing field, en de daarmee gepaard gaande concurrentie, zeker niet de doelen zijn die nagestreefd worden. Uiteraard wordt er marktwerking geïntroduceerd,

Bovenstaand citaat geeft aan dat overheidsingrijpen niet vanzelfsprekend is. De overheid moet een belangrijke afweging maken wanneer zij overweegt om in te grijpen. Belangrijk is om de positieve effecten van overheidsingrijpen om welvaart en concurrentie te stimuleren af te wegen tegen de kosten daarvan.

In de literatuur worden verschillende kosten van overheidsingrijpen genoemd.

Ten eerste is er risico op overheidsfalen. Het kan gebeuren dat de overheid een verkeerd besluit neemt. Dit kan er zelfs voor zorgen dat welvaart vermindert. Onvoldoende informatie over de markt (asymmetrische informatie) of politiek opportunisme⁶² kunnen dit veroorzaken. De kans op overheidsfalen is het grootst wanneer asymmetrische regels worden toegepast. De overheid kampt namelijk met een informatietekort wat betreft de verschillen tussen bedrijven, de manieren om die verschillen meer gelijk te maken, en de hoeveelheid invloed die bepaalde maatregelen op het waargenomen verschil hebben. Uit figuur 3.2 blijkt dat afhankelijk van de mate van stimulering er positieve of negatieve gevolgen kunnen zijn: de functie tussen welvaart en een level playing field in termen van uitkomst is immers niet eenduidig positief. In geval van symmetrisch ingrijpen is dit niet het geval.

Andere vormen van overheidsfalen zijn bijvoorbeeld regulatory risk en regulatory capture.⁶³

“The argument that a more desirable outcome can be obtained in particular situations by policies that ‘level the playing field’ is nothing more than an excuse for an extortion program.” (Bostaph, 2005)

Ten tweede zijn er transactiekosten.⁶⁴ Vaak vraagt ingrijpen om complexe regelgeving. Bovendien kunnen nieuwe regels directe gevolgen hebben op het budget van de overheid, bijvoorbeeld door subsidies of belastingvoordelen voor bepaalde bedrijven.

maar het feit dat dit ‘gereguleerde marktwerking’ is, geeft al aan dat marktwerking niet ten koste van alle andere belangen moet gaan. De stelselwijziging zorg is ingevoerd om kwaliteit te verhogen. Daarnaast moet er rekening worden gehouden met toegankelijkheid en betaalbaarheid. Efficiëntie en effectiviteit (uitkomsten van marktwerking) zijn in die mate wenselijk dat zij genoeg ruimte laten voor factoren als bijvoorbeeld kwaliteit.

⁶² Hart, Shleifer & Vishny (1996) beschrijven twee vormen van politiek opportunisme. Een eerste is ‘corruption’: “In short, a corrupt government official can use a variety of powers at his disposal to reduce the quality and raise the cost of services to the government, and collect bribes in exchange”. Een tweede vorm is ‘patronage’: “An equally important consideration ignored by assuming that politicians act in the public interest is that politicians often cater to special interest groups, such as labor unions, to win elections”.

⁶³ Regulatory risk is het risico voor een gereguleerd bedrijf dat de overheid op elk moment de regels kan veranderen en dat het bedrijf hierdoor in onzekerheid is. Dit kan veroorzaken dat het bedrijf niet langer wil produceren; dit is het zogeheten ‘hold-up’ probleem.

Regulatory capture houdt in dat de regulerende instanties in de loop der tijd onder invloed komen van de gereguleerde industrie. Op die manier kunnen bedrijven in de industrie hun private belangen veiligstellen.

⁶⁴ Deze transactiekosten worden ook wel uitvoering- en handhavingkosten genoemd. (KCOV, 2006)

Ten derde moet de overheid rekening houden met neveneffecten van ingrijpen op bijvoorbeeld gelijkheid (equity) en efficiëntie:

“Government interventions to create a ‘level playing field’ prevent the law of association from determining who produces what.” (Bostaph, 2005)⁶⁵

Ook hier geldt dat de kans op het ontstaan van dergelijke effecten het grootst is wanneer er asymmetrische ingrijpen plaatsvindt. Effecten op efficiëntie zijn bijvoorbeeld aanwezig wanneer regels worden toegepast in het voordeel van een aantal bedrijven (en in het nadeel van andere) en zo prikkels verhogen die niet gerelateerd zijn aan comparatieve voordelen, zoals al eerder beschreven.

Ondanks deze kosten en risico's behorend tot overheidsingrijpen, treedt de overheid niet voor niets op. Dit is de trade-off tussen marktfalen en overheidsfalen. Hierin zal door de overheid een afweging moeten worden gemaakt.

Naast de kosten van overheidsingrijpen die de overheid moet afwegen tegen de baten van het verhelpen van het marktversturende situaties⁶⁶, zijn er verschillende wettelijke bepalingen waarmee rekening dient worden gehouden. Zo zijn er de basisprincipes van het recht:

- a) het principe op gelijkheid
- b) het principe van non-discriminatie
- c) het principe van proportionaliteit.

Daarnaast bestaat er spanning tussen het bevorderen van competitie en de toepasbaarheid van staatssteun. Staatssteun die competitie verstoort door bepaalde bedrijven te bevoordelen, is, met een beperkt aantal uitzonderingen, verboden in het EG-akkoord, neergelegd in art.87(1).⁶⁷ Desalniettemin zijn asymmetrische regels niet per definitie verboden: per zaak wordt bekeken of staatssteunoverwegingen of overwegingen met betrekking tot concurrentiebevordering zwaarder wegen. Overwegingen ten aanzien van staatssteun spelen echter voornamelijk in internationale context.

3.3.3 Het nastreven van een level playing field

De overheid maakt ten allen tijde een afweging tussen baten en kosten van ingrijpen. Het is daarbij belangrijk om te onthouden wat het doel is van het creëren van een level playing field.

⁶⁵ Bostaph bedoelt hier dat landen of bedrijven absolute of comparatieve voordelen hebben die bepalen wat waar wordt geproduceerd. Hij verwijst hier naar Ricardo's 'law of comparative advantage' en de meer algemene vorm door Ludwig von Mises 'law of association'. Door interventie van de overheid wordt deze 'law of association' verstoord en dit kan ten koste gaan van efficiëntie. Echter, Bostaph heeft het hier over een level playing field in termen van uitkomst; dit verstoort immers marktwerking. Indien een level playing field in termen van regels wordt toegepast, kan 'the law of comparative advantage' nog steeds werken.

⁶⁶ Teulings et al. (2003) geven dit als volgt weer: “de waarde van het publieke belang afwegen tegen transactiekosten van politiek ingrijpen”

⁶⁷ Treaty establishing the European Community.

Alternatieve opties voor het stimuleren van concurrentie zijn bijvoorbeeld het verhogen van de transparantie op de markt en het verlagen van overstapkosten.⁶⁸

In paragraaf 3.2.3 werd al genoemd dat overheidsingrijpen er niet op gericht moet zijn om een 100% level playing field te creëren, maar veel meer op het minimaliseren van een unlevel playing field. Echter, hoe is een unlevel playing field vast te stellen? Is een speelveld dat niet geheel gelijk is, daarmee onmiddellijk unlevel? In theorie kan men stellen dat wat niet level is, unlevel is. De praktijk is echter niet zwart-wit.

Een gelijk speelveld in termen van uitkomst, waarbij partijen gelijke kansen hebben, lijkt onmogelijk te realiseren. Bovendien kan overheidsbeleid hier niet op gericht zijn, omdat kansen en posities van spelers geen knoppen zijn voor de overheid om aan te draaien.

Wat betreft het gelijke speelveld in termen van regels is het vaak het geval dat er door een diversiteit aan regelgeving voor de ene partij een pluspunt ontstaat en voor een andere partij een minpunt en vice versa. De vraag rijst dan of deze voor- en nadelen tegen elkaar opwegen, zodat een ongelijk speelveld toch redelijk level kan zijn en concurrentie ‘eerlijk’ kan zijn. Het is echter onmogelijk om voor- en nadelen van diverse spelers te kwantificeren en vervolgens te wegen. Gezien het feit dat het creëren van een 100% gelijk speelveld onmogelijk lijkt in de praktijk, zal het laten opwegen van voor- en nadelen desondanks één van de manieren zijn waarop de overheid een unlevel playing field minimaliseert.

Level en unlevel zijn dus slechts extremen zijn en het realistische werkgebied ligt daartussen. Overheidsingrijpen heeft dus voornamelijk tot doel om het speelveld te levelen, en niet zozeer om een 100% level playing field te creëren.⁶⁹ Het speelveld moet zodanig zijn dat het spel gespeeld kan worden.

3.3.4 Conclusie

Overheidsingrijpen kan tijdelijk of permanent zijn. Daarnaast kan het ook symmetrisch of asymmetrisch worden toegepast. Wanneer een markt in transitie is, of wanneer er bepaalde publieke belangen in het spel zijn, kan dit een reden zijn om asymmetrisch ingrijpen toe te passen: in sommige gevallen het ‘unlevelen’ van het speelveld. Belangrijk is dat dit ingrijpen tijdelijk van aard is.

⁶⁸ In het geval van de zorgsector kan de transparantie worden verhoogd door het introduceren van kwaliteitsindicatoren van zorgverlening. Deze kunnen ervoor zorgen dat consumenten en zorgverzekeraars een betere vergelijking kunnen maken tussen de diensten van verschillende ziekenhuizen en ZBC's en daarop gebaseerd een beter onderbouwde keuze voor een bepaalde zorgaanbieder kunnen maken. Dit keuzegedrag van de consument en zorgverzekeraar werkt disciplinerend op het gedrag van zorgaanbieders en zij worden daardoor geprikkeld om beter te presteren en dus neemt de concurrentie toe.

⁶⁹ Bovendien kan beargumenteerd worden dat bij sommige gevallen van extreme ongelijkheid die slecht zijn voor welvaart, tevens de Mededingingswet wordt toegepast. Immers, de Mededingingswet verbiedt ondernemingen met een machtspositie om misbruik van hun positie te maken, indien dit welvaartsverlagende effecten heeft. Hier geldt dat het ingrijpen voortkomt uit wensen voor meer concurrentie en welvaart, en niet zozeer uit wensen om een meer gelijk speelveld te creëren.

Asymmetrisch ingrijpen kent over het algemeen hogere kosten dan symmetrisch ingrijpen.

Kosten van overheidsingrijpen zijn overheidsfalen, transactiekosten en neveneffecten op marktwerking. Deze kosten dient de overheid af te zetten tegen de baten van meer concurrentie.

Het is voor de overheid veel belangrijker om een speelveld te levellen, dan om regels compleet gelijk te trekken. Het doel is immers concurrentie. Op basis van overheidsingrijpen kan geconcludeerd worden dat een level playing field in termen van regels wenselijker is dan een level playing field in termen van uitkomst.

3.4 Level playing field toegepast

Hoewel dit onderzoek is gericht op level playing field in de zorgsector, bespreekt deze paragraaf kort de toepassing van het level playing field op drie andere gebieden: veilingen, de telecommarkt en markten waarop Universele Dienstverlening een rol speelt. Er wordt bekeken hoe de overheid hier het principe van het gelijke speelveld in acht neemt.

3.4.1 Level playing field bij veilingen

De opzet van regels bij veilingen is het gebied waar het gebruik van de term ‘level playing field’ het meeste lijkt voor te komen. Een ‘eerlijk’ proces met een kans voor ieder om te winnen is belangrijk. Er is echter geen overeenstemming wat nu precies eerlijk is. Enerzijds kan eerlijk worden opgevat als regels die voor elke speler in de veiling hetzelfde zijn: een gelijk speelveld in termen van regels. Anderzijds kan eerlijk inhouden dat er asymmetrie in de regels is opdat elke speler, en dus ook een kleinere speler, een gelijke kans heeft om de veiling te winnen: een gelijk speelveld in termen van uitkomst.

Het doel van veilingen is om publieke goederen, waar concurrentie niet van de grond komt, op een dergelijke wijze aan te besteden dat er sprake is van concurrentie om de markt, in plaats van concurrentie op de markt⁷⁰. Door aanbesteding kan de dienst door marktpartijen worden geëxploiteerd. Echter, vaak spelen voor de overheid ook overwegingen ten aanzien van de hoogte van de veilingopbrengst een rol. Hier kan een trade-off ontstaan.

Maasland et al. (2004) geven duidelijk aan dat zij voorstanders zijn van het gebruik van asymmetrische regelgeving bij veilingen.

⁷⁰ “Bij concurrentie om de markt concurreren bedrijven met elkaar om het recht om op een specifieke markt gedurende een bepaalde tijd en tegen bepaalde voorwaarden goederen en diensten aan te bieden. Concurrentie om de markt vindt plaats door middel van aanbesteding, waarbij de concessie verleend wordt aan het bedrijf dat het hoogste (inschrijving, veiling) of meest aantrekkelijke aanbod (schoonheidswedstrijd) doet.” (Aalbers et al., 2002)

“As an ordinary auction, in which all firms are treated symmetrically may do not very well in creating a more competitive market when the playing field is unlevel, governments may wish to introduce asymmetries in the auction design (levelling the playing field among firms participating in the auction).”

Asymmetrische regelgeving is ook volgens Cramton (1998) noodzakelijk om meer spelers deel te laten nemen in de veiling, die anders door de aanwezigheid van een dominante, hoogbiedende speler afgeschikt zouden worden. Bovendien zorgt het introduceren van asymmetrische regels voor een hogere veilingopbrengst. Hoewel door asymmetrische regels meer spelers deelnemen aan de veiling, gaat dit echter wel ten koste van efficiëntie in het proces. Het is daarentegen irrelevant in hoeverre voordelen aan benadeelde of kleinere spelers worden gegeven: ook al treden inefficiënte spelers toe tot de veiling, zij winnen niet. Hoewel het proces in dit geval inefficiënt is, is er geen gevaar dat de uitkomst inefficiënt is.

In het geval van asymmetrische regelgeving is het bij veilingen het geval dat de doelstelling van een hoge veilingopbrengst boven het doel van meer concurrentie en efficiëntie wordt geplaatst. Er bestaat dus een trade-off: opbrengst versus efficiëntie.

Het toepassen van asymmetrie kan door dominante spelers te beperken in het aantal licenties waar zij op mogen bieden; door benadeelde bidders een financieel voordeel te geven in de vorm van een ‘bidding credit’⁷¹; of op diverse andere methodes. Een voorbeeld is de Nederlandse DCS-1800 veiling: de veiling voor mobiele telecom netwerken.

“The European Commission played the leading role in the liberalization of European telecommunications markets by pushing strongly in favor of eliminating any advantages of incumbent telecommunications operators. In various directives, the Commission has argued for asymmetric regulation so as to enable a “level playing field” between incumbents and newcomers.” (Van Damme, 1999)

Maskin & Riley (2000) zijn aanhangers van de eerste optie voor een eerlijke veiling: regels gelijkstellen en niet discrimineren tussen dominante of nieuwe partijen. Immers, ongelijke regels gaan in tegen de basisprincipes van gelijke behandeling.

Het level playing field dat Maasland et al. en Cramton presenteren staat dus lijnrecht tegenover het speelveld van Maskin & Riley. Er wordt dan ook bij veilingen vaak op een case-by-case basis bekeken wat de beste opzet is. Er wordt een keuze gemaakt in de trade-off: een hoge veilingopbrengst of efficiëntie?

⁷¹ Een bidding credit van x% geeft aan dat een speler slechts (100-x%) van zijn bod hoeft te betalen indien hij de veiling wint.

Bij veilingen is het toepassen van een level playing field dus zeker geen vanzelfsprekende keuze. Er wordt duidelijk een afweging gemaakt tussen de baten van een meer level playing field, meer concurrentie, en de baten van andere doelen, in dit geval de hoogte van de veilingopbrengst. Hiermee wordt duidelijk dat er voor de overheid veel meer overwegingen spelen dan het introduceren van meer concurrentie via het creëren van een meer level playing field.

3.4.2 De telecomsector: verlaging van toetredingsbelemmering of een meer level playing field?

De telecomsector was tot voor kort een monopolistische markt waar een staatsbedrijf de diensten aanbood. Pas in 1998 kwam er een einde aan het monopolie van KPN op telecomdiensten in Nederland, onder invloed van technologische ontwikkelingen die ervoor zorgden dat publieke belangen veranderden. De staat trok de exclusiviteit voor KPN in en er vond liberalisatie in de telecommunicatiemarkt plaats. De Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA) hield toezicht op KPN en nieuwe spelers kregen toegang tot de vaste en mobiele netwerken van KPN.

Zeker in netwerksectoren zoals telecom, waar het netwerk (of in ieder geval delen van het netwerk) een essential facility⁷² is en daarmee een bottleneck vormt voor spelers zonder dit netwerk, is regulering nodig om nieuwe (kleinere) spelers een kans te geven te concurreren.

Toetreding tot de markt is in een dergelijk geval dus onmogelijk zonder toegangsregulering.

Hiermee rijst de vraag of het invoeren van een toegangsregeling bijdraagt aan het verlagen van toetredingsdrempels of aan het creëren van een meer level playing field.

Eenzijds is toetreding onmogelijk zonder toegang tot het netwerk en betekent een toegangsregeling dus een verlaging van een toetredingsbarrière. Anderzijds werkt toegangsregulering door op de latere investeringsbeslissingen van partijen, waarbij er effecten zijn voor zowel de netwerkeigenaren, als de partijen die inmiddels op de markt zijn toegetreden en aangeduid kunnen worden als ‘nieuwe, jonge spelers’.⁷³

Gezien het feit dat de toegangsregulering de netwerkeigenaar via regels verplicht om zijn netwerk open te stellen en daarmee zijn investeringsbeslissingen negatief kan beïnvloeden, wordt het speelveld dus ‘gekanteld’ in het voordeel van deze nieuwe partijen. Er wordt hier dus gebruik gemaakt van het tijdelijk ‘unlevelen’ van het speelveld om concurrentie van de grond te laten komen. Het level playing

⁷² “A facility or infrastructure, without access to which competitors cannot provide services to their customers” (OECD, 1996) Voor verdere uitleg over essential facilities, zie ditzelfde OECD, 1996.

⁷³ Netwerkeigenaren die gedwongen worden toegang tot het netwerk te verlenen aan nieuwe spelers, kunnen investeringen ten behoeve van het onderhoud van het netwerk uitstellen of annuleren. Zij anticiperen immers dat meer en meer toetreders mee zullen profiteren van hun investering. Voor nieuwe spelers worden investeringsbeslissingen beïnvloed door de voorwaarden voor toegangsregulering. Indien voorwaarden gunstig zijn en prijzen laag, heeft de speler weinig prikkel om een eigen netwerk te bouwen en zal eerder besluiten om te profiteren van het netwerk van de oud-staatsmonopolist. Indien voorwaarden ongunstiger zijn of prijzen hoog, wordt het bouwen van een eigen netwerk en de daarmee verkregen onafhankelijkheid meer gestimuleerd. Dit verschil in prikkels past ook in het al eerder besproken Sunset proposal (Bergman, 2004). Meer zaken spelen echter mee. Zie voor meer info over access regulation: Armstrong & Sappington, 2005 en Bolin et al., 2004.

field in termen van regels kan immers op lange termijn wel wenselijk zijn, maar het vormt bij een markt met een essential facility een behoorlijke uitdaging voor de beleidsmaker of reguleerder. Daarom kan op de korte termijn gekozen worden om het speelveld te kantelen. Dit moet dan echter wel de transitie vergemakkelijken en in het voordeel zijn van de consumenten. (CPB, 2000)

Het mag uit dit voorbeeld duidelijk worden dat het in theorie mogelijk is om het verschil aan te houden tussen het verlagen van toetredingsbelemmeringen en het creëren van een meer gelijk speelveld, maar dat dit in praktijk problematisch is.. In ieder geval hebben beide maatregelen het stimuleren van concurrentie als doel. Daarnaast kunnen essential facilities op markten in transitie problemen vormen om gelijk over te gaan op het creëren van een meer level playing field in termen van regels. Op korte termijn zal hier dan ook vanaf moeten worden geweken.

3.4.3 Level playing field en Universele dienstverlening (UDV)

“Een Universele Dienstverlening (UDV) houdt in dat een basisaanbod van zekere minimale kwaliteit tegen betaalbare prijzen moet worden aangeboden aan alle klanten die daar binnen redelijke grenzen om vragen.” (De Bijl et al., 2006)

UDV komt vooral voort uit die sectoren met zogenaamde nutsbedrijven, zoals water, elektriciteit, telecom en post. Voorheen waren hier vaak staatsmonopolies ingesteld die zorgden voor de complete dienstverlening. Eind 20e eeuw werden vele van deze markten echter geliberaliseerd en soms geprivatiseerd. Zittende spelers werden aangewezen als verantwoordelijken voor UDV om de continuïteit van bepaalde diensten te waarborgen.

Deze verantwoordelijkheid drukt in de concurrentiestrijd echter zwaar op de schouders van de UDV-uitvoerder: het speelveld is ongelijk. Immers, het gaat om het aanbieden van diensten die meestal onrendabel zijn en daarom niet door de markt zelf zouden worden aangeboden. Om te zorgen dat de uitvoerder van UDV geen competitief nadeel heeft en het speelveld in ieder geval niet ongelijk is door de verantwoordelijkheid voor UDV, is het noodzakelijk om een goede financieringsmethode op te stellen. TPG Post, als verantwoordelijke voor Universele Diensten in de Postsector⁷⁴, haalt dit belang van een level playing field aan:

“Maar bij diensten waar marktpartijen elkaar beconcurreren moeten alle partijen gelijk worden behandeld.” (www.tpgpost.nl)

⁷⁴ UDV in de postsector houdt in bijvoorbeeld het aannemen en bezorgen van bepaalde poststukken tegen een landelijke uniforme vergoeding; de beschikbaarheid van brievenbussen; het lichten van brievenbussen en het bezorgen van post op minimaal 6 dagen per week; dienstverlening via postkantoren en servicepunten. Bovendien bestaat er een tariefbeheersingssysteem aangaande de tarieven van poststukken. (<http://group.tnt.nl/>)

Financiering van UDV, om op dat gebied een level playing field te garanderen, kan op verschillende wijzen. Ten eerste kan dit intern gebeuren, waarbij de Universele Dienstverlener kruissubsidiëring toepast tussen de stedelijke en rurale gebieden.⁷⁵ Met meer en meer concurrentie, blijkt kruissubsidiëring een minder goede optie, daar de hogere prijzen van de UDV-verlener in stedelijke delen niet kunnen concurreren met die van dienstverleners die zich alleen focussen op de rendabele diensten. Bovendien is het niet geheel eerlijk om de kosten voor UDV geheel door de aangewezen aanbieder te laten opbrengen. Het level playing field kan hierdoor dus niet gegarandeerd worden.

Een tweede optie is om de UDV te laten financieren door alle aanbieders op de markt. Deze externe wijze kent twee mogelijkheden:

- 1) Betalingen voor UDV worden opgenomen in toegangsprijzen die de concurrerende aanbieders toch al betalen aan de UDV-verlener. Immers, het gaat om nutssectoren waarbij de UDV-verlener, ingegeven door de vroegere monopoliestructuur, een netwerk of essential facility beheert. Dit houdt wel in dat er noodzakelijk indirecte kruissubsidiëring plaatsvindt tussen toegangsbetalingen en UDV-diensten.
- 2) Er wordt een fonds opgezet waarin elke aanbieder proportioneel naar volume een bepaald bedrag stort. (Mirabel & Poudou, 2003)

Door een dergelijke financieringswijze op te stellen, kan voorkomen worden dat er door de verantwoordelijkheid van een Universele Dienstverlening een unlevel playing field ontstaat.

De beschikbaarheid van acute zorg bij ziekenhuizen kan worden gezien als een UDV. In hoofdstuk 4 zal worden bekeken hoe hier in de zorg mee wordt omgegaan.

3.5 Conclusie

Er bestaat nog geen eenduidige definitie van het begrip level playing field. Wanneer het level playing field als argument wordt aangehaald, wordt in sommige situaties het level playing field in termen van uitkomst bedoeld, waarin de verwachte winst van bedrijven gelijk wordt geschakeld; en de andere keer wordt bedoeld op een level playing field in termen van regels, waarbij regelgeving voor bedrijven gelijkgetrokken moet worden.

⁷⁵ De marginale kosten van het aanbieden van diensten zijn in stedelijke gebieden over het algemeen lager dan de marginale kosten van diensten in rurale gebieden. Men kan hier denken aan telecom, waarbij het aanleggen van netwerk in ruraal gebied minder rendabel is en een aansluiting per huis meer kabel kost. Of aan post, waarbij het ophalen en leveren van post in stedelijke gebieden goedkoper is (gebruik van fiets voor levering) dan in rurale gebieden (gebruik van busjes voor levering). Er geldt dus: $MC_{USO} > MC_{stad}$. Om de prijs echter voor iedereen betaalbaar te houden, wordt de prijs voor rurale gebruikers iets onder marginale kostprijs (MC_{USO}) vastgesteld, en voor stedelijke gebruikers iets boven MC_{stad} .

Er zijn diverse redenen om een nieuwe definitie van het level playing field te baseren op het level playing field in termen van regels:

- i) Het level playing field in termen van regels is veel eenvoudiger toepasbaar. Een gelijk speelveld in termen van uitkomst geeft niet alleen onduidelijkheid over wat uitkomst precies is; tevens is het problematisch wanneer deze uitkomst gelijk moet worden getrokken, met andere woorden, wat is het startpunt? Bovendien is het meten van (on)gelijkheid eenvoudiger indien voor regels wordt gekozen.
- ii) Het level playing field in termen van regels geeft de juiste prikkels voor concurrentie en kent daarmee een positief verband met efficiëntie en welvaart. Het level playing field in termen van uitkomst werkt juist inefficiëntie in de hand.
- iii) De kosten en risico's van overheidsingrijpen zijn lager bij het gelijke speelveld in termen van regels. Bovendien is wet- en regelgeving wél een knop om aan te draaien voor de overheid, en is de positie van spelers dit niet.

Met het voorgaande voor ogen, zal in dit onderzoek in het vervolg gesproken worden over een level playing field en zal daarmee bedoeld worden het level playing field in termen van regels; de toepassing van symmetrische regels. Het level playing field in termen van uitkomst wordt niet langer gebruikt. Het level playing field in termen van regels heeft immers betrekking op het speelveld, terwijl het level playing field in termen van uitkomst betrekking heeft op spelers.

In het vervolg zal dus over een level playing field moeten worden gesproken op de volgende manier:

“Een level playing field is een marktsituatie (een speelveld) waar voor alle partijen die zich in een zelfde positie ten opzichte van die markt bevinden, dat wil zeggen toetreders ten opzichte van toetreders en zittende spelers ten opzichte van zittende spelers, dezelfde regels gelden, waardoor zij een gelijke uitgangspositie hebben om met elkaar te concurreren.”

Implicatie van deze definitie is dat concurrentie op een ‘eerlijke’ manier gebeurt; de prestaties van bedrijven bepalen de uitkomsten op de markt, en dat geen enkele speler door regelgeving een inherent concurrentievoordeel bezit.

Duidelijk moet wel zijn dat het zeker niet het doel moet zijn om een 100% level playing field te creëren, maar veel meer om een unlevel playing field te minimaliseren en om het speelveld te ‘levellen’. Het uiteindelijke doel blijft immers concurrentie en de daaruit volgende efficiëntie en welvaart en niet het creëren van een level playing field op zich. Het gaat veel meer om het verschil, de delta, dat bereikt wordt door overheidsingrijpen.

Er kan afgeweken worden van dit realiseren van een level playing field en er kan asymmetrisch worden ingegrepen, het creëren van een tijdelijke onbalans, indien concurrentie niet van de grond komt bij toepassing van symmetrische regels. Voornamelijk bij markten in transitie, waar publieke

belangen en marktverhoudingen veranderd zijn, kan asymmetrisch ingrijpen nodig zijn om sneller effectieve concurrentie te krijgen. In sommige gevallen betreft dit unlevelen, indien de overheid bewust ongelijke regels instelt. In andere gevallen neemt de overheid een speler aan de hand en laat het regelgeving in stand. In elk geval geldt dat dit asymmetrisch ingrijpen tijdelijk moet worden toegepast. Zodra effectieve concurrentie ontstaat of is ontstaan, kan symmetrisch ingrijpen weer worden toegepast. Immers, het oogpunt is levelen, symmetrisch ingrijpen, op weg naar een meer level playing field.

Gezien het feit dat de zorg, de focus van dit onderzoek, een markt in transitie is, kan het op die markt zo zijn dat verschillen tussen partijen voortkomen uit regelgeving uit het verleden. In de volgende hoofdstukken zal worden onderzocht of er op de markt voor medische specialistische zorg een gelijk speelveld bestaat of dat het speelveld in die mate ongelijk is dat een bepaalde partij op de markt geen effectieve concurrentie kan bieden. Er zal aandachtig worden bekeken in hoeverre er factoren zijn die verhinderen dat een level playing field ontstaat. Wellicht zijn er andere redenen dan concurrentie en efficiëntie, zoals publieke belangen, die de verschillen rechtvaardigen.

Tenslotte kan een markt in transitie, zoals de zorg, vragen om asymmetrisch ingrijpen en juist verschillen tussen marktspelers tijdelijk vergroten. Op dit soort overwegingen zal in de volgende hoofdstukken getracht worden een antwoord te geven.

4 Verschillen tussen zorgaanbieders

In hoofdstuk 3 zijn de theoretische overwegingen bij het creëren van een level playing field beschreven. In dit hoofdstuk wordt dit kader op de zorgsector gelegd. Er zal nog niet zozeer direct worden bekeken hoe de overheid een level playing field kan creëren, maar er zal gekeken worden naar factoren die mogelijk verhinderen dat er een level playing field ontstaat. Dit zijn verschillen tussen zorgaanbieders. In het volgende hoofdstuk worden op basis van deze verschillen oplossingen aangedragen voor overheidsingrijpen, zodat het speelveld meer level kan worden gemaakt ter optimalisatie van concurrentie en welvaart.

Ondanks het feit dat ZBC's over het algemeen efficiënter zijn dan ziekenhuizen, blijkt dat zij toch moeite hebben om goed te kunnen concurreren met ziekenhuizen. ZBC's geven aan dat concurrentie niet op een eerlijke, gelijke manier plaatsvindt. Ook ziekenhuizen ervaren beperkingen. Volgens beide is er geen sprake van een level playing field. Vanuit dit oogpunt, zal in de komende paragrafen een aantal verschillen nader worden beschreven.

Paragraaf 4.1 presenteert de verschillen veroorzaakt door de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen en ZBC's. Deze verschillen zorgen over het algemeen voor de meeste klachten van ZBC's. Daarnaast komen er klachten van ZBC's naar voren dat zij zich achtergesteld voelen in de relatie met andere partijen door de lange reputatie die het ziekenhuis heeft op kunnen bouwen toen zij een soort monopoliepositie bezat voor zorgverlening. Dit probleem wordt behandeld in paragraaf 4.2.

Een derde paragraaf geeft overige verschillen weer. In paragraaf 4.4 wordt vervolgens bekeken welke van de verschillen betrekking hebben op het level playing field. Tevens zijn er redenen om tot asymmetrisch ingrijpen over te gaan of zijn er autonome ontwikkelingen op de markt die het speelveld nivelleren. Paragraaf 4.5 concludeert tenslotte.

De verschillen die in dit hoofdstuk aan bod komen, zijn enerzijds afkomstig uit interviews onder ziekenhuizen en ZBC's, anderzijds kwamen zij naar voren uit rapporten, zoals bijvoorbeeld het NMA visiedocument (2004) of andere documenten die concurrentie in de ziekenhuissector als onderwerp hebben.

4.1 Verschillen I: de bekostigingssystematiek

De bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen is geheel anders geregeld dan die van ZBC's. Er zijn voornamelijk klachten van ZBC's over dit verschil. Een uitleg over de bekostiging in het A-segment en het B-segment is noodzakelijk, waarbij de functiegerichte budgettering (FB) van ziekenhuizen, de DBC-systematiek bij ZBC's en kapitaallasten ook relevant zijn.

A-segment

In het A-segment geldt tot op heden dat de financiering verloopt via tarieven vastgesteld door het CTG. Dit zijn ofwel de nieuwe DBC-tarieven, ofwel oude tarieven die gelden voor ondersteunende activiteiten en waar (nog) geen DBC-tarief voor bestaat. Voor het ziekenhuis gelden de tarieven in het A-segment als punttarieven; voor ZBC's gelden de tarieven als maximumtarieven. Dit verschil heeft te maken met het bestaan van het budget voor ziekenhuizen. Uitleg over dit Functiegerichte Budget is te vinden in Box 4.1. ZBC's hebben niet te maken met deze budgetsystematiek, maar met tarifiering volgens de verrichtingensystematiek.

Opgemerkt dient te worden dat de DBC-tarieven vastgesteld door CTG weinig relatie vertonen met de werkelijke exploitatiekosten van een ziekenhuis.⁷⁶ De verrichtingentarieven vormen zoveel mogelijk een benadering van de gemiddelde kostprijs van de betreffende verrichting. Deze tarieven dekken echter niet zonder meer de werkelijke kosten van een ziekenhuis.⁷⁷ Dit is iets dat getracht wordt op te lossen met de vrij onderhandelbare prijzen in het B-segment. Hoe beter de tarieven in het A-segment een benadering van de kosten zullen zijn, hoe beperkter de financieringsfunctie van het sluittarief zal zijn.

Het budget is zodanig ingericht dat het uitgavenbeperkend werkt. Dit past binnen het BKZ. De laatste jaren blijven de zorgkosten echter stijgen, terwijl onder andere Scheepbouwer (KPN, 2006b) aangeeft dat er voldoende mogelijkheden zijn om flink te bezuinigen. Het budget geeft namelijk wel een prikkel aan ziekenhuizen om te bezuinigen, maar is er geen prikkel waarop en hoeveel er bezuinigd dient te worden.

Box 4.1 Uitleg FB-systematiek

De Functiegerichte Budgettering-systematiek voor ziekenhuizen stelt dat in het A-segment zorginstellingen een budget voor aanvaardbare kosten krijgen toegekend. De aanvaardbare kosten staan vrijwel los van de feitelijke kosten van de instellingen.

Het budget van een ziekenhuis is gebaseerd op een aantal vaste, semi-vaste en variabele parameters:

Vaste

-Beschikbaarheidskosten (adherentie)

Semi-vaste

-aantal erkende bedden

-gewogen specialisteneenheden

Variabele

-aantal opnamen

-aantal dagbehandelingen

-aantal eerste poliklinische bezoeken

-aantal verpleegdagen

Kapitaallasten worden, na het verkrijgen van een Bouwvergunning door het CBZ en een toelating door CVZ, één op één opgenomen in het budget. Deze huisvestingslasten behoren tot de zogenaamde locatiegebonden kosten.

Voor het variabele deel van het budget geldt het 'boter-bij-de-vis-principe': instellingen worden afgerekend op de daadwerkelijke geleverde productie door nacalculatie.

⁷⁶ Ditzelfde geldt voor het budget. Ook het budget vertoont weinig directe relatie met de werkelijke kosten van een ziekenhuis. De mate van discrepantie verschilt echter.

⁷⁷ "De tarieven kennen een historische grondslag en zijn door de tijd heen steeds verder af komen te staan van de werkelijke kosten die de activiteiten met zich meebrengen." (Kraanen, 2004)

Vervolg Box 4.1

De financiering moet gelijk zijn aan het budget van een ziekenhuis. De financieringsstroom bestaat uit DBC-tarieven en een klein deel van ondersteunende activiteiten waar geen DBC-tarieven voor bestaan; dit zijn beide verrichtingentarieven. De verrichtingentarieven vormen zoveel mogelijk een benadering van de gemiddelde kostprijs van de betreffende verrichting. Naast deze tarieven zijn er sluittarieven. Het sluittarief is een instellingsspecifieke opslag of afslag op de factuur aan de verzekeraar om het budget van het ziekenhuis sluitend te maken; het is dus geen tarief om specifiek kapitaallasten op te vangen.

Het sluittarief vertaalt zich in een

-opslagpercentage per factuur indien financieringsstroom < budget

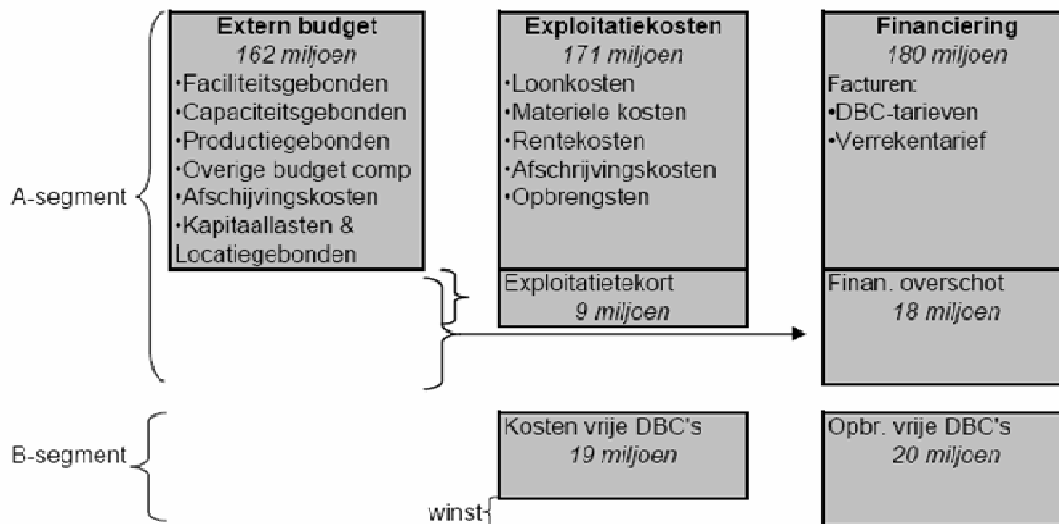
-afslagpercentage per factuur indien financieringsstroom > budget

Het financieringstekort of -overschot kan echter niet gezien worden als feitelijke winst. Het zijn kosten die nog administratief verwerkt moeten worden. Het exploitatietekort of –overschot is het verlies respectievelijk de winst van een instelling.

B-segment

De kosten van DBC's in het B-segment moeten terugverdiend worden via vrije DBC-tarieven. Zorgaanbieders kunnen met de zorgverzekeraar onderhandelen over de hoogte van de tarieven. Het idee van het B-segment is om via vrije prijzen een directere relatie met kosten te leggen. Immers, een zorgaanbieder kan slechts een lagere prijs onderhandelen, indien dit ook zijn kosten voor die DBC dekt. Figuur 4.1 geeft de bekostiging van het A- en B-segment weer voor ziekenhuizen.

Figuur 4.1 Financiering A- en B-segment



N.B. Getallen in dit figuur zijn voorbeelden.

4.1.1 Het budget

De budgetsystematiek bij ziekenhuizen zorgt voor klachten van ZBC's. Hieronder volgen twee citaten uit de interviews:

“Marktwerking met budgettering voor maar één partij kan niet werken. Dit moet gelijkgetrokken worden. Het zou het beste zijn als de budgettering voor ziekenhuizen wordt opgeheven, maar aangezien dit nog wel eens lang op zich kan laten wachten, zou zelfs de (onlogische) stap kunnen worden gezet om een budgettering voor ZBC's in te voeren. Het belangrijkste is: de systematiek moet gelijk! Nu is de budgettering een juk op de schouders van ZBC's.”

“Of nu het ene systeem of het andere wordt gebruikt, er moeten in ieder geval geen twee systemen bestaan.”

Er zijn diverse factoren die belemmerend werken. Zo hebben ziekenhuizen een vangnet ter beschikking in de vorm van het sluittarief, waardoor zij minder op kosten hoeven te letten dan ZBC's en waardoor hun tarieven dus ook niet kostendekkend hoeven te zijn. Bovendien biedt dit mogelijkheid tot kruissubsidiëring. Daarnaast is het gebruik van DBC's voor ziekenhuizen totaal anders dan voor ZBC's, als gevolg van het bestaan van het budget: voor ZBC's gelden DBC's als inkomsten; voor ziekenhuizen is het slechts de manier van declaratie.

“Pas als de budgettering weg is, is betere concurrentie mogelijk. Dan heeft het ziekenhuis ook alleen maar inkomsten via DBC's.”

Een direct verschil ingegeven door het budget, is het verschil in de tarieven van ziekenhuizen en ZBC's. De tarieven voor DBC's in het A-segment zijn vastgesteld door het CTG. Deze tarieven gelden voor ziekenhuizen als punttarieven; er kan niet vanaf geweken worden. Onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars gaan over de parameters waarop het budget is gebaseerd. Prijs speelt geen rol. Het volume kan nog enigszins een rol spelen doordat bij het bepalen van de parameters wordt gelet op de trend op de markt en de focus van het ziekenhuis op bepaalde specialismen. Voor ZBC's gelden dezelfde tarieven als ziekenhuizen, maar deze gelden als maximumtarieven. Een ZBC heeft daardoor ruimte om met de verzekeraar te onderhandelen over prijs.

Ziekenhuizen klagen echter niet over dit verschil. Immers, ondanks een goedkoper A-DBC-tarief blijven zorgverzekeraars contracteren met het ziekenhuizen vanwege het budget, omdat inkopen bij een ZBC neerkomt op extra kosten.⁷⁸ Het ziekenhuis lijkt een voorkeurspositie te hebben.

Het budget werkt vooral belemmerend voor ZBC's. DBC's worden bij ziekenhuizen slechts aangewend om te declareren, een administratief middel, terwijl zij voor ZBC's als inkomsten gelden. Het ziekenhuis geniet bovendien van het sluittarief, waardoor zij mogelijk minder kostenbewust zijn, maar in ieder geval een vangnet ter beschikking hebben. Daarnaast bestaat er door het budget bij ZBC's een groot vermoeden dat er in ziekenhuizen kruissubsidiëring plaatsvindt, omdat er weinig relatie tussen kosten en tarieven is. Een laatste verschil is dat verzekeraars door het budget afspraken maken met ziekenhuizen en daardoor minder snel contracteren met ZBC's omdat zij hun volume al ingekocht hebben.

4.1.2 Kapitaallasten

Een specifiekere klacht, die zowel uit rapporten (NMa, 2004) als uit de interviews volgt, betreft de kapitaallasten. ZBC's klagen voornamelijk over het feit dat ziekenhuizen hun kapitaallasten vergoed krijgen in tegenstelling tot de ZBC's. Ziekenhuizen, daarentegen, klagen over het feit dat hun kapitaallasten verkeerd opgenomen zijn en dat dit hen belast met een 'scheve balans'. Enige uitleg over kapitaallasten en DBC-tarieven is noodzakelijk.

Opname kapitaallasten in tarieven

Kapitaallasten worden met de huidige bekostigingssystematiek verschillend opgenomen in DBC-tarieven. In het A-segment zijn tarieven geen goede weerspiegeling van werkelijke kosten. Goedgekeurde kapitaallasten worden namelijk wél één op één opgenomen in de exploitatiekosten en in het budget, maar niet één op één in de tarieven. ZBC's stellen om die reden dat kapitaallasten, grofweg gezegd, niet opgenomen zijn in DBC-tarieven in dit segment.

Voor ziekenhuizen is dit geen probleem. Immers, het sluittarief werkt als een soort vangnet. Indien kapitaallasten goedgekeurd worden, moet er dus een effect op het sluittarief zijn. ZBC's, daarentegen, moeten hun exploitatiekosten dekken met hun tariefopbrengsten: er is geen sprake van een vangnet. (www.ctg-zaio.nl) Tarieven van ZBC's zijn dus inclusief kapitaallasten. Het verschil ontstaat dus doordat ZBC's de dekking van hun kapitaallasten in de financieringsstroom hebben, waar ziekenhuizen deze lasten dekken via hun budget.

⁷⁸ Eventuele leegstand bij het ziekenhuis wordt namelijk via het budget alsnog door de verzekeraar betaald, waardoor de verzekeraar dubbel betaalt. Indien er geen afname van DBC's is door de verzekeraar, zal het ziekenhuis immers niet genoeg financiering hebben om haar budget te dekken. Gevolg is dat het ziekenhuis een financieringstekort heeft, wat resulteert in een opslagtarief op de DBC's in de eerstvolgende periode. De verzekeraar krijgt in de volgende periode dus te maken met hogere prijzen, ook voor DBC's die hij niet elders kan inkopen.

Daarnaast worden ZBC's, ondanks dat hun tarieven kostendekkend zijn, ook nog eens onder druk gezet door onderhandelingen met verzekeraars, die verwachten bij het ZBC een redelijke korting op het tarief te kunnen realiseren.

Dit probleem met kapitaallasten speelt overigens niet in het B-segment, waar vrije prijzen gelden. In het B-segment wordt bij ziekenhuizen verplicht 12,5%⁷⁹ van het tarief aangewend ter dekking van kapitaallasten.⁸⁰ Het budget wordt verminderd met dit deel, zodat kapitaallasten niet dubbel terugkomen. Dit is de zogenaamde 'opschoning'.

Afschrijvingstermijn van investeringen

Een ziekenhuis dat een investering in een nieuw gebouw of in overige projecten wil doen, dient hiervoor aanvraag te doen bij het CBZ. Na toestemming worden de afschrijving en rentekosten van de investering normatief opgenomen in het budget van het ziekenhuis. Investeringen hebben echter te maken met lange afschrijvingstermijnen. Zo geldt er voor nieuwe gebouwen op het moment een termijn van 50 jaar. De economische levensduur ligt echter in vele gevallen lager. Door het hanteren van lange afschrijvingstermijnen is de boekwaarde van gebouwen kunstmatig hoog, omdat jaarlijks onvoldoende wordt afgeschreven. Daarnaast worden afschrijvingskosten naar de toekomst verschoven en wordt rente over een te lange periode betaald. Deze boekwaardeproblematiek geldt niet voor ZBC's. Een ZBC vraagt voor een investering een lening bij een bank aan, waarbij de bank een afschrijvingstermijn hanteert die overeenkomt met de economische waarde. Een van de ziekenhuizen gaf aan dat dit probleem een belemmering is op het ondernemerschap.

“We willen wel ondernemen, maar hebben geen normale balans.”

ZBC's hebben van deze 'scheve balans' geen last en hebben meer ruimte om innovatieve ideeën uit te voeren. Het ziekenhuis is hier dus belast met regels die niet gelden voor ZBC's en daardoor een ongelijk speelveld creëren.

4.1.3 Koppelverkoop en kruissubsidiëring

ZBC's klagen over het toepassen van koppelverkoop en kruissubsidiëring door ziekenhuizen. Dit zou ziekenhuizen een onevenredig voordeel geven in de concurrentiestrijd in het B-segment.

⁷⁹ Het aandeel 12,5% is wellicht nogal arbitrair. Echter, de doelstelling van de kapitaallastenbrief met het zetten van dit percentage was om ziekenhuizen en ZBC's op een min of meer gelijk niveau te brengen: “Voor deze lasten is een vaste opslag van 12,5% afgesproken om een gelijk speelveld te krijgen met de zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die geen aparte vergoeding voor huisvestingslasten krijgen.” (MinVWS, 2005b)

⁸⁰ In theorie hebben ziekenhuizen mogelijkheid om hun tarieven te verlagen zodat de 12,5% aan kapitaallasten absoluut minder zijn dan de kosten van ZBC's. Aan de ene kant zal een ziekenhuis in elk geval de kosten nog moeten dekken. De ruimte om de tarieven te verlagen wordt dus bepaald door de ruimte die het budget toelaat. Aan de andere kant wordt een ziekenhuis bij het verlagen van prijzen mogelijk beperkt door de Mededingingswet. Immers, het toepassen van rooftprijzen, predatory pricing, is verboden indien een ziekenhuis een machtspositie bezit.

CTG/ZAio (2006) gaf in haar monitor ziekenhuiszorg aan dat bij onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen een koppeling wordt gemaakt tussen het A en het B-segment. Door onderhandelingen te combineren kan het ziekenhuis dwang van de verzekeraar om een laag tarief in het B-segment te bedingen, verlichten. Immers, indien de verzekeraar niet akkoord gaat met het tarief voor B-DBC's, kan het ziekenhuis weigeren om A-DBC's te leveren die de verzekeraar graag wil contracteren. Het ziekenhuis kan dus zijn marktmacht in het A-segment uitbreiden naar het B-segment en zo ZBC's buitenspel zetten. Dit is het zogenaamde 'leveraging of market power' waar het ziekenhuis de bottleneck klinische A-DBC's in kan zetten om macht in het B-segment te krijgen.⁸¹

Daarnaast kan er ook sprake zijn van kruissubsidiëring.⁸² Zo wordt door veel ZBC's aangegeven dat ziekenhuizen financiële ruimte in het A-segment, waar de ziekenhuizen van het budget genieten, gebruiken om te concurreren in het B-segment, wat oneerlijke concurrentie oplevert.

“In het B-segment is eigenlijk al geen marktwerking vanwege kruissubsidiëring.”

Ook CTG/ZAio (2006) geeft dit aan. De vraag is of deze klacht gegrond is; er zijn namelijk geen harde bewijzen. Aan de ene kant kan gesteld worden dat het budget nauwelijks relatie vertoont met werkelijke kosten, waardoor ruimte ontstaat voor kruissubsidiëring. Er is namelijk een exploitatieoverschot.⁸³ Aan de andere kant is dit exploitatieoverschot juist een aanwijzing dat de extra ruimte níet wordt ingezet voor kruissubsidiëring.⁸⁴ Echter, het toepassen van kruissubsidiëring wil niet zeggen dat het gehele overschot moet worden ingezet. Hierdoor zou er, ondanks het bestaan van een exploitatieoverschot, nog steeds kruissubsidiëring kunnen worden toegepast. ZKN wijst op het risico van kruissubsidiëring tussen ziekenhuizen en hun opgerichte ZBC's.⁸⁵

Het is echter onduidelijk in hoeverre er werkelijk sprake is van kruissubsidiëring, en wellicht belangrijker, in hoeverre kruissubsidiëring überhaupt een probleem oplevert. Immers, kruissubsidiëring is slechts een probleem indien een dominante speler dit inzet om rooiprijzen te voeren en daardoor een concurrent van de markt af kan drukken. In dat geval is er de Zorgautoriteit die toezicht houdt op en optreedt in geval van misbruik van machtspositie. Kruissubsidiëring op zich is

⁸¹ Leveraging of market power is mogelijk in situaties waarin “[...] (i) a firm M is present in two final markets, A and B; and (ii) this firm M has substantial market power in market A, called for simplicity the “monopoly segment” and faces actual or potential competition in market B, labelled the “competitive segment”. In such a situation, the traditional “leverage” concern is that M could foreclose competitors in market B by tying the bottleneck good A to its own offering in B.” (Rey & Tirole, 2003) Dit wordt horizontal foreclosure genoemd.

⁸² Bij kruissubsidiëring in de zorg kan men zich afvragen wat het product is. Is dit een bepaalde DBC, of is dit medisch specialistische zorg in brede zin? Indien dit laatste het geval is, is er geen sprake van kruissubsidiëring.

⁸³ In 2005 hadden 93 geanalyseerde ziekenhuizen een exploitatieoverschot van 163 miljoen. (Basant, 2006)

⁸⁴ Indien een ziekenhuis minder kosten heeft dan haar budget, komt het verschil terecht in de RAK: Reserve Aanvaardbare Kosten. De RAK kan positief of negatief zijn.

⁸⁵ De Telegraaf, 16 augustus 2006. ZKN vraagt om nader onderzoek van NZa naar de mogelijkheid en toepassing van kruissubsidiëring tussen ziekenhuizen en aan het ziekenhuis gelieerde ZBC's

niet verboden. Wanneer er voldoende concurrentie is, is er tevens geen ruimte om kruissubsidiëring toe te passen.

4.1.4 Lumpsum voor medisch specialisten

Een laatste klacht met betrekking tot de bekostiging is de lumpsum voor vrijgevestigde medisch specialisten. Een korte beschrijving van de invoering van de lumpsum is te lezen in Box 4.2.

Een zorgverzekeraar maakt naast afspraken met het ziekenhuis over het budget, afspraken met (de maatschappen van) de medisch specialisten. Een zorgverzekeraar zit vast aan het ziekenhuis door het budget en door de volume- en lumpsum afspraken met de maatschappen. Hierdoor wordt het voor ZBC's in het A-segment, waarvoor de lumpsum niet geldt, extra moeilijk om contracten met de verzekeraar binnen te halen.

De lumpsum kan gezien worden als een type exclusive dealing tussen ziekenhuis en medisch specialist, waarbij de specialist zijn diensten alleen via deze lumpsum aanbiedt aan een ziekenhuis. Indien het ziekenhuis daarnaast ook geen toestemming geeft aan een specialist om tevens in een ZBC te werken, is dit een refusal to supply. Het uitbuiten van de machtspositie door dergelijk gedrag kan foreclosure van ZBC's veroorzaken.⁸⁶

Een tweede probleem zit in het aantrekken van specialisten voor ZBC's. Het bestaan van de lumpsum in het A-segment zorgt ervoor dat een medisch specialist er qua inkomen niet op achteruit kan gaan indien hij minder behandelingen uitvoert. Doordat de lumpsum in principe niet geldt voor ZBC's⁸⁷, is een volledige overstap naar een ZBC qua inkomsten een risico voor de specialist, waardoor een ZBC meer moeite zal hebben met het aantrekken met voldoende specialisten. Een parttime aanstelling in een ZBC kan voor een medisch specialist overigens wel aantrekkelijk zijn indien dit niet onder lumpsum valt. In dat geval is het werk in het ZBC namelijk een soort bijbaantje waaruit extra inkomsten voortkomen.

Box 4.2 Invoering lumpsum

In 1995 stimuleerde de overheid dat vrijgevestigde medisch specialisten in zogenaamde lokale initiatieven participeerden. Deze lokale initiatieven zijn jaarlijkse onderhandelingen tussen verzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten, waarin een budget voor de specialist wordt bepaald dat onafhankelijk is van het volume van zijn diensten: de lumpsum. Door het toelaten van deze lokale initiatieven, werd de directe relatie tussen het aantal behandelingen en het inkomen van een arts weggenomen; vergoeding geschiedt immers niet per behandeling.

⁸⁶ Zie voor informatie over misbruik van machtspositie: Vickers (2005), voor foreclosure: Rey & Tirole (2003).

⁸⁷ VWS moet een vrijwaring geven zodat een specialist in een ZBC ook onder de lumpsum kan werken.

Ook ziekenhuizen klagen over de lumpsum. Zij geven aan dat de lumpsum de medisch specialisten inflexibel maakt en dat zij daardoor niet openstaan voor veranderingen en nieuwe initiatieven. Eén van de ziekenhuizen gaf aan:

“De lumpsum is de reden waarom medische staven geen behoefte aan verandering hebben.”

Hierdoor belemmert de lumpsum het ziekenhuis in innovatieve ideeën. Het ziekenhuis wil wel veranderen, maar de lumpsum moet verdwijnen om de medisch specialist te bewegen. Dit is een punt waar ZBC's geen hinder van ondervinden en zij kunnen dus veel makkelijker inspelen op veranderingen in de markt en innovatieve acties uitvoeren.

4.2 Verschillen II: relatie met andere marktpartijen

In deze paragraaf zullen verschillen in de positionering van zorgaanbieders besproken worden. ZBC's klagen veelal over het voordeel dat ziekenhuizen in dit opzicht hebben gezien hun langere reputatie op de markt. Het gebrek aan transparantie lijkt voornamelijk een last voor ZBC's te zijn. Zij kunnen zich daardoor niet goed profileren: er zijn onvoldoende feiten beschikbaar om het negatieve imago van ZBC's te veranderen. In het komende stuk zullen deze problemen besproken worden.

4.2.1 Patiënten

Patiënten dienen kritisch te zijn om de voordelen van marktwerking tot stand te brengen. Door onvoldoende transparantie over prijs en kwaliteit, en het niet (of onvoldoende) doorvloeien van goedkopere tarieven in premies, is deze kritische houding echter nog niet voldoende gerealiseerd. Gegeven dat ZBC's over het algemeen efficiënter en goedkoper zorg kunnen leveren dan ziekenhuizen, is het voor hen veel meer van belang om dit kenbaar te maken. Om die reden is de lage transparantie vooral een last voor ZBC's. Tevens zijn efficiënte ziekenhuizen relatief gezien meer de dupe van de lage transparantie.

Door lage transparantie blijven patiënten veelal zorg afnemen van ziekenhuizen, die traditionele zorgverleners zijn:

“Het is zeer moeilijk om ‘plakkende’ patiënten los te weken van het ziekenhuis en de markt te openen.”

Patiënten zijn argwanend ten opzichte van ZBC's. Dit komt door het negatieve beeld dat heerst, waarin ZBC's en privé-klinieken onder één noemer worden geplaatst. De succesfactoren van een

ZBC⁸⁸ zijn ervaringsgoederen: pas na een eerste bezoek ondervinden patiënten de voordelen ten opzichte van het ziekenhuis. Tevens verschaffen verzekeraars weinig duidelijkheid over het wel of niet vergoeden van de zorg in ZBC's, terwijl patiënten hier erg gevoelig voor zijn.

Door het negatieve imago van ZBC's, de traditionele rol van het ziekenhuis en de onduidelijkheid over vergoeding krijgen ZBC's niet de gelegenheid om zich op gelijke voet (of beter) te plaatsen met het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft hier een enorme voorsprong door de traditionele rol die zij voor veel mensen vervullen in de zorgverlening.

4.2.2 Huisartsen en andere verwijzers

Patiënten hechten een emotionele waarde aan het advies en de verwijzing van de huisarts, die vaak nodig is om zorg in ziekenhuizen of ZBC's af te nemen. De huisarts is een vertrouwenspersoon.

De huisarts verwijst echter nog steeds erg vaak naar het ziekenhuis of naar een medisch specialist die hij kent, zonder daarbij een overweging te maken op basis van prijs of kwaliteit.⁸⁹ Het zijn voornamelijk de moderne, jonge huisartsen die bereid zijn om door te verwijzen naar een ZBC in plaats van naar een ziekenhuis. Oudere artsen zijn hierin conservatiever. ZBC's moeten om die reden hard vechten voor de gunst van de verwijzer, zoals met een marketingdraaiboek of via lobbyen⁹⁰, waar ziekenhuizen dit als vanzelfsprekend beschouwen.

“De markt is méér dan de patiënt; het is ook de verwijzer.”

4.2.3 Verzekeraars

Het verkrijgen van een contract met een verzekeraar heeft een hoge prioriteit voor een zorgaanbieder, aangezien onvergoede zorg minder aantrekkelijk is voor de patiënt. Echter, vergeleken met een ZBC heeft een verzekeraar een relatief machtige positie en probeert deze positie uit te buiten.⁹¹

Het probleem voor een ZBC schuilt hem in het feit dat een verzekeraar bijna automatisch zal onderhandelen en contracteren met een ziekenhuis. Deze keuze kan voortkomen uit bijvoorbeeld relatiebeheer⁹² of preferenties van verzekerden. Een dergelijke keuze zou veel meer gebaseerd moeten zijn op een afweging tussen kwaliteit en prijs van verschillende zorgaanbieders.

⁸⁸ Succesfactoren van een ZBC voor patiënten zijn: geen wachttijden, klantvriendelijkheid door kleinschaligheid en meer persoonlijke aandacht; goede toegankelijkheid, korte lijnen, snelle diagnostiek, ruimere toegangstijden. Daarnaast kunnen voor de organisatie de volgende pluspunten gelden: efficiëntie, flexibiliteit en combinatie van management en medisch specialisme. (De Jong & Willemse, 2004)

⁸⁹ Soms kan er sprake zijn van vriendjespolitiek: “Anders laat je je leiden door de keuze van de huisarts, die je naar dokter X stuurt waar hij sinds zijn studietijd zo'n aardig contact mee heeft.” (Zorgvisie, september 2006)

⁹⁰ Het onderhouden van contacten via de specialisten, enquêtes naar hun tevredenheid en nieuwsbrieven kunnen helpen de verwijzers betrokken te houden.

⁹¹ “Met betrekking tot ZBC's is het aannemelijk dat de verzekeraar in het algemeen de sterkste onderhandelingspositie heeft.” (CTG/ZAio, 2006)

⁹² Relatiebeheer tussen verzekeraar en ziekenhuis kan worden gezien als een soort impliciet contract. Contracten kunnen er voor zorgen dat nieuwe spelers of toetreders minder mogelijkheden hebben om een positie op de markt te veroveren. Zie bijvoorbeeld Aghion & Bolton (1987).

Tijdens de interviews gaven veel ZBC's aan dat eisen van 30% korting op het gangbare tarief gebruikelijk zijn als eerste aanbod om een contract af te sluiten.

“Verzekeraars contracteren alleen maar met ZBC's als ze korting op de CTG-tarieven kunnen bedingen.”

Een korting van 30% is echter ook voor een ZBC onmogelijk aan te bieden. Onderhandelingen over de werkelijke korting die ZBC's rekenen aan de verzekeraar kosten veel tijd en moeite die ziekenhuizen met hun punttarieven niet hebben.⁹³ De verzekeraar geniet tijdens deze onderhandelingen van zijn machtspositie ten opzichte van het ZBC.⁹⁴ Een ZBC moet aantonen waarom contracteren van belang is voor de verzekeraar, terwijl dit belang bij een ziekenhuis niet in twijfel wordt getrokken. Bovendien heeft een verzekeraar ten opzichte van een ziekenhuis geen machtspositie. De dreiging om goedkoper in te kopen bij ZBC's wordt over het algemeen weinig gebruikt door verzekeraars.

De macht van de verzekeraar zorgt voor een ongelijkheid ten nadele van ZBC's. Zij hebben in die mate een zwakke positie, dat zij geen tegendruk kunnen leveren aan de dwang van de verzekeraars, waar ziekenhuizen dat nog wel kunnen.

4.2.4 Medisch specialisten

Een ZBC moet tevens medisch personeel aantrekken. Enerzijds wordt gehoord dat dit eenvoudig is en dat toestemming van het ziekenhuis geen probleem oplevert, zodat specialisten parttime in een ZBC werken ter afwisseling. Het werken bij een ZBC kan aantrekkelijk zijn voor medisch specialisten vanwege de hogere mate van vrijheid, minder administratieve taken, meer tijd voor de patiënt en meer inkomen indien het werk bij het ZBC niet onder de lumpsum valt. Anderzijds wordt aangegeven dat het erg problematisch is om specialisten aan te trekken, doordat ziekenhuizen dwarsliggen: het ziekenhuis mag immers niet leegbloeden. Er wordt aangegeven dat de betrouwbaarheid van het ziekenhuis op het spel staat als de medisch specialist met zijn eigen ziekenhuis concurreert. (Beijer, 2006) Dit maakt een overstap naar een ZBC voor een specialist risicovol.

⁹³ Om de klacht in het juiste licht te zien: ziekenhuizen hebben daartegenover uiteraard de volume- en lumpsum onderhandelingen met de grootste verzekeraar en de regiovertegenwoordiger, waar ook veel tijd en moeite mee gepaard gaat.

⁹⁴ Dit zal alleen nog maar versterkt worden indien de voorgenomen fusies tussen zorgverzekeraars goedgekeurd zullen worden. De eerste voorgenomen fusie is tussen VGZ, Trias en Univé. De tweede is tussen Menzis, Agis en DeltaLloyd. ZKN gaat in een brief aan de minister van Economische Zaken in op het gevaar van de fusies (indien zij goedgekeurd worden) voor de onderhandelingspositie van ZBC's.

Op 10 oktober 2006 worden de twee bovenstaande fusies na een eerste fase onderzoek goedgekeurd door de NMa. (NMa, 2006a; NMa, 2006b)

Andere eisen die het aantrekken van medisch personeel bemoeilijkt, zijn de eis dat de specialist in een andere (WZV-) regio⁹⁵ moet werken dan het ziekenhuis, en de eis dat specialisten ten allen tijde bij de Spoedeisende Hulp beschikbaar moeten zijn.

ZBC's hebben het om bovenstaande redenen moeilijker bij het aantrekken van specialisten dan ziekenhuizen. Specialisten zijn immers al van oudsher werkzaam in het ziekenhuis en moeten net als patiënten 'losgeweekt' worden van het ziekenhuis.

4.3 Verschillen III: overige verschillen

In de huidige paragraaf zullen overige verschillen volgen die beperkend werken voor één van beide partijen.

4.3.1 Het Waarborgfonds

Om een zorginstelling draaiende te houden, is voldoende financiering nodig. Een van de manieren waarop een zorginstelling goedkoop kan lenen is bij het Waarborgfonds voor de zorgsector (WfZ). Het WfZ is een onafhankelijk instituut dat zorginstellingen de mogelijkheid biedt voordelige leningen af te sluiten.⁹⁶ Het WfZ doet dit door geldgevers de betaling van rente en aflossing te garanderen. (www.wfz.nl)

Een zorginstelling moet aan twee eisen voldoen voordat het WfZ zich garant stelt voor een lening. Ten eerste moet de instelling deelname hebben aan het WfZ op basis van wettelijke criteria.⁹⁷ Ten tweede wordt, na toepassing van deze wettelijke criteria, aan de hand van financiële criteria, getoetst of de zorginstelling financieel gezond is en dus of het WfZ daadwerkelijk garant wil staan voor een lening.

ZBC's hebben echter al bij de eerste stap problemen doordat zij geen directe toegang tot deelname aan het Waarborgfonds hebben (NMa, 2004; statuten WfZ; interviews). ZBC's hebben slechts toegang indien daartoe een apart besluit wordt genomen door het WfZ, dat vervolgens goedgekeurd dient te worden door de Raad van Toezicht en een aantal zorgverenigingen.⁹⁸ De vraag rijst of dit in praktijk enige ruimte biedt tot deelname.

⁹⁵ Een WZV-regio is een gezondheidsregio als bedoeld in de beleidsregels op grond van artikel 3, 1^e lid van de WZV. Volgens de WZV is Nederland verdeeld in 27 zogenaamde gezondheidsregio's.

⁹⁶ Het WfZ is niet geheel onafhankelijk; dat wil zeggen, VWS heeft invloed: "Het WfZ is met steun van het Rijk opgericht door de brancheverenigingen van intramurale zorginstellingen en verstrekt garanties op leningen aan zorginstellingen. Vanaf 1 januari 2004 heeft de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) de uitvoering van de garantieregelingen voor zorginstellingen overgenomen van het ministerie van VWS. Hierbij wordt benadrukt dat het Rijk (i.c. VWS) als borg verantwoordelijk blijft voor alle door het Rijk afgegeven borgstellingen." (www.minvws.nl) Daarnaast geeft VWS, formeel danwel informeel, goedkeuring over de statuten van het WfZ.

⁹⁷ Toegang tot deelname is bepaald in de statuten van het WfZ, die refereren aan artikel 5.2 van het uitvoeringsbesluit van de WTZi en artikel 5 eerste of derde lid van de WTZi.

⁹⁸ De verenigingen in het Waarborgfonds zijn Arcares, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ).

ZBC's hebben in praktijk tot op heden weinig animo om deel te nemen in het WfZ⁹⁹ en de NMa heeft waarschijnlijk om die reden in een informele zienswijze bepaald dat de statuten van het WfZ niet mededingingsbeperkend zijn.¹⁰⁰ Echter, door de steun van de overheid op de regels van het WfZ, is er wel sprake van een ongelijk speelveld.

Daarnaast zorgt het WfZ ook nog eens voor een ongelijk speelveld tussen financieel gezonde en financieel ongezonde zorginstellingen. (NMa, 2004) Niet alleen is er een verschil doordat deelname aan het WfZ is te beschouwen als een erkenning van adequaat (financieel) management. Daarnaast zorgt het WfZ, met steun van de overheid, voor een ongelijkheid. Een gelijk speelveld zou vragen om financiële steun voor allen of voor niemand, maar niet voor maar één partij.

4.3.2 Bevoorschottingsafspraken

ZBC's krijgen geen bevoorschotting door verzekeraars; ziekenhuizen krijgen dit wel.

In principe is tot de mogelijkheid tot bevoorschotting besloten vanwege problemen met invoering van de DBC-systematiek. "Waar vroeger het ziekenhuis per medische verrichting declareerde, doen ze dit nu per DBC." De looptijd van een DBC kan echter snel oplopen tot een aantal maanden waardoor een ziekenhuis moet voorfinancieren. Een aantal ziekenhuizen kwamen hierdoor in financiële problemen.

"Volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) gaat het hier alleen om een tijdelijk bureaucratisch probleem en kan dit gemakkelijk worden opgelost als zorgverzekeraars het oude systeem van bevoorschotting langer handhaven."
(www.artsenapothekeer.nl, 2005)

Ondanks dat ZBC's wellicht flexibeler om kunnen schakelen naar de nieuwe systematiek en het bij hen een kleiner volume betreft, komen ook ZBC's door de overschakeling op de DBC-systematiek met de lange looptijd van DBC's in liquiditeitsproblemen: "Het moment van declareren is niet gepast." ZKN geeft aan dat bij ZBC's hierdoor de noodzaak wordt geboren om DBC's af te sluiten voordat zij werkelijk afgerond zijn. Bevoorschotting werkt om die reden niet alleen belemmerend,

⁹⁹ ZBC's hebben tot op heden, met een enkele uitzondering, geen interesse getoond in deelname van het Waarborgfonds. Dit komt ten eerste doordat ZBC's vooral actief zijn op niches van de markt, waar grote investeringen minder nodig zijn. Voor ZBC's is het mogelijk aantrekkelijker om een pand of een OK-complex te huren dan hier zelf in te investeren. Hierdoor is er wellicht minder reden om deelname aan het Waarborgfonds te hebben. Ten tweede zijn aan deelname aan het WfZ ook eisen verbonden. Voordelen zijn uiteraard de mogelijkheid tot goedkoper lenen en daarnaast de erkenning van adequaat (financieel) management. Nadelen zijn echter dat de zorgaanbieder aan het WfZ inzicht in de financiële situatie moet geven, niet alleen bij het begin van deelname, maar ook bij herbeoordelingen. Het WfZ wordt dus een soort toezichthouder indien zij garant staat. Voor een ziekenhuis zal deze kosten-baten analyse vaker positief uitpakken dan voor een ZBC, waar de mogelijke voordelen in besparing van rentekosten sowieso kleiner zullen zijn.

¹⁰⁰ Informatie van Herman Bellers, directeur WfZ.

doordat het een verschil tussen ziekenhuizen en ZBC's creëert, maar bovendien werkt het systeemondermijnd omdat ZBC's creatieve manieren zoeken om DBC's voortijdig te sluiten.

ZBC's hebben door het ontbreken van voorschotten te maken met hoge kosten aan voorfinanciering en zij moeten langer wachten op betaling door de verzekeraar. Bovendien zorgt bevoorschotting ervoor dat ziekenhuizen in het A-segment geen financieel risico lopen en zo ook niet geprikkeld worden om over te gaan op een deugdelijke DBC-registratie en -facturatie. (Bosch, 2006) Het feit dat verzekeraars geen voorschotten willen geven aan ZBC's en dit wel doen aan ziekenhuizen, werkt belemmerend voor ZBC's.

4.3.3 Schaalvoordelen

Een ziekenhuis is vele malen groter dan een ZBC. Dit zorgt ervoor dat een ziekenhuis gebruik kan maken van schaalvoordelen¹⁰¹, waar een ZBC dit niet kan. Dit geldt voornamelijk voor kosten aan overhead¹⁰², zodat ZBC's relatief meer kosten hieraan hebben dan ziekenhuizen. Het uitzoeken van wet- en regelgeving, het garanderen van kwaliteitsborging door een specifiek keurmerk en het opzetten van een klachtencommissie vergen bijvoorbeeld relatief veel tijd, moeite en kennis van een ZBC. Bovendien kan een ziekenhuis ook nog eens meer verstand van zaken hebben doordat zij al langer op de markt zit. Een ZBC ondervindt hier dus een belemmering ten opzichte van het ziekenhuis door de vele eisen in regelgeving en praktische zaken, die voor het ZBC relatief zwaar wegen.

4.3.4 Spoedeisende hulp

Ziekenhuizen klagen over nadelen die voortvloeien uit de aanwezigheid van een spoedeisende hulp (SEH). Beschikbaarheidskosten, waaronder de kosten voor de aanwezigheid van voldoende personeel en de investeringen in apparatuur, worden opgenomen in het budget en vormen daarmee geen probleem. Echter, de klacht van ziekenhuizen is gericht op de hoogte van de casemix, de kosten per patiënt, die hoger kan zijn door de aanwezigheid van de SEH. Doordat DBC-tarieven gemiddelden zijn, kan het ziekenhuis door de zware casemix zwaarder belast zijn in het B-segment. Daarnaast wordt de planning van werkzaamheden in een ziekenhuis verstoord door spoedeisende zorg.

ZBC's hebben geen SEH en hebben om die reden niet te maken met de hoge beschikbaarheidskosten (die voor een ZBC wel belastend door zou werken op tarieven), een zware casemix of verstoring van de werkzaamheden. Dit geeft hen een voordeel.

Daartegenover staat dat ziekenhuizen erkennen dat zij ook voordelen van de SEH hebben. De SEH levert een enorme stroom patiënten aan het ziekenhuis. Immers, een patiënt die via de SEH

¹⁰¹ Schaalvoordelen zijn kostenvoordelen die ontstaan door productie op grote schaal.

¹⁰² Overheadkosten zijn kosten die niet direct aan een bepaalde productieactiviteit zijn toe te rekenen zoals de kosten van de centrale leiding van een concern.

binnenkomt, zal (vrijwel) altijd in het ziekenhuis behandeld worden.¹⁰³ Waar een ZBC veel tijd en moeite moet doen om patiënten te informeren en aan te trekken, gebeurt dit in het ziekenhuis vanzelf door de toevoer vanuit de SEH. Dit is dan ook een punt waarover ZBC's klagen. Volgens de ZBC's hebben zij hierdoor een concurrentienadeel.

4.3.5 Opleidingsfunctie

In de huidige situatie kunnen zowel topklinische als academische ziekenhuizen medisch specialisten opleiden. Academische ziekenhuizen hebben daarnaast ook een taak om tijd aan wetenschap en innovatie te besteden. Deze status, waaruit hogere kosten voortvloeien, maakt dat zij een aparte financiële vergoeding ontvangen, namelijk de academische component.¹⁰⁴

Topklinische ziekenhuizen krijgen slechts een tegemoetkoming in de kosten via hun budget. Mogelijk ondervinden topklinische ziekenhuizen hier een nadeel van en dit kan leiden tot onderinvestering in opleiden bij topklinische ziekenhuizen, waardoor schaarste op de arbeidsmarkt van medisch specialisten kan ontstaan.

4.3.6 Aanbod van klinische zorg

In 2006 werd het met het loslaten van het 24-uurs criterium in de WTZi, mogelijk voor ZBC's om ook klinische behandelingen in het B-segment uit te voeren. Hierdoor is meer concurrentie met ziekenhuizen mogelijk. Tevens introduceerde de WTZi de term 'instelling voor medisch specialistische zorg', waarmee zowel ziekenhuizen als ZBC's worden aangeduid. In praktijk blijkt echter dat nog steeds gesproken wordt over ziekenhuizen en ZBC's.

Met de term 'instelling voor medisch specialistische zorg', wordt het onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's minder duidelijk. Zo zijn ZBC's in de WTZi niet uitgesloten van de mogelijkheid om ook klinische A-DBC's aan te bieden, maar zij dienen dan een toelating met bouw aan te vragen, waardoor zij in feite een ziekenhuis worden. Er kan dus getwist worden over het feit of ZBC's nu wel of geen klinische A-DBC's mogen uitvoeren. De termen ziekenhuis en ZBC houden het verschil in het aanbod in stand.

¹⁰³ De zorg afgenomen na de behandeling in de SEH kan worden gezien als een 'follow-on' product. Aangezien patiënten tussen de afnames van deze soorten zorg over het algemeen niet wisselen van aanbieder, is hier sprake van een 'lock-in effect'. Switching costs kunnen verhinderen dat patiënten het aantrekkelijk vinden om te wisselen van zorgaanbieder. Zie voor meer over switching costs: Klempner (1987) of Klempner (2005).

¹⁰⁴ De Academische Component bestaat uit middelen voor opleidingen, wetenschappelijke ontwikkeling en innovatie. Vanaf 1 januari 2007 wordt deze academische component geschoond voor opleidingen met de komst van een opleidingsfonds. (MinVWS, 2005a)

4.4 Verschillen en het level playing field

De verschillen die hiervoor beschreven zijn, zijn niet per definitie factoren die een oorzaak vormen voor het bestaan van een unlevel playing field. Een level playing field is een marktsituatie (een speelveld) waar voor alle partijen die zich in een zelfde positie ten opzichte van die markt bevinden, dat wil zeggen toetreders ten opzichte van toetreders en zittende spelers ten opzichte van zittende spelers, dezelfde regels gelden, waardoor zij een gelijke uitgangspositie hebben om met elkaar te concurreren.

Hieruit volgt dat verschillen moeten voortkomen uit regelgeving om gekwalificeerd te worden als verschillen die het speelveld ongelijk maken. Bovendien kan de overheid hier beleid op vormen.

Dit is niet per se waar voor de verschillen die in het voorgaande besproken zijn. Sommige van de verschillen bestaan door een erfenis uit het verleden; anderen bestaan door emotionele waarden en perceptie. Hier valt voor de overheid niet altijd iets aan te doen. Dit kunnen mogelijk wel factoren zijn waarop de overheid de beslissing baseert om tijdelijk asymmetrisch in te grijpen.

De meeste verschillen in de bekostiging hebben te maken met het bestaan van de FB-systematiek. Het budget zorgt er bijvoorbeeld voor dat ZBC's vermoeden dat er kruissubsidiëring plaatsvindt door het bestaan van het sluittarief; of dat in het A-segment kapitaallasten bij het ziekenhuis niet en bij het ZBC wel zijn opgenomen in de tarieven. Tevens wordt de manier van omgaan met kosten en DBC's hierdoor beïnvloedt. Het budget bestaat als gevolg van wetgeving uit het verleden. Het was een instrument om de zorguitgaven te beperken, die in de jaren daarvoor zo sterk waren gestegen.¹⁰⁵ Omdat het budget bestaat door wetgeving, zorgen de verschillen die hieruit voortvloeien voor een ongelijk speelveld. Hetzelfde geldt overigens voor de lumpsum van medisch specialisten. Om die reden zal in hoofdstuk 5 worden onderzocht wat mogelijke oplossingen zijn voor dit probleem.

Verschillen in de relatie met andere marktpartijen zijn veel moeilijker aan te wijzen als factoren die het bestaan van een level playing field verhinderen. Immers, veel van de verschillen komen voort uit perceptie van partijen ten opzichte van het ziekenhuis en het ZBC en de achterstand in reputatie die een ZBC heeft. Huisartsen verwijzen sneller naar een ziekenhuis dan naar een ZBC. Er is echter geen enkele regel vanuit de overheid die verwijsgedrag van huisartsen op een dergelijke manier beperkt.

Het feit dat medisch specialisten moeilijk los te weken zijn van het ziekenhuis, heeft alles te maken met de reputatie die een ziekenhuis heeft gebouwd. Verschillen in het contracteren die veroorzaakt worden door de budgetsystematiek, zoals de transactiekosten voortkomend uit onderhandelingen tot kortingen, en het vanzelfsprekend contracteren van een verzekeraar met een ziekenhuis, worden al

¹⁰⁵ De prijzen van zorg werden, voor de invoering van het budget, beperkt door de WTG. Het aanbod van zorg werd bepaald door de WZV. Gezien de WTG redelijk ineffectief was in de beheersing van prijzen, werd gezocht naar een alternatief. Zo werd in 1983 de WTG omgevormd van een prijzenwet tot een budgetteringswet, die daarmee zowel de prijzen als het volume van zorg moest beperken. (Schut, 2003)

aangepakt wanneer een alternatief voor het budget wordt gezocht om op het financiële vlak een gelijk spelveld te creëren.

De lage transparantie van kwaliteit en prijs, en de geringe informatie over ZBC's als nieuwe zorgaanbieders, kan niet worden aangewend om aan te tonen dat hier een ongelijk spelveld is. Bovendien is dit tevens een belemmering voor efficiënte ziekenhuizen. Dit is dus een tekortkoming die voor een groot deel van de markt belemmerend werkt en die niet per se een level playing field verhindert te bestaan.

De uitsluiting van ZBC's op directe toegang tot het Waarborgfonds komt voort uit regels, gesteund door de overheid. Ditzelfde geldt voor de afspraken tot bevoorschotting, die ZBC niet hebben en waar de overheid steun geeft aan een convenant en deze extra onder de aandacht brengt. Ook wet- en regelgeving die de vergoeding voor het opleiden van medisch specialisten door ziekenhuizen vaststelt, zorgt ervoor dat hier gesproken kan worden over een unlevel playing field. Dit is niet het geval bij de relatief hoge kosten aan overhead die een ZBC als belemmerend ervaart¹⁰⁶ of de voordelen die een ziekenhuis heeft met de toestroom van patiënten uit de SEH. In het eerste geval zijn regels en eisen immers gelijk en is er wat dat betreft juist sprake van een gelijk spelveld. In het tweede geval beperkt de overheid patiënten niet om van zorgaanbieder te wisselen na binnenkomst via een SEH. Bovendien is er geen wetgeving die ZBC's verbiedt om een SEH te hebben, maar wordt er een doelmatigheidstoets uitgevoerd. van klinische A-segment zorg in stand.

Wat betreft het aanbieden van klinische A-DBC's kan gesteld worden dat met betrekking tot de toelating dezelfde regels gelden voor alle instellingen voor medisch specialistische zorg. Een ZBC is vrij om een toelating met bouw aan te vragen om zo klinische A-DBC's aan te bieden, ook al wordt het dan in feite een klein ziekenhuis. De nieuwe benaming 'instelling voor medisch specialistische zorg' voorkomt dat hier een verschil in regelgeving ontstaat.

In Figuur 4.2 wordt een overzicht gegeven van de factoren die een unlevel playing field veroorzaken. Figuur 4.2 sluit niet uit dat overige verschillen verholpen dienen te worden. Concurrentie kan immers ook door generieke maatregelen gestimuleerd worden, zoals het verlagen van toetredingsbelemmeringen.¹⁰⁷ Toetredingsbelemmeringen zijn in de huidige situatie voor ZBC's lager doordat zij slechts een toelating zonder bouw nodig hebben. Dit is gekoppeld aan de soort zorg die ZBC's leveren. Het verlagen van toetredingsbelemmeringen geeft een impuls aan concurrentie.

¹⁰⁶ Dit zou wel het geval zijn indien het behalen van schaalvoordelen wordt verhinderd door het verbod op het uitvoeren van klinische A-DBC's.

¹⁰⁷ VVAA deed onderzoek naar de belemmeringen die medisch specialisten ervaren bij het opstarten van een ZBC. De belangrijkste belemmeringen zijn: Bureaucratie/regelgeving (52%), Verkrijgen toestemming zorgverzekeraar / CVZ (39%), Onderhandelingen met zorgverzekeraars (37%), Toestemming staf en/of ziekenhuis (32%). Percentages geven het percentage van de respondenten aan die dit als belemmering aanduiden. Zie voor meer informatie VVAA, 2006.

Een andere generieke maatregel is het verhogen van transparantie op de markt. Wellicht kan ook deze maatregel in de huidige situatie als asymmetrisch instrument worden ingezet. Zo kan de overheid ZBC's extra onder de aandacht brengen door bijvoorbeeld informatiefolders te richten op verzekeraars, huisartsen en patiënten. Door objectieve informatie over ZBC's te verspreiden of rapporten van de Inspectie inzichtelijk te maken, raken andere marktpartijen meer bekend met ZBC's en wat deze instellingen voor voordelen kunnen bieden. Het is vervolgens aan de patiënt, huisarts of verzekeraar zelf om een kritische keuze te maken. Het betreft in principe een eenmalige actie om ZBC's onder de aandacht te brengen. Asymmetrisch ingrijpen moet immers tijdelijk worden toegepast.

Naast deze manieren van asymmetrisch ingrijpen kunnen ook autonome ontwikkelingen op de markt verschillen verminderen. Er ontstaan bijvoorbeeld steeds meer ketens van ZBC's, verspreid over het land. Ketenvorming is een manier om schaalvoordelen te realiseren. Andere voordelen van ketenvorming zijn bijvoorbeeld dat een keten kan zorgen voor de opbouw van reputatie. De naam van de keten geeft dan als het ware een kwaliteitslabel af, dat een garantie aan patiënten, huisartsen en verzekeraars biedt. Daarnaast kan een keten ervoor zorgen dat verzekeraars meer belang zien in het contracteren met een ZBC, doordat zij in meerdere delen van het land zorg aanbieden.

Ketenvorming kan als ontwikkeling dus een aantal belemmeringen op de markt verminderen of wegnemen. Onder invloed hiervan kan overig asymmetrisch ingrijpen, ten behoeve van ZBC's, korter van duur zijn, zodat beter kan worden gehouden aan de tijdelijkheid van ingrijpen.

Figuur 4.2 Overzicht van oorzaken van een unlevel playing field

	Verskil op gebied van	Negatief effect voor	Gevolg
Bekostiging	FB-budgetsystematiek	ZBC	-Vangnet voor ziekenhuis -Kruissubsidiëring bij ziekenhuizen mogelijk -DBC's dienen bij ziekenhuizen slechts ter declaratie -Zorgverzekeraars zitten door budget aan ziekenhuis vast
	Kapitaallasten	ZBC	Tarieven voor ZBC's moeten kostendekkend zijn, bij ziekenhuizen niet
	Lumpsum	-ZBC -Ziekenhuis	-Verzekeraar zit vast aan ziekenhuis door lumpsum-onderhandelingen / Lage mobiliteit van specialisten -Inflexibele specialisten
Overig	Waarborgfonds	ZBC	ZBC's hebben geen directe toegang tot deelname
	Bevoorschotting	ZBC	ZBC's moeten alternatieve manieren van financiering aantrekken
	Opleidingsfunctie	Ziekenhuis	Topklinische en academische ziekenhuizen worden op verschillende wijze vergoed voor het opleiden

4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de verschillen tussen zorgaanbieders. De belangrijkste conclusie die hieruit volgt is dat vooral ZBC's te maken hebben met factoren die hen beperken in de concurrentie met ziekenhuizen. Met name de FB-systematiek voor ziekenhuizen tegenover de verrichtingensystematiek van ZBC's, zorgt voor een ongelijk speelveld. Er zijn verschillen in de manier waarop aanbieders met DBC's omgaan; kapitaallasten worden bij een ZBC wél en bij een ziekenhuis niet opgenomen in tarieven; ziekenhuis hebben de mogelijkheid tot kruissubsidiëring waardoor zij ZBC's buitenspel kunnen zetten; en beide partijen voelen zich belemmerd door de lumpsum. Deze punten vragen om nader onderzoek zodat afgewogen kan worden of en hoe er een rol is voor overheidsingrijpen.

De traditionele rol van het ziekenhuis als zorgverlener zorgt ervoor dat andere spelers op de markt niet snel openstaan voor nieuwe partijen. Zowel bij verzekeraars, patiënten, huisartsen als ook medisch specialisten, moet een ZBC erg veel tijd en moeite steken in het informeren, overtuigen en het opbouwen van een goede reputatie; ziekenhuizen hoeven dit niet. Dit plaatst ZBC's in een nadelige positie. Het zijn echter factoren die in een transitiefase spelen. ZBC's moeten immers concurreren met spelers die een monopoliepositie in zorgverlening hadden. Hoewel dit geen factoren zijn die een unlevel playing field veroorzaken, kan hier bij de afweging tot overheidsingrijpen rekening mee worden gehouden om concurrentie te stimuleren.

Overige verschillen zijn de mogelijkheden tot financiering die bij een ziekenhuis veel ruimer zijn dan voor een ZBC; de schaalvoordelen waarvan een ziekenhuis wél en een ZBC niet van kan profiteren; de nadelen van de SEH, financieel gezien voor ziekenhuizen, qua patiëntenstroom gezien voor ZBC's; en de beperkingen voor ZBC's om klinische A-DBC's uit te voeren zonder zich te profileren als ziekenhuis. Ook hier geldt dat vanuit het perspectief van een level playing field, niet altijd overheidsingrijpen beargumenteerd kan worden.

De verschillen die in dit hoofdstuk zijn gepresenteerd kunnen het bestaan van een gelijk speelveld dwarsbomen. Veelal zijn dit verschillen die ten nadele van ZBC's zijn. In het volgende hoofdstuk zullen de factoren die het bestaan van een level playing field verhinderen, zoals gepresenteerd in Figuur 4.2, onder de loep worden genomen om af te wegen of er een rol voor de overheid is om in te grijpen.

5 Overheidsingrijpen

Hoofdstuk 4 heeft laten zien dat er veel verschillen zijn tussen zorgaanbieders. Sommige hiervan veroorzaken een unlevel playing field. In dit hoofdstuk zal worden onderzocht in hoeverre er voor de overheid een rol is weggelegd om in te grijpen op het speelveld. Zoals in het theoretisch kader naar voren kwam, moet overheidsingrijpen gericht zijn op nivelleren en niet zozeer op het creëren van een 100% gelijk speelveld. Verschillen die spelers als beperkend ervaren, kunnen tegen het licht worden gehouden ten behoeve van dit nivelleren. Het is tevens belangrijk dat ook andere factoren meegenomen worden in de overwegingen ten aanzien van overheidsingrijpen: publieke belangen in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid¹⁰⁸, nemen een voorname rol in.

Dit hoofdstuk zal voor die groep verschillen die betrekking hebben op het level playing field¹⁰⁹, in elke paragraaf per factor of per groep factoren onderzoeken wat een mogelijke oplossing is voor het probleem en wat de kwaliteit is van deze oplossing. Een eerste stap die daartoe wordt genomen is het beschrijven van de oplossing voor het huidige probleem. Vervolgens zal deze oplossing getoetst worden aan publieke belangen. Kunnen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid voldoende geborgd worden en wat zijn eventuele voor- en nadelen of risico's? Aangezien een meer level playing field het doel heeft om meer concurrentie en uiteindelijk meer welvaart te creëren, kan verondersteld worden dat doelmatigheid wordt geborgd met de voorgestelde maatregelen. Tenslotte zullen op basis van deze overwegingen aanbevelingen worden gedaan over het al dan niet implementeren van de oplossing.

In paragrafen 5.1 tot en met 5.3 zullen oplossingen voor de verschillen die voortkomen uit de bekostigingssystematiek worden behandeld. Paragrafen 5.4 tot en met 5.6 bespreken het waarborgfonds, de bevoorschotting en de vergoeding voor opleidingen. Aansluitend zal paragraaf 5.7 concluderen door een aantal belangrijke aandachtspunten voor de overheid aan te stippen.

5.1 FB-systematiek

De FB-systematiek, beschreven in hoofdstuk 4, zorgt voor een ongelijk speelveld onder ziekenhuizen en ZBC's. Dit ongelijke speelveld vormt veel reden tot klagen. Tijdens alle interviews kwam naar voren dat dit daadwerkelijk zeer belemmerend werkt. De verschillen die belemmerend werken en tevens onderling gerelateerd zijn, zijn:

- 1) het sluittarief dat als een vangnet werkt voor ziekenhuizen;

¹⁰⁸ Een beschrijving van deze publieke belangen is te vinden in hoofdstuk 2.

¹⁰⁹ Dit zijn die belemmeringen die aan het eind van hoofdstuk 4 nog eens aangehaald zijn in Figuur 4.2.

- 2) DBC's als inkomsten versus DBC's als declaratiemiddel;
- 3) de mogelijkheid tot koppelverkoop en kruissubsidiëring;
- 4) de kostendekkendheid van tarieven en de onderhandelingspositie ten opzichte van de verzekeraar.¹¹⁰

5.1.1 Oplossingen voor een unlevel playing field door de FB-systematiek

De FB-systematiek zorgt niet alleen voor een ongelijk speelveld, maar is tevens inefficiënt en intransparant. Er lijkt dus genoeg reden om dit systeem te veranderen en de bekostiging van ziekenhuizen anders in te richten.

“De functiegerichte budgettering (FB) sluit niet goed aan bij VWS-doelstellingen zoals het inzichtelijker maken van de zorgproductie en het streven naar een doelmatiger en doeltreffender zorgstelsel. Het FB-systeem kent geen nauwkeurige relatie tussen de tarieven en de werkelijke kosten. Daarnaast hebben de vaste en semi-vaste budgetparameters geen directe relatie met de productie van het ziekenhuis. Hierdoor stimuleert het systeem te weinig de doelmatigheid en vernieuwing. Ook ondersteunt het FB-systeem te weinig de realisatie van de gewenste transparantie.” (www.dbconderhoud.nl)

Er zijn diverse oplossingen voor dit probleem te bedenken die een meer gelijk speelveld creëren. Er bestaan de volgende mogelijkheden:

- a) betere parameters, zonder risicodragendheid
- b) betere parameters, met risicodragendheid

Tevens kan een oplossing schuilen in het uitbreiden van het B-segment, zodat de problemen in ieder geval voor een kleiner deel van de zorg gelden.

In het B-segment kan gekozen voor:

- I) vrije prijzen
- II) vrije prijzen met in transitie een prijsbeheersingsinstrument

Deze mogelijke oplossingen zullen in het onderstaande nader toegelicht worden.

Ten eerste kan het huidige budgetsysteem in stand blijven, maar kan er gezocht worden naar parameters die beter aansluiten bij de werkelijke kosten (variant a). Nieuwe parameters zouden bijvoorbeeld gebaseerd kunnen zijn op DBC's, waardoor er meer relatie wordt gezocht met kosten. Ook tarieven zouden beter moeten aansluiten bij kosten. Daarnaast zou het budget verlaagd moeten worden om zorginstellingen meer te prikkelen om efficiëntie na te streven. De voorgestelde oplossing verlaagt de mogelijkheden voor kruissubsidiëring, gegeven dat er minder speling tussen tarieven en kosten is; en vermindert de functie van het sluittarief. Hierdoor wordt een meer level playing field

¹¹⁰ Andere belemmeringen, het verschil in opname van kapitaallasten en de lumpsum, komen in paragraaf 5.2 en 5.3 aan bod.

bereikt. De problemen worden met deze variant echter niet geheel opgelost en er is nog steeds ruimte voor verbetering.

Een tweede oplossing gaat om die reden nog een stapje verder en schaft tevens het sluittarief af (variant b). Zorginstellingen worden daarmee risicodragend. Het afschaffen van het sluittarief zorgt er voor dat ook in de overige belemmeringen tegemoet wordt gekomen. DBC's gaan voor ziekenhuizen, net als voor ZBC's, gelden als inkomsten, omdat niet meer kan worden teruggevallen op het sluittarief. De mogelijkheden voor kruissubsidiëring zullen verminderen ofwel verdwijnen; het ziekenhuis heeft geen vangnet meer en in principe zullen tarieven kostendekkend moeten zijn. Deze tweede variant zorgt dus voor een gelijk spelveld dan de eerste.

Een uitwerking van deze tweede oplossing wordt gedaan met de plannen van minister Hoogervorst in de 'bekostigingsbrief' van september 2006, waarin hij voorstelt om de gehele FB-systematiek af te schaffen. Een volgend kabinet zal nog over deze plannen moeten beslissen. (MinVWS, 2006b) In de bekostigingsbrief wordt voorgesteld dat instellingen niet langer een budget op basis van parameters krijgen toegerekend, maar dat zij bijdragen krijgen uit diverse fondsen. De bijdragen bestaan voor die onderdelen van de zorg, waar geen producten zijn te typeren: bijdragen zijn functiegericht. Dit geldt dus voornamelijk voor UMC's. Voorbeelden hiervan zijn de Rijksbijdrage van de Minister van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap voor de bekostiging van de werkplaatsfunctie voor UMC's; en de academische component als vehikel voor de bekostiging van de topreferente functie. Daarnaast is er een inkomensstroom voor topklinische DBC's, waar ofwel vaste ofwel maximumtarieven voor gaan gelden. (MinVWS, 2006b)¹¹¹

Om klachten van ZBC's of andere ziekenhuizen over kruissubsidiëring in dit nieuwe systeem te voorkomen, is het belangrijk dat de bijdragen die worden gegeven aan bepaalde zorgaanbieders een reële relatie vertonen met de functie die zij moeten uitvoeren. Er moet immers voorkomen worden dat bijvoorbeeld UMC's "door de middelen die zij ontvangen voor de bijzondere functies, een lagere prijs voor de basispatiëntenzorg zouden kunnen gaan rekenen en daarmee een oneerlijke concurrentiepositie innemen." Dit neemt dus een van de klachten over een ongelijk spelveld weg. Tevens wordt de klacht van ZBC's, dat verzekeraars bij hen vragen om extreem hoge kortingen, weggenomen doordat er geen verschil meer is tussen punttarieven voor ziekenhuizen versus maximumtarieven voor ZBC's. (MinVWS, 2006b)

¹¹¹ In de huidige situatie vindt bekostiging voor specifieke functies ook al via een aparte stroom plaats. Er is echter geen boekhoudkundige scheiding van bijvoorbeeld de academische component en het budget. Hierdoor is het sluittarief feitelijk ook van toepassing op deze financieringsstromen, waardoor alsnog een ongelijk spelveld met ZBC's ontstaat. Het grote verschil met de nieuwe geplande systematiek is dat het sluittarief niet meer bestaat, zodat instellingen risicodragend worden zoals voorgesteld met variant b.

Om de problemen met de FB-systematiek te verminderen kan worden gekozen voor een manier waarbij het budget minder invloed heeft op het speelveld. Dit zou betekenen dat het A-segment verkleind moet worden. Het invoeren van vrije prijzen (variant I), zoals is gebeurd met het huidige B-segment, verkleint de invloed van het budget en zorgt voor een meer level playing field.

De plannen hiertoe staan beschreven in de bekostigingsbrief van Hoogervorst (MinVWS, 2006b), waarin wordt aangegeven dat uitbreiding van het B-segment mogelijk is tot 70% van de zorg. Dit is verantwoord, aangezien het risico van marktfalen voor een groot deel van de DBC's klein is. Er is immers sprake van beperkte schaal- en synergievoordelen, de markt is voldoende betwistbaar, aanbieders hebben ten opzichte van zorgverzekeraars geen onevenredige onderhandelingsmacht¹¹² en er zijn geen onoverkomelijke informatieproblemen. (Varkevisser et al., 2004)

Uitbreiding van het B-segment zorgt ervoor dat prijzen meer relatie vertonen met werkelijke kosten, aangezien de markt zelf tot een evenwicht zal komen en er wordt aangesloten bij de DBC-systematiek. Zorgaanbieders krijgen meer vrijheid, “maar daar staat tegenover dat zij meer inzicht in de door hen geleverde prestaties moeten geven, waarop zij vervolgens kunnen worden beloond.” (MinVWS, 2006b)

Daarnaast worden DBC-tarieven voor ziekenhuizen een inkomensstroom in plaats van alleen een administratief concept en bestaat er niet langer een sluittarief waar ziekenhuizen zich achter kunnen verschuilen indien factureringsinkomsten lager zijn dan het budget. De mogelijkheden tot kruissubsidiëring worden beperkt doordat vrije prijzen kostendekkend moeten zijn.

Het verruimen van het B-segment, en daarmee dus het loslaten van het budget voor dit deel van de zorg, kan worden gezien als het ‘levelen’ van het speelveld. Het creëren van een meer level playing field kan een extra argument vormen om de plannen van minister Hoogervorst erdoor te krijgen.

De laatste oplossing betreft het uitbreiden van het B-segment maar voegt daarbij in een transitiefase het gebruik van een prijsbeheersingsinstrument toe (variant II). Hierdoor worden de vrije prijzen aan banden gelegd: prijzen kunnen in beperkte mate fluctueren. Deze maatregel zorgt er nog steeds voor dat een meer gelijk speelveld ontstaat, doordat tegemoet wordt gekomen aan de belemmeringen voortkomend uit de FB-systematiek.

De voorgestelde maatregelen (a) en (b) kunnen gecombineerd worden met (I) en (II). Immers, indien het B-segment wordt uitgebreid is er nog steeds een ongelijk speelveld door het bestaan van het budget in het A-segment. Het afschaffen van het budget en het sluittarief, zoals uitgewerkt met variant (b)

¹¹² Hier bestaan diverse meningen over. CTG/Zaio (2006) geeft aan: “Ziekenhuizen hebben in het algemeen vooralsnog een sterkere onderhandelingspositie dan verzekeraars.” Daartegenover staan ZBC's: “Met betrekking tot ZBC's is het aannemelijk dat de verzekeraar in het algemeen de sterkste onderhandelingspositie heeft.” Aan andere kant wordt juist gevreesd voor een te grote machtspositie van verzekeraars: “De afname van provinciale concentraties vormt een positieve stimulans voor concurrentie gezien de van oudsher machtige positie van regionale zorgverzekeraars.” (NZA i.o., 2006)

lijkt de beste oplossing om een meer gelijk speelveld tussen ziekenhuizen en ZBC's te creëren. Uitbreiding van het B-segment, door variant (I) of (II) kan dit versterken.

5.1.2 Publieke belangen bij veranderingen in de bekostiging

In het ondergaande zal bekeken worden of de publieke belangen met het voorgestelde systeem geborgd zijn. Hiermee wordt de kwaliteit van de voorgestelde oplossingen getoetst.

Figuur 5.1 Publieke belangen en voorgestelde veranderingen

		<u>Kwaliteit</u>	<u>Toegankelijkheid</u>	<u>Doelmatigheid</u>	<u>Randvoorwaarde</u>
A-segment	<u>Variant a</u>	+	++	+	
	<u>Variant b</u>	+	+	++	
Uitbreiding B-segment	<u>Variant I</u>	++	+	++	Transparantie
	<u>Variant II</u>	++	+	+++	Transparantie

+ voldoende borging

++ goede borging

+++ zeer goede borging

N.B. De mate van borging per oplossing is beoordeeld in verhouding tot de andere varianten. De aanduidingen +, ++ of +++ zijn niet beoordeeld ten opzichte van de huidige situatie, maar geven een relatieve positie ten opzichte van de andere oplossingen aan. Er is bekeken in hoeverre de ene oplossing beter scoort in de borging van publieke belangen dan de andere oplossing.

Kwaliteit

Alle oplossingen zorgen ervoor dat kwaliteit op een voldoende wijze geborgd kan blijven.

In het A-segment blijft kwaliteit voldoende geborgd doordat zorginstellingen onderhevig blijven aan kwaliteitseisen zoals die van de Inspectie en Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)¹¹³. Tevens zorgt wetenschappelijke ontwikkeling en innovatie, de taak van academische ziekenhuizen, ervoor dat continu aan het verbeteren van kwaliteit wordt gewerkt.

Uitbreiding van het B-segment zal zorgaanbieders zelfs prikkelen om kwaliteit te verbeteren, zodat zij een goede prijs-kwaliteitverhouding hanteren en daarmee contracten met zorgverzekeraars aanhouden.

¹¹³ De MSRC heeft tot taak: a) Het instellen van specialistenregisters, die tot doel hebben het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening; b) Het inschrijven van personen in een register en het hernieuwen van de inschrijving; c) Het erkennen van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten, alsmede het schorsen of intrekken van de erkenning; d) Het houden van toezicht op de naleving van besluiten van het CCMS door opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten die krachtens het bepaalde in sub d zijn erkend.

Het bevorderen van transparantie zal een randvoorwaarde zijn in het gehele systeem om zorginstellingen te belonen of af te rekenen op hun kwaliteitsprestaties.¹¹⁴

Toegankelijkheid: bereikbaarheid en beschikbaarheid

De uitbreiding van het B-segment en de veranderingen in het A-segment lijken geen problemen op te leveren voor de vestiging en bereikbaarheid van zorginstellingen. Doordat er onder variant a een sluittarief blijft bestaan, lopen instellingen geen financieel risico en blijft de toegankelijkheid het best gewaarborgd.

Doelmatigheid: macro- en micro-betalbaarheid

Naast de andere twee publieke belangen wordt ook doelmatigheid met de voorgestelde maatregelen minimaal voldoende geborgd. Variant a scoort relatief slecht, doordat het bestaan van het sluittarief ervoor zorgt dat een onzuivere afweging tussen kosten en baten wordt gemaakt. “De huidige budgetteringssystematiek [...] leidt tot het maximaliseren van het budget van een ziekenhuis.” (MinVWS, 2006b) Het opheffen van het sluittarief, zoals bij variant b, kan doelmatigheid verbeteren. Indien wordt gekozen voor de uitwerking van variant b, het afschaffen van het budget, zoals is voorgesteld door minister Hoogervorst, kan doelmatigheid verder stijgen, doordat zorguitgaven beter te beperken zijn.¹¹⁵ Immers, ook het boter-bij-de-vis principe wordt dan losgelaten. Daarnaast zijn aanvullende prikkels mogelijk, bijvoorbeeld het aanbesteden van functies voor acute zorg of het invoeren van een vorm van maatstafconcurrentie.

Bij variant I, uitbreiding van het B-segment, zullen meer onderhandelingen op lange termijn leiden tot meer doelmatigheid doordat voornamelijk efficiënte aanbieders worden gecontracteerd. Bovendien wordt de prijs bepaald door de werking van de markt. Transparantie is van belang om een kritische houding van consument en verzekeraar te stimuleren.

Variant II kan doelmatigheid nog beter borgen; alle risico's lijken ingedekt. Een instrument van prijsbeheersing vormt een aangrijpingspunt voor overheidsingrijpen om ongewenste prijsstijgingen te

¹¹⁴ “Het is belangrijk voor patiënten en verzekeraars dat er adequate kwaliteitsinformatie beschikbaar is, op basis waarvan zij een keuze voor een zorgaanbieder kunnen maken. Goed zicht op prestaties (zowel kwalitatief als financieel) legt druk op zorgaanbieders om goed te presteren.” (MinVWS, 2006b)

¹¹⁵ Het huidige systeem, de FB-systematiek, werd in 1983 ingevoerd om de snel stijgende zorguitgaven in te perken. Vanaf begin jaren '70 trachtte de overheid al grip te krijgen op de sterk stijgende zorguitgaven. Met de WZV uit 1971 werd geprobeerd de capaciteit van ziekenhuizen beter te plannen. De WTG die in 1981 werd ingevoerd, was bedoeld om prijzen centraal te reguleren door middel van een tarievenwet. Beide wetten waren echter betrekkelijk ineffectief als instrument voor kostenbeheersing. Om die reden werden in 1983 ziekenhuizen gebonden aan een zogenaamd instellingsbudget, zodat zowel op prijs als op volume gereguleerd kon worden. Later, in 1995, werd ook de lumpsum ingevoerd om de inkomens van medisch specialisten te binden aan een budget.

Het doel van het budget was dus om de zorguitgaven te beperken. Door het introduceren van het ‘boter-bij-de-vis principe’ in 2000 werden de uitgavenplafonds voor de zorginstellingen afgeschaft, om tegemoet te komen aan de klachten over de groeiende wachtlijsten en de verschraving van de zorg. Echter, hierdoor stegen de zorguitgaven opnieuw enorm en werd het initiële doel van het budget verijdeld. (Schut, 2003)

voorkomen en kan daarmee de zorguitgaven beperken.¹¹⁶ Dit kan in een overgangsfase noodzakelijk zijn om consumenten en verzekeraars te laten wennen aan hun nieuwe, kritische rol.

Hoewel variant II doelmatigheid het best lijkt te borgen, kunnen er vraagtekens worden geplaatst bij de noodzakelijkheid van een prijsbeheersingsinstrument. Het huidige B-segment geeft geen reden om te vrezen voor ongewenste prijsstijgingen. Er is zelfs een reële gemiddelde prijsdaling van 0,8% waargenomen van 2005 tot 2006. De regio West kent zelfs nog een lager prijsniveau, dat zo'n 2% onder het gemiddelde ligt.¹¹⁷ (CTG/Zaio, 2006) Onnodig overheidsingrijpen moet voorkomen worden. Aangezien variant I de publieke belangen ook op een goede manier kan borgen, lijkt er geen reden voor een additionele vorm van regulering.

5.1.3 Conclusie: implementatie van de nieuwe bekostiging

De belemmeringen die voortkomen uit verschillen in de budgetsystematiek, beschreven in hoofdstuk 4, kunnen opgelost worden door zowel het A-segment als het B-segment onder handen te nemen.

In het A-segment is het afschaffen van het sluittarief en het afschaffen van de budgetsystematiek volgens de plannen van minister Hoogervorst de beste manier om een meer level playing field te creëren en tevens de publieke belangen op een voldoende manier te blijven borgen.

De invloed van het budget en de belemmeringen kan beperkt worden door het B-segment uit te breiden (naar ongeveer 70% van de zorg). Het instellen van een prijsbeheersingsinstrument om in een transitieperiode het publieke belang doelmatigheid beter te borgen, lijkt niet nodig en bovendien niet wenselijk omdat dit betekent dat er extra regulering wordt gecreëerd.

Het afschaffen van de budgetsystematiek in het resterende A-segment en uitbreiding van het B-segment komt overeen met de plannen van minister Hoogervorst (MinVWS, 2006b) Ziekenhuizen genieten op het A-segment niet langer van een vangnet in de vorm van een sluittarief en zij hebben weinig/geen mogelijkheden tot kruissubsidiëring. DBC's worden voor ziekenhuizen een inkomensstroom in plaats van een administratief middel en ook zitten zorgverzekeraars niet langer vast aan het ziekenhuis doordat er een budget is; dit geeft meer ruimte voor ZBC's. Een randvoorwaarde bij dit alles is het scheppen van meer transparantie. Er zijn voldoende redenen, alleen al om een meer level playing field te creëren, waarop een nieuw kabinet het besluit kan baseren om de FB-systematiek af te schaffen en het B-segment uit te breiden.

¹¹⁶ Invulling van dit prijsbeheersingsinstrument zal volgens de variant van CTG/Zaio ingevuld worden door middel van een normtarief. Dit normtarief wordt gebaseerd op de gemiddelde landelijke prijs- en/of kostenontwikkeling en wordt bekendgemaakt voor de onderhandelingen tussen aanbieder en verzekeraar starten. Aan het eind van elk jaar berekent CTG/Zaio aan de hand van dit normtarief hoeveel een instelling maximaal in rekening had mogen brengen. Wanneer de zorginstelling meer in rekening heeft gebracht, dient zij het meerdere terug te storten in het zorgverzekeringsfonds. CTG/Zaio heeft door dit instrument de mogelijkheid tot ingrijpen wanneer het prijsniveau van een zorgaanbieder boven het gemiddelde ligt. Na 3 jaar zal een evaluatie plaatsvinden van uitbreiding van het B-segment en indien hieruit positieve resultaten blijken, zal een einde worden gemaakt aan de prijsbeheersing. (MinVWS, 2006)

¹¹⁷ In deze regio zijn meer ziekenhuizen en ZBC's gevestigd, waardoor er meer concurrentiedruk is.

5.2 Kapitaallasten

Een verschil gerelateerd aan de bekostigingssystematiek, betreft kapitaallasten. Door verschillen in regelgeving rondom de kapitaallasten bestaat er een ongelijk speelveld.

5.2.1 Oplossing voor een unlevel playing field door kapitaallasten

ZBC's klagen over het feit dat in het A-segment bij ziekenhuizen kapitaallasten niet worden opgenomen in de tarieven, terwijl dit bij ZBC's wel het geval is. Tarieven van ZBC's moeten kostendekkend zijn, waar ziekenhuizen kunnen terugvallen op het sluittarief. Hierdoor ondervinden ZBC's nadeel in concurrentie.

Een oplossing voor dit probleem is het opnemen van kapitaallasten in de DBC-tarieven, zowel bij A- als B-DBC's. Indien wordt overgegaan op integrale tarieven, moet een manier worden gehanteerd waarmee kapitaallasten worden toegerekend aan DBC's. Deze kosten per DBC worden ook wel de normatieve huisvestingslastencomponent (nhc) genoemd. De nhc's kunnen verschillen per DBC omdat elke DBC een verschillende intensiteit heeft in het gebruik van kapitaal, maar zij zijn, gegeven een DBC, uniform voor alle instellingen. (MinVWS, 2005b)

“De vergoeding voor huisvestingslasten op basis van nhc's is een kostenefficiënte vergoeding die onder andere uitgaat van afschrijvingstermijnen die overeenkomen met de economische levensduur van zorginstellingen en een vergoeding voor het verstrekte vermogen die past bij het risicoprofiel van de sector.” (MinVWS, 2005b) Hiermee wordt tegemoetgekomen aan de klacht van ziekenhuizen over de lengte van de afschrijvingstermijn, die tot op heden niet overeenkomt met de werkelijke economische levensduur en waar ZBC's geen last van hebben. Ziekenhuizen zitten hierdoor niet langer op een ongelijk speelveld. Het invoeren van een integraal tarief zorgt er daarnaast voor dat niet alleen ZBC's maar ook ziekenhuizen risicodragend worden en daarmee steeds meer ondernemingen worden. Dit maakt dat concurrentie tussen ZBC's en ziekenhuizen ook in het A-segment op een gelijk speelveld plaatsvindt.¹¹⁸

5.2.2 Publieke belangen en integrale tarieven

In geval van integrale tarieven worden zorginstellingen risicodragend en beslissen zij zelf of een bepaalde investering rendabel is en hoe zij investeringen verdisconteren over tarieven.

¹¹⁸ Andere voordelen van het invoeren van integrale tarieven is consistentie, aangezien dan zowel in A- als B-segment bij beide partijen kapitaallasten zijn opgenomen in de tarieven. Een ander voordeel is de introductie van risicodragendheid van zorginstellingen: zorgaanbieders worden meer verantwoordelijk voor hun eigen investeringen.

Nadelen van integrale tarieven zijn de hogere mate van onzekerheid en risico indien zorginstellingen meer verantwoordelijkheid en vrijheid krijgen in de keuze voor hun investeringen. “Zorginstellingen moeten dan immers zelf afwegen hoe ze de lasten die voortvloeien uit huisvestingsbeslissingen kunnen terugverdienen door het leveren van zorg.” (MinVWS, 2005b)

De instelling zal een afweging moeten maken tussen hogere tarieven versus verbeteringen in kwaliteit en/of capaciteit.

Kwaliteit en toegankelijkheid

Het is mogelijk dat zorgaanbieders aanvankelijk terughoudend zijn met het doen van investeringen, indien kwaliteit nog niet voldoende transparant is. In een transitieperiode kan het om die reden nuttig zijn dat er extra controle plaatsvindt om de kwaliteit van zorg te borgen en om meer inzicht te hebben in de wachttijden van instellingen. Wanneer er meer transparantie is, is er niet langer rechtvaardiging van extra toezicht en zullen de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid door de markt voldoende geborgd worden. Felle concurrentie kan er dan voor zorgen dat instellingen zich willen onderscheiden en daartoe investeren om bijvoorbeeld betere kwaliteit te bieden of kortere wachttijden.

Doelmatigheid

Het opnemen van kapitaallasten in de tarieven zal zorgen voor een verbetering in doelmatigheid. Door een zuiverdere afweging bij het investeren, zal overinvestering, zoals in Amerika gebeurt met een medical arms race, worden voorkomen.¹¹⁹ Overheidskosten kunnen daarnaast verminderen doordat het CBZ niet langer investeringsvoorstellen zal beoordelen en goedkeuren.

5.2.3 Conclusie: nivelleren door integrale tarieven

Het invoeren van integrale tarieven in zowel A- als B-segment voor zowel ziekenhuizen als ZBC's, zorgt voor een meer level playing field. Beide instellingen worden risicodragend. Bijkomende voordelen zijn dat tarieven een betere afspiegeling van de werkelijke kosten zijn en dat zorginstellingen verantwoordelijk worden voor hun investeringen. Publieke belangen worden voldoende geborgd.

5.3 Lumpsum

Een laatste verschil dat te maken heeft met de bekostiging van zorgaanbieders, is de lumpsum voor medisch specialisten.

5.3.1 Oplossing voor een unlevel playing field door de lumpsum

De lumpsum belemmert ZBC's in het verkrijgen van contracten met verzekeraars en in het aantrekken van medisch specialisten. Voor ziekenhuizen vormt het een belemmering op het ondernemen doordat het specialisten inflexibel maakt. Daarnaast is de lumpsum een verouderd model, waar vergoeding geen directe relatie kent met de prestaties. Medisch specialisten blijken gemiddeld minder te werken

¹¹⁹ "...hospitals go on a building boom, expanding services to include everything every rival hospital has." (Appleby, 2002)

als ze niet per verrichting maar volgens een afgesproken bedrag (lumpsum) worden betaald. (Folmer & Westerhout, 2002)

Een oplossing om een meer gelijk speelveld te creëren is het afschaffen van de lumpsum. Specialisten moeten loon naar werken krijgen, hierdoor kan hun productiviteit stijgen.^{120 121} Bovendien brengt dit meer consistentie in de manier waarop vrijgevestigde specialisten en specialisten in loondienst hun inkomen verdienen. De medisch specialist ziet echter direct effect van het afschaffen van de lumpsum op zijn loonstrook en zal dwarsliggen. Het inkomen van vrijgevestigde medisch specialisten in Nederland is namelijk het hoogste van de wereld. (OECD, 2005b; KPN 2006b)

Naast het systeem van loon naar werken bestaan er plannen om de honoraria van specialisten integraal onderdeel uit te laten maken van DBC-prijzen. Het uurtarief van specialisten wordt daarmee vrijgegeven ter onderhandeling. Een onderhandelbaar uurtarief kan specialisten belonen of afrekenen op hun prestaties, net als bij de zorginstellingen kan gebeuren.

5.3.2 Publieke belangen bij afschaffing van de lumpsum

Indien de lumpsum wordt afgeschaft en loon naar werken wordt ingesteld, hoeven publieke belangen niet in het gevaar te komen.

Kwaliteit

De kwaliteit van zorg wordt niet minder goed geborgd door de lumpsum af te schaffen. De kwaliteit van specialisten wordt immers getoetst, bijvoorbeeld door het MSRC. Hierdoor is er geen mogelijkheid voor specialisten om meer behandelingen te gaan doen ten koste van kwaliteit.

Toegankelijkheid

Door een systeem van loon naar werken zal de arbeidsproductiviteit stijgen.¹²² Specialisten hebben een prikkel om meer behandelingen te doen, om zo meer inkomen te krijgen. Wachtlijsten kunnen daardoor dalen en beschikbaarheid van zorg verbetert doordat patiënten eerder geholpen zullen worden.

¹²⁰ De productie van medisch specialisten is door de invoering van de lumpsum ingezakt. (www.snellerbeter.nl)

¹²¹ Er wordt verondersteld dat medisch specialisten reageren op een prikkel om meer geld te verdienen. Bij sommige specialismen ligt het aantal behandelingen opgenomen in de lumpsum niet op een productief niveau, bij anderen wel. Een systeem van loon naar werken kan de productiviteit voor alle specialismen op een hoog niveau plaatsen. Er wordt dan wel verondersteld dat specialisten reageren op een prikkel om meer te verdienen, in plaats van om meer vrije tijd te hebben.

¹²² Specialisten reageren op financiële prikkels: “De NVZ geeft aan dat het bij het motiveren van de medisch specialisten enerzijds gaat door hen de ruimte te geven hun vak goed uit te oefenen. Anderzijds gaat het om geld.” (www.snellerbeter.nl)

Doelmatigheid

Het borgen van macro-betaalbaarheid kan in gevaar komen wanneer het uurtarief van medisch specialisten wordt vrijgelaten. De kosten van schaarste van specialisten moeten dan afgewogen worden tegen de opbrengst van een meer level playing field om het effect op doelmatigheid te bepalen. Specialisten hebben een relatief sterke onderhandelingspositie als gevolg van schaarste op de arbeidsmarkt en kunnen een hoog uurtarief bedingen als gevolg waarvan DBC-prijzen zullen stijgen.

“De vraag is hoe een ‘loon naar werken’ systeem ingevoerd kan worden, zonder dat de salarissen van de medisch specialisten de pan uit reizen.” (www.snellerbeter.nl).

Een belangrijke randvoorwaarde bij dit voorstel is dan ook dat de schaarste van medisch specialisten opgelost dient te worden om zorg betaalbaar te houden. Het verruimen van de opleidingscapaciteit draagt hiertoe reeds bij (MinVWS, 2006a). Ook het openstellen van de grenzen om buitenlandse artsen aan te trekken helpt. In de toekomst dient dit beleid voortgezet te worden om veilig over te kunnen gaan naar de opname van honoraria in tarieven.

5.3.3 Conclusie: minder schaarste ten behoeve van een meer level playing field

Het afschaffen van de lumpsum en het invoeren van een systeem met loon naar werken is noodzakelijk om een meer level playing field te creëren en de productiviteit van medisch specialisten te verhogen. Door het honorarium deel uit te laten maken van de tarieven, zijn voor zowel ziekenhuizen als ZBC's deze kosten op een gelijke manier opgenomen in de financiën. Verzekeraars hebben dan niet langer een reden om geen zorg bij ZBC's af te nemen doordat zij al afspraken met medisch specialisten in ziekenhuizen hebben gemaakt. Tevens bestaat er voor de specialisten zelf geen risico op inkomensgebied door over te stappen naar een ZBC.

Publieke belangen kunnen goed geborgd blijven worden. Het huidige capaciteitsverruimend beleid dient voortgezet te worden, zodat schaarste op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten wordt voorkomen, opdat doelmatigheid ook in de toekomst voldoende geborgd kan worden.

5.4 Waarborgfonds

ZBC's hebben geen directe toegang tot deelname aan het Waarborgfonds. Hierdoor kunnen zij tegen minder goede voorwaarden leningen afsluiten, wat hen belemmert ten opzichte van ziekenhuizen. Daarnaast hebben ook financieel minder gezonde ziekenhuizen te maken met een ongelijke positie ingegeven door de regels van het Waarborgfonds, gesteund door de overheid.¹²³ Er is dus sprake van ongelijke regelgeving.

¹²³ VWS is immers financiële achtervang van het Waarborgfonds.

5.4.1 Oplossing voor een unlevel playing field door de regels van het Waarborgfonds

De kwetsbare financierbaarheid van de sector en de onnodig hoge rentekosten maakten diverse brancheorganisaties in de jaren '90 bewust van de noodzaak tot het verlenen van garanties op leningen. (www.wfz.nl) Echter, het is te betwisten of het geven van garanties in de huidige situatie nog steeds noodzakelijk is. Immers, zorginstellingen gedragen zich steeds meer als ondernemingen en zullen om die reden ook zelf moeten omgaan met problemen als het aantrekken van kapitaal en de mogelijke hoge rentekosten die daaruit volgen. Om die reden zou het Waarborgfonds afgeschaft kunnen worden zodat zorginstellingen zelf meer verantwoordelijk krijgen voor alle lasten. Echter, het ongelijke speelveld is ingegeven doordat de overheid de statuten van het WfZ steunt en als financiële achtervang dient. Wanneer de overheid zich terugtrekt van deze steun, kan ook een gelijk speelveld ontstaan.

5.4.2 Publieke belangen en het Waarborgfonds

Wanneer de overheid haar steun intrekt zal dit mogelijk invloed hebben op de publieke belangen. Deze zullen dan ook een belangrijke factor spelen bij het besluit van de overheid.

Kwaliteit en toegankelijkheid

Indien de overheid haar steun intrekt, wordt het Waarborgfonds meer verantwoordelijk en risicodragend. Hierdoor wordt voorzichtiger besloten tot het doen van garanties en zal er strengere selectie op basis van financiële criteria plaatsvinden. Er zal dus een kleinere groep instellingen zijn die in aanmerking komt voor het krijgen van een garantie. Dit vormt slechts een verschil voor die instellingen die voorheen wél een garantie kregen en dus behoren tot een groep van relatief gezonde instellingen. Kwaliteit en toegankelijkheid hoeven om die reden niet in het gevaar te komen.

Doelmatigheid

Het intrekken van overheidssteun zal geen aanvullende risico's opleveren voor doelmatigheid.

5.4.3 Conclusie: meer gelijkheid

Afschaffing van het Waarborgfonds zou verschillen tussen financieel gezonde en financieel minder gezonde instellingen verwijderen. Echter, dit is niet noodzakelijk om een level playing field te creëren. Het intrekken van overheidssteun is al voldoende om het bestaan van een unlevel playing field weg te nemen. De verschillen zijn dan immers niet meer ingegeven door overheidsregelgeving. Op basis van publieke belangen lijkt hier geen ernstig probleem door te ontstaan.

5.5 Bevoorschotting

De mogelijkheid tot bevoorschotting maakt het voor ziekenhuizen mogelijk om de overgang van declaratie op basis van medische verrichtingen naar declaratie op basis van DBC's financieel draaglijker te maken. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben hier op individueel niveau afspraken over gemaakt. De overheid heeft steun toegezegd aan het convenant¹²⁴ en heeft deze extra onder de aandacht van partijen gebracht. De liquiditeitsproblemen gelden echter ook voor ZBC's, die niet profiteren van deze steun.

5.5.1 Oplossing voor het weigeren van verzekeraars tot het geven van bevoorschotting

Het probleem van voorfinancieren doordat verkoop op een later tijdstip plaatsvindt dan inkoop, geldt in feite in elke sector. Een oplossing hiertoe is het aantrekken van kapitaal via leningen en investeerders. Het is echter wel belangrijk dat niet alleen ZBC's, maar ook ziekenhuizen worden geprikkeld om te zoeken naar financieringsmogelijkheden. Lenen betekent immers dat rentekosten moeten worden verdisconteerd in tarieven en dit zou ZBC's op een concurrentienadeel plaatsen.¹²⁵ Partijen moeten dus ofwel allebei bevoorschotting krijgen, ofwel beiden moeten zoeken naar alternatieve manieren van financiering. Aangezien bevoorschotting de prikkels wegneemt om te zoeken naar alternatieve wijzen van financiering lijkt dit geen goede optie. Het doel is dan ook om het verschil weg te nemen door beide partijen geen bevoorschotting te geven, zodat zij zich meer als ondernemingen gaan gedragen. Het is noodzakelijk dat ziekenhuizen en ZBC's voldoende toegang hebben tot de kapitaalmarkt.

Echter, omdat de zorg een markt in transitie is, kan tijdelijk worden vastgehouden aan bevoorschotting. Tevens geeft dit de overheid de mogelijkheid om in een transitiefase asymmetrisch in te grijpen. ZBC's hebben op het moment geen sterke onderhandelingspositie, waardoor ZKN geen voet tussen de deur krijgt om een soortgelijke bevoorschottingsafpraak met verzekeraars te maken. Ziekenhuizen hebben een sterkere positie. Dit kan een argument zijn om ZBC's te helpen met onderhandelingen tot het verkrijgen van bevoorschotting. Er moet dan voldoende inzicht zijn in de positie van ZBC's en of zij werkelijk steun nodig hebben. Indien nodig, kan de overheid helpen met het lobbyen bij verzekeraars.

Wanneer prestatie-indicatoren na verloop van tijd meer inzichtelijk worden en ZBC's een meer voorname rol op de markt gaan spelen, kan de onderhandelingspositie van ZBC's versterkt zijn en kan

¹²⁴ "VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de NVZ hebben vorige week afgesproken om deze oplossing met klem onder de aandacht van hun leden te brengen met een gemeenschappelijke brief. De NVZ maakt zich zorgen over de liquiditeitspositie van de ziekenhuizen." (NVZ, 2005)

¹²⁵ Het concurrentienadeel uit zich in de vorm dat consumenten vertroebelde informatie krijgen wanneer zij prijzen vergelijken van zorgaanbieders. Immers, de tarieven van ziekenhuizen en ZBC's zijn door verschillen in bevoorschotting niet langer vergelijkbaar. Hoewel de verzekeraar in beide gevallen (bevoorschotting, of hogere tarieven die rentekosten bevatten) betaalt, heeft het ziekenhuis een voordeel in de strijd om de patiënt.

de steun van de overheid worden stopgezet. In dat geval kan gelevelled worden door de bevoorschotting voor zowel ziekenhuizen als ZBC's af te schaffen.

5.5.2 Publieke belangen en mogelijke bevoorschotting

Op termijn moet de bevoorschotting afgeschaft worden zodat zorginstellingen zich meer als ondernemingen gaan gedragen. In transitie kan asymmetrisch worden ingegrepen door de overheid een rol te geven als bemiddelaar om ook bevoorschotting voor ZBC's te bewerkstelligen. Wat is het effect hiervan op de publieke belangen?

Kwaliteit

Als ZBC's in transitie bevoorschotting van verzekeraars krijgen, hebben zij niet langer een prikkel om DBC's voortijdig te sluiten en kan er meer aandacht zijn voor het gehele zorgproces van een patiënt, zoals de bedoeling was met de DBC's. Hierdoor kan kwaliteit mogelijk beter geborgd worden. Bovendien hebben ZBC's meer middelen, die nu worden ingezet ter voorfinanciering, om aan te wenden ter kwaliteitsverbetering. Het afschaffen van de bevoorschotting zal door toezicht van de IGZ niet ten koste van kwaliteit gaan. ZBC's kunnen immers in de huidige situatie ook zonder bevoorschotting kwaliteit voldoende borgen.

Toegankelijkheid

Bevoorschotting voor ZBC's kan ervoor zorgen dat ZBC's niet in financiële (liquiditeits-) problemen komen, waardoor zij hun dienstverlening in de zorg kunnen voortzetten. Hierdoor kan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg voldoende geborgd worden. Als op lange termijn bevoorschotting wordt afgeschaft zal er toezicht moeten zijn op de financiële situatie van ziekenhuizen. De overheid houdt, ondanks verminderde saneringssteun, altijd toezicht op de borging van continuïteit. (MinVWS, 2005b)

Doelmatigheid

Afschaffing van bevoorschotting zorgt ervoor dat instellingen verantwoordelijk worden voor het aantrekken van kapitaal. Dit komt ten goede aan efficiëntie.

5.5.3 Conclusie: afschaffen van bevoorschotting

Op termijn is het belangrijk om bevoorschotting af te schaffen zodat een meer gelijk speelveld kan ontstaan en zorgaanbieders zich meer als ondernemingen gaan gedragen. In transitie kan het echter noodzakelijk zijn dat de bevoorschotting nog in stand wordt gehouden. In dat geval kan de overheid asymmetrisch ingrijpen door ZBC's te helpen bij de onderhandelingen met verzekeraars om ook bevoorschotting te verkrijgen. Het moet echter duidelijk zijn dat bevoorschotting een tijdelijke

oplossing is en zeker niet langdurig moet worden ingezet ter vervanging van andere manieren van financiering.

Het is belangrijk om nader onderzoek te doen naar de mogelijkheden van zorginstellingen om alternatieve manieren van financiering aan te trekken. Indien ziekenhuizen beduidend minder mogelijkheden hebben tot het aantrekken van alternatieve financiering, kan dit een reden vormen om ZBC's uit te sluiten van bevoorschotting, terwijl ziekenhuizen deze manier van financiering langer behouden en op lange termijn pas tot afschaffing ervan overgaan. Dit vormt dan echter wel een ongelijk speelveld.

5.6 Opleidingsfunctie ziekenhuizen

Academische en topklinische ziekenhuizen worden op een verschillende manier vergoed voor het opleiden van medisch specialisten. Dit creëert een ongelijk speelveld.

5.6.1 Oplossing voor een ongelijk speelveld door een opleidingsfunctie

Per 1 januari 2007 wordt getracht de situatie tussen topklinische en academische ziekenhuizen gelijk te trekken door de komst van het opleidingsfonds. Elk ziekenhuis dat opleidt krijgt daaruit een vast bedrag per opleidingsplaats.¹²⁶ Er wordt getracht om alle kosten¹²⁷ die voortvloeien uit de opleidingsfunctie zo goed mogelijk op te nemen in de vergoeding.

Met de komst van het opleidingsfonds dient tevens de academische component geschoond te worden voor opleidingen. Het opleidingsfonds zorgt er dus voor dat elk ziekenhuis dat opleidt, academisch of topklinisch, via een zelfde systeem een vergoeding krijgt. Het opleidingsfonds zorgt dus voor een meer level playing field.

5.6.2 Publieke belangen en het opleidingsfonds

Aangezien het opleidingsfonds reeds op 1 januari 2007 in werking treedt, is voldoende onderzoek gedaan naar het effect op publieke belangen.

¹²⁶ Niet alle opleidingen zullen worden bekostigd via dit opleidingsfonds. Criteria ter toetsing zijn onder andere marktverstoring en marktfalen. Indien voor een opleiding niet aangetoond kan worden dat de kosten die eruit voortvloeien een marktverstoring hebben als zij worden opgenomen in de tarieven, is er geen reden deze opleiding in het opleidingsfonds onder te brengen. In dat geval zullen de kosten nog steeds rechtstreeks in de productprijzen van de opleidende instellingen worden opgenomen. Aangezien er dan geen sprake is van (aanzienlijke) marktverstoring of marktfalen, zal dit niet zorgen voor een ongelijke situatie en een benadeelde positie voor de instelling die opleidt. Er is dan nog steeds sprake van een gelijk speelveld.

¹²⁷ De kosten van het opleiden van medisch specialisten bestaat niet alleen uit directe kosten. Indirecte kosten zijn bijvoorbeeld de verlaagde arbeidsproductiviteit van de opleidende specialist of de aanvullende regelgeving van de overheid. Doordat deze kosten moeilijk zijn te kwantificeren, worden zij mogelijk onvoldoende geïnternaliseerd in de vergoeding voor het opleiden.

Kwaliteit

Het opleidingsfonds zorgt ervoor dat elke opleidende instelling een vergoeding per opleidingsplek krijgt die dekkend is voor de werkelijke kosten. Hierdoor is er geen prikkel om ondermaats op te leiden om kosten te besparen of om niet op te leiden. De kwaliteit van het opleiden zal dus stijgen en daarmee ook de kwaliteit van de zorg die de nieuwe specialisten zullen leveren. Het toezicht van het MSRC zal blijven gelden.

Toegankelijkheid

Gegeven dat de kosten van opleiden niet bekend zijn, is het niet mogelijk om een contract op te stellen. Ziekenhuizen kunnen de medisch specialisten die ze opleiden niet ‘verhandelen’. Hierdoor is er een prikkel tot free-riden en daardoor een gevaar voor onderinvestering. Om onderinvestering in opleiden door topklinische ziekenhuizen te voorkomen, heeft de overheid een taak om op dit gebied van regelgeving een gelijk speelveld te creëren. Het tegengaan van onderinvestering in opleiden zorgt ervoor dat de beschikbaarheid van goede zorg geborgd kan blijven. Immers, zonder goede specialisten zullen wachtlijsten stijgen en komt de toegankelijkheid van zorg in het gevaar.

Doelmatigheid

Doelmatigheid kan met het opleidingsfonds goed geborgd worden. Bovendien kan doelmatigheid nog eens extra worden verhoogd door meer marktprikkels te introduceren in de opleidingsmarkt. Dit zou bijvoorbeeld mogelijk zijn door het aanbesteden van de opleidingen van medisch specialisten: hierdoor wordt concurrentie gestimuleerd en daarmee efficiëntie.

5.6.3 Conclusie: een opleidingsfonds voor een meer gelijk speelveld

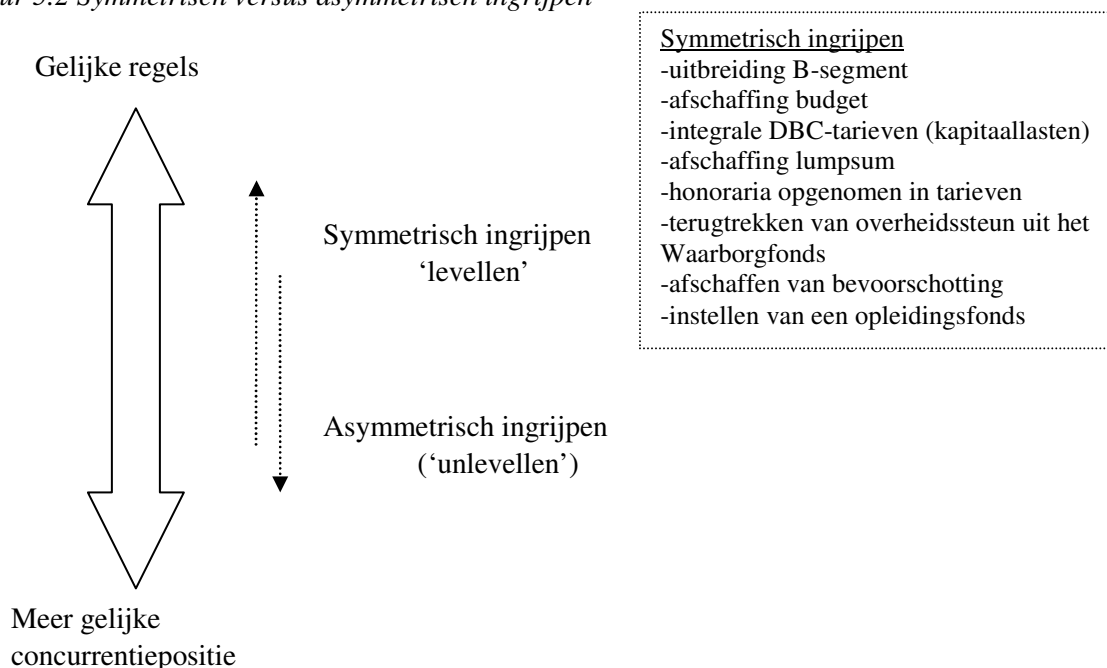
Een opleidingsfonds is belangrijk om de vergoeding voor het opleiden van medisch specialisten via een transparant systeem en op een kostendekkende manier te laten geschieden. Doordat elk opleidend ziekenhuis via eenzelfde manier wordt vergoed, ontstaat een meer level playing field. Dit is zeker belangrijk omdat zonder voldoende personeel zowel de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg in het gedrang komt.

5.7 Overzicht en conclusies

Hoofdstuk 5 stelt oplossingen betreffende de besproken verschillen in hoofdstuk 4 en publieke belangen centraal. Door de implementatie van de aangeboden maatregelen kan een meer gelijk speelveld ontstaan, doordat verschillen in regelgeving worden weggenomen.

Er worden oplossingen voor verschillen aangedragen, die ervoor kunnen zorgen dat een meer gelijk speelveld tussen zorgaanbieders wordt gecreëerd. Dit is het in hoofdstuk 3 beschreven 'levelen', waarbij gelijke regelgeving wordt ingezet om concurrentie te stimuleren. Daarnaast worden de oplossingen tevens onderzocht op de mogelijkheid om publieke belangen op een gedegen wijze te borgen. Geconcludeerd kan worden dat de meeste aangedragen oplossingen zonder gevaar voor publieke belangen kunnen worden geïmplementeerd. Toezicht is voldoende om een goede borging van publieke belangen te bereiken. Soms is het belangrijk dat aan aanvullende randvoorwaarden moet worden voldaan, zoals het verhogen van transparantie.

Figuur 5.2 Symmetrisch versus asymmetrisch ingrijpen



Figuur 5.2 geeft weer welke maatregelen moeten worden aangegrepen om een meer level playing field te creëren. In Figuur 5.3 wordt per oplossing bekeken waarom dit uit het oogpunt van een meer level playing field zou moeten worden geïmplementeerd. Vanuit het perspectief van dit onderzoek, is het voornamelijk om die redenen dat deze maatregelen worden aangemoedigd.

Figuur 5.3 Overzicht van het effect van oplossingen op het speelveld

Oplossing betreft	Effect op speelveld
<u>FB-systematiek:</u> -uitbreiding B-segment -afschaffing budget	-Ziekenhuizen genieten niet langer van een vangnet in de vorm van het sluittarief -Weinig/geen mogelijkheid tot kruissubsidiëring in ziekenhuizen -DBC's zijn voor beide partijen een inkomensstroom -Zorgverzekeraars zitten niet meer vast aan ziekenhuizen door het bestaan van het budget

Oplossing betreft	Effect op speelveld
<u>Kapitaallasten:</u> -integrale DBC-tarieven	Kostendekkende tarieven voor beide partijen in beide segmenten zodat concurrentie eerlijker verloopt
<u>Lumpsum:</u> -afschaffing lumpsum -honoraria opgenomen in tarieven	-Verzekeraars zitten niet vast aan afspraken met medisch specialisten door de lumpsum -Verhogen van mobiliteit onder medisch specialisten -Specialisten worden flexibeler, zodat ondernemen in het ziekenhuis eenvoudiger wordt
<u>Waarborgfonds zorgsector:</u> -terugtrekken van overheidssteun	Waarborgfonds wordt een privaat initiatief
<u>Bevoorschotting:</u> -Afschaffen van bevoorschotting	Beide spelers moeten zoeken naar alternatieve manieren van financiering
<u>Opleidingsvergoeding:</u> -Instellen van een opleidingsfonds	Gelijke manier van vergoede voor topklinische en academische ziekenhuizen

Afschaffing van de FB-systematiek en de lumpsum en uitbreiding van het B-segment zijn cruciale stappen om een meer level playing field te creëren tussen zorgaanbieders. Het is belangrijk om deze belemmeringen zo spoedig mogelijk op te heffen. Dit onderzoek brengt dan ook nog eens een extra argument naar voren opdat een volgend kabinet de plannen van minister Hoogervorst goedkeurt.

Daarnaast dient aandacht te worden besteed aan de maatregelen om een unlevel playing field als gevolg van het bestaan van het Waarborgfonds en de bevoorschotting te minimaliseren.

Het succes van de meeste maatregelen staat of valt met het realiseren van meer transparantie opdat consumenten en verzekeraars zich als kritische spelers kunnen ontwikkelen. Het bevorderen van transparantie is dus een algemene voorwaarde waaraan gewerkt moet worden.

6 Conclusies en aanbevelingen

De invoering van de DBC-systematiek, de nieuwe zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg met de rol van de Nederlandse Zorgautoriteit, zijn belangrijke aanpassingen in het zorgstelsel. De veranderingen introduceren gereguleerde marktwerking. Ook de ontwikkeling in de groei van ZBC's past binnen de toegenomen marktwerking. ZBC's bieden concurrentie aan ziekenhuizen en hierdoor ontstaat een prikkel voor alle zorgaanbieders om efficiënter te werken, wat uiteindelijk gunstig is voor de patiënt.

De zorgsector is dus een markt in transitie, waardoor verhoudingen op de markt scheef kunnen zijn en waardoor concurrentie tijdelijk niet optimaal kan werken. Om die reden is er aandacht voor de positie van ziekenhuizen en ZBC's, beide aanbieders van medisch specialistische zorg. Ziekenhuizen en ZBC's hebben de afgelopen jaren te maken gehad met veranderende en verruimende regelgeving. De vraag rijst of er in de huidige situatie sprake is van een gelijk speelveld.

De doelstelling van dit onderzoek is het definiëren van het level playing field en het inventariseren en analyseren van verschillen tussen zorgaanbieders op de markt voor medisch specialistische zorg, die betrekking hebben op dit level playing field.

Het onderzoek draagt oplossingen aan voor die verschillen die zijn ingegeven door wet- en regelgeving en om die reden te maken hebben met het level playing field. Tevens doet het aanbevelingen voor overheidsingrijpen, daarbij rekening houdend met de borging van publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Overheidsingrijpen gericht op dit 'levellen' bevordert en optimaliseert concurrentie tussen aanbieders.

De centrale vraagstelling omtrent dit doel luidde:

Kan de overheid door het creëren van een meer level playing field tussen aanbieders van medisch specialistische zorg, de werking van de zorgmarkt optimaliseren en zo ja, op welke manieren kan zij dit doen?

Teneinde de vraagstelling te beantwoorden is het onderzoek verdeeld in een theoretisch kader en een empirisch deel. Het theoretisch kader heeft onderzocht wat een level playing field is en hoe het begrip level playing field is in te passen in de economische theorie. Dit leidde tot een definitie die vervolgens in de rest van het onderzoek is gehanteerd. Het empirische deel gaf een overzicht van de verschillen die bestaan tussen zorgaanbieders. Het selecteerde vervolgens de verschillen die voortkomen uit het bestaan van een unlevel playing field; en het gaf mogelijke oplossingen voor de verschillen, daarbij rekening houdend met de borging van publieke belangen.

Dit laatste hoofdstuk dient om conclusies uit het voorgaande te belichten en om aanbevelingen voor overheidsbeleid te doen.

6.1 Conclusies

Deze paragraaf zal trachten antwoord te geven op de onderzoeksvragen gesteld in het eerste hoofdstuk.

- 1) Wat is een level playing field en welke relatie kent het level playing field met concurrentie en welvaart?
- 2) Welke factoren zijn er aan te wijzen die veroorzaken dat er sprake is van een unlevel playing field tussen aanbieders van medisch specialistische zorg?
- 3) Wat zijn maatregelen waarmee de overheid oorzaken van een unlevel playing field, kan verminderen of wegnemen, zonder daarbij publieke belangen in gevaar te brengen?

6.1.1 Het level playing field en de relatie met welvaart

Appelman et al. (2003) hanteren in het CPB-rapport twee definities. Deze definities hebben in dit onderzoek gediend als input bij het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag. Enerzijds definiëren zij het level playing field in termen van regels, waarin regelgeving voor bedrijven gelijkgetrokken dient te worden. Anderzijds komen zij tot een definitie van het level playing field in termen van uitkomst, waarin de verwachte winst van bedrijven gelijk wordt geschakeld. Op basis van drie afwegingen:

- de praktische bruikbaarheid van de definitie;
- de relatie met concurrentie en welvaart op lange termijn;
- de kosten en aangrijpingspunten van overheidsingrijpen;

is in dit onderzoek voor een eenduidige definitie gekozen. Deze definitie is praktisch hanteerbaar en geeft richting aan het door de overheid te voeren beleid. Het geeft antwoord op de vraag ‘*Wat is een level playing field?*’:

“Een level playing field is een marktsituatie (een speelveld) waar voor alle partijen die zich in een zelfde positie ten opzichte van die markt bevinden, dat wil zeggen toetreders ten opzichte van toetreders en zittende spelers ten opzichte van zittende spelers, dezelfde regels gelden, waardoor zij een gelijke uitgangspositie hebben om met elkaar te concurreren.”

Deze definitie impliceert dat concurrentie op een ‘eerlijke’ manier gebeurt. Geen enkele speler bezit door regelgeving een concurrentievoordeel en de prestaties van bedrijven bepalen de uitkomsten op de

markt: efficiënte bedrijven worden winstgevender; inefficiënte bedrijven worden minder winstgevend alvorens zij uit de markt worden geconcurrereerd.

Dit onderzoek gaat om bovenstaande reden uit van een positieve relatie tussen het level playing field en welvaart. Daarom zal overheidsingrijpen gericht moeten zijn op het levellen van het speelveld. Dat wil zeggen: gericht op het gelijk trekken van regels voor marktpartijen. Het gaat daarbij niet zozeer om het creëren van een 100% level playing field, maar om het minimaliseren van het bestaan van een unlevel playing field. Het creëren van een meer level playing field gaat namelijk gepaard met afnemende meeropbrengsten. Overheidsingrijpen zal gericht zijn op het verschil dat bereikt wordt op het speelveld.

Een markt in transitie geeft een reden voor de overheid om, indien nodig, af te wijken van het levellen. Asymmetrisch ingrijpen, soms unlevellen, kan worden toegepast wanneer concurrentie niet goed van de grond komt. Asymmetrisch ingrijpen is alleen verantwoord als de markt niet zelf voor een oplossing kan zorgen om concurrentie te stimuleren, zoals op een markt in transitie het geval kan zijn. Dit asymmetrisch ingrijpen moet echter wel tijdelijk van karakter zijn. Het doel blijft immers om op lange termijn een meer level playing field te creëren, waarop de prestaties van bedrijven het resultaat op de markt bepalen.

6.1.2 Factoren die een unlevel playing field veroorzaken

De definitie van het level playing field geeft aan wanneer verschillen tussen spelers zijn ingegeven door het bestaan van een unlevel playing field en wanneer niet: verschillen moeten voortkomen uit wet- en regelgeving. Wanneer de definitie wordt toegepast op de markt voor medisch specialistische zorg, blijkt dat veel verschillen door marktpartijen worden aangeduid als een unlevel playing field. Echter, veel van deze verschillen hebben niet zozeer te maken met een (on)gelijk speelveld. Vaak gaat het om verschillen die in een transitiefase spelen en niet met regelgeving te maken hebben. Deze overgangsproblemen zorgen in dat geval niet voor een unlevel playing field. Zij kunnen daarentegen wel factoren zijn waarop de overheid de beslissing baseert om tijdelijk asymmetrisch in te grijpen.

De verschillen in regels die daadwerkelijk een unlevel playing field veroorzaken, hebben met name te maken met de bekostiging. De FB-systematiek voor ziekenhuizen tegenover de verrichtingensystematiek van ZBC's zorgt voor een ongelijk speelveld. Factoren die het speelveld verstoren door de budgetsystematiek, zijn:

- 1) het sluittarief dat als een vangnet werkt voor ziekenhuizen;
- 2) DBC's als inkomsten (ZBC's) versus DBC's als declaratiemiddel (ziekenhuizen);
- 3) de mogelijkheid tot koppelverkoop en kruissubsidiëring voor ziekenhuizen;
- 4) de kostendekkendheid van tarieven en de onderhandelingspositie ten opzichte van de verzekeraar.

Daarnaast worden bij ziekenhuizen kapitaallasten opgenomen in tarieven en bij ZBC's niet. Tenslotte zorgt de lumpsum, het budget voor medisch specialisten, dat in principe alleen in ziekenhuizen geldt, voor een belemmerende werking.

Naast deze belemmeringen ingegeven door de bekostiging, zijn er nog overige factoren die betrekking hebben op het level playing field. ZBC's hebben bijvoorbeeld geen directe toegang tot deelname aan het Waarborgfonds voor de Zorgsector. De statuten van het Waarborgfonds worden (financieel) gesteund door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en kunnen om die reden worden aangemerkt als overheidsregelgeving. Ook bevoorschottingsafspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen worden gesteund en gestimuleerd door de overheid, waar dit niet gebeurt voor ZBC's. ZBC's genieten daardoor geen rentevoordelen en moeten hogere rentekosten doorberekenen in hun tarieven. De opleidingsfunctie van topklinische en academische ziekenhuizen zorgt voor een ongelijk speelveld doordat de manier (en mate) van vergoeding tussen de twee ziekenhuizen verschilt.

Overige verschillen, die niet te maken hebben met een unlevel playing field omdat zij niet zijn ingegeven door regels, zijn de moeizame relatie van ZBC's met marktpartijen als huisarts, verzekeraar, medisch specialist en patiënt; de schaalvoordelen die een ziekenhuis geniet; en de aanwezigheid van een spoedeisende hulp bij ziekenhuizen.

De tweede onderzoeksvraag:

Welke factoren zijn er aan te wijzen die veroorzaken dat er sprake is van een unlevel playing field tussen aanbieders van medisch specialistische zorg?

wordt samenvattend beantwoord met Figuur 6.1.

Figuur 6.1 Overzicht van oorzaken van een unlevel playing field

	Belemmering	Belemmering voor	Reden
Bekostiging	FB-budgetsystematiek	ZBC	-Vangnet voor ziekenhuis -Kruissubsidiëring is bij ziekenhuizen mogelijk -DBC's dienen bij ziekenhuizen slechts ter declaratie -Zorgverzekeraars zitten door budget aan ziekenhuis vast
	Kapitaallasten	ZBC	Tarieven voor ZBC's moeten kostendekkend zijn, bij ziekenhuizen niet
	Lumpsum	-ZBC -Ziekenhuis	-Verzekeraar zit vast aan ziekenhuis door lumpsum-onderhandelingen / Lage mobiliteit van specialisten -Inflexibele specialisten

	Belemmering	Belemmering voor	Reden
Overig	Waarborgfonds	ZBC	ZBC's hebben geen directe toegang tot deelname
	Bevoorschotting	ZBC	ZBC's moeten alternatieve manieren van financiering aantrekken
	Opleidingsfunctie	Ziekenhuis	Topklinische en academische ziekenhuizen worden op verschillende wijze vergoed voor het opleiden

6.1.3 Oplossingen voor factoren die een unlevel playing field veroorzaken

De overheid kan het speelveld 'levelen' door maatregelen te treffen, die verschillen in regelgeving opheffen. Deze maatregelen moeten dan niet botsen met de borging van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. De in dit onderzoek voorgedragen oplossingen zorgen ervoor dat publieke belangen op een voldoende wijze geborgd kunnen worden.

Bekostiging

De bekostiging vraagt om een radicale aanpak om een meer level playing field te creëren. Het level playing field wordt verstoord door het gebruik van de FB-systematiek voor ziekenhuizen, waar ZBC's te maken hebben met een tarifiering volgens de verrichtingensystematiek. Tevens zijn de lumpsum en het feit dat niet duidelijk is of de tarieven van ziekenhuizen kapitaallasten bevatten, factoren die het speelveld ongelijk maken.

De overheid dient hier maatregelen te nemen die het speelveld 'levelen'. Zij kan een nieuw systeem invoeren om de verschillen ten aanzien van de huidige bekostiging en budgetsystematiek weg te nemen. Het effect van het ongelijke speelveld kan worden beperkt door het B-segment uit te breiden (naar zo'n 70% van de zorg). Hierdoor kan concurrentie tussen ziekenhuizen en ZBC's op een meer gelijke voet plaatsvinden en is er bovendien meer ruimte tot concurrentie. Indien vergoedingen goed worden berekend, is kruissubsidiëring minder mogelijk, DBC's gelden als inkomstenstroom voor ziekenhuizen en beide partijen moeten onderhandelen over prijzen. In de huidige plannen wordt de inzet van een prijsbeheersingsinstrument in een transitiefase noodzakelijk geacht. Vanuit het oogpunt van de publieke belangen en ervaringen met het huidige B-segment, is er echter geen noodzaak om een dergelijk instrument in te voeren.

Maatregel: Breid het B-segment uit om concurrentie op een groter deel van de zorg ongehinderd te laten van de invloed van de FB-systematiek en haar belemmeringen.

Tegelijkertijd kan het budget in het (resterende) A-segment worden afgeschaft. Klachten over mogelijke kruissubsidiëring en het sluittarief als vangnet kunnen weggenomen worden door het systeem transparanter te maken en vergoedingen meer aansluiting te laten hebben met werkelijke

kosten. Tevens beperkt het budget de verzekeraar niet langer in zijn keuze voor een zorgaanbieder, waardoor een ZBC meer kans heeft contracten binnen te halen.

Maatregel: Schaf de FB-systematiek met het sluittarief af. Voer waar mogelijk prestatiebekostiging op basis van DBC's in. Laat nieuwe vergoedingen op basis van functies beter aansluiten bij werkelijke kosten.

Aanvullend aan deze veranderingen dienen integrale tarieven, waarin kapitaallasten zowel bij ziekenhuizen als bij ZBC's opgenomen worden in de tarieven in A- en B-segment, te worden ingevoerd. Hierdoor worden beide instellingen verantwoordelijk voor het opnemen van kapitaallasten in hun tarieven en hebben ZBC's niet langer een competitief nadeel.

Maatregel: Creëer integrale tarieven voor zowel ziekenhuizen als ZBC's en in zowel het A- als het B-segment, zodat beide instellingen tarieven hebben die kostendekkend zijn voor kapitaallasten.

De lumpsum dient vervangen te worden door een systeem van loon naar werken om een meer level playing te creëren op het gebied van het aantrekken van medisch specialisten: de mobiliteit van specialisten neemt namelijk toe. Het uurtarief kan vervolgens worden vrijgegeven door opname in DBC-tarieven, dit zorgt voor een gelijke behandeling van specialisten die in ziekenhuizen werken en specialisten die in ZBC's werken. Dit laatste voorstel kan echter alleen geïmplementeerd worden indien zeker gesteld kan worden dat er geen schaarste op de markt voor medisch specialisten bestaat. In dat geval kan betaalbaarheid van de zorg namelijk in gevaar komen.

Maatregel: Schaf de lumpsum af en introduceer een systeem van loon naar werken. Neem honoraria van specialisten op in tarieven. Stel vóór die tijd echter zeker dat er geen schaarste is onder specialisten door capaciteitsverruimend beleid ten aanzien van het opleiden en het openstellen van grenzen voort te zetten.

Overige factoren

Behalve de bekostiging is het ook zaak om aanpassingen te doen in de regelgeving rondom het waarborgfonds, de bevoorschotting en het opleiden van specialisten. Ook hier kan een meer level playing field gecreëerd worden.

Het Waarborgfonds geeft ziekenhuizen een rentevoordeel op leningen dat ZBC's niet krijgen doordat deze laatste partij geen directe toegang tot deelname heeft. Dit veroorzaakt een ongelijk speelveld, doordat de overheid de statuten van het Waarborgfonds steunt en bovendien financiële achtervang van het WfZ is. Het afschaffen van het Waarborgfonds is in de toekomst wellicht mogelijk zodat

instellingen meer kostenverantwoord worden. Echter, het is de overheidssteun die de statuten impliciet tot overheidsregelgeving maakt en daardoor een ongelijk speelveld creëert. Het terugtrekken van de steun van de overheid uit het Waarborgfonds zou het speelveld meer level maken.

Maatregel: Trek steun, in de vorm van formele dan wel informele steun aan de statuten en in de vorm van financiële achtervang, terug uit het Waarborgfonds.

Een zelfde soort probleem van overheidssteun is het geval bij bevoorschottingsafspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Ook hier heeft de overheid haar steun gegeven en heeft zij afspraken extra onder de aandacht gebracht, terwijl zij dit niet heeft gedaan voor ZBC's. Het is echter niet wenselijk om bevoorschotting op lange termijn in stand te houden. Partijen moeten immers zelf hun uitgaven kunnen financieren. Indien er voldoende toegang tot de kapitaalmarkt is, moet bevoorschotting afgeschaft worden, zodat partijen op een gelijk speelveld opereren en niet alleen ZBC's te maken hebben met rentekosten die zij moeten doorberekenen in hun tarieven. In transitiefase kan bevoorschotting tijdelijk in stand worden gehouden, waarbij de overheid ZBC's helpt met onderhandelingen.

Maatregel: Help ZBC's in een transitiefase met onderhandelingen om ook bevoorschotting te verkrijgen. Zet nader onderzoek uit naar de mogelijkheden van zorginstellingen om toegang tot de kapitaalmarkt te krijgen. Op termijn moet bevoorschotting worden afgeschaft.

Het verschil in vergoeding voor topklinische en academische ziekenhuizen die opleiden, wordt reeds weggenomen met de komst van het opleidingsfonds op 1 januari 2007. Hierdoor ontstaat al een meer level playing field. Aanvullend overheidsingrijpen lijkt op dit moment niet nodig.

Tijdelijk ingrijpen

De zorg is een markt in transitie. Om die reden is het mogelijk dat er scheve concurrentieverhoudingen zijn, waardoor sommige spelers op een achtergestelde positie geplaatst zijn en daardoor geen effectieve concurrentie bieden aan zittende spelers.

Gegeven de vele belemmeringen die ZBC's ervaren, voornamelijk in de relatie met andere marktpartijen, maar die niet allemaal te maken hebben met het level playing field, lijkt er reden voor de overheid om tijdelijk extra aandacht aan deze groep spelers te geven. Vooral op het gebied van transparantie en informatie naar andere marktpartijen kan de overheid een impuls geven aan de concurrentieprikkels die ZBC's aan ziekenhuizen proberen te bieden. Partijen kunnen vervolgens zelf een kritische keuze maken voor de zorgaanbieder van hun preferentie. Dit asymmetrisch ingrijpen, waarbij geen ongelijke regels gaan gelden, heeft het doel om een impuls aan concurrentie te geven.

Maatregel: Maak huisartsen, verzekeraars, medisch specialisten en patiënten met een eenmalige informatiecampagne bewust van de aanwezigheid van ZBC's en de voordelen die deze zorginstellingen kunnen brengen.

De derde onderzoeksvraag

Wat zijn maatregelen waarmee de overheid oorzaken van een unlevel playing field, kan verminderen of wegnemen, zonder daarbij publieke belangen in gevaar te brengen?

wordt met Figuur 6.2 samenvattend beantwoord.

Figuur 6.2 Overzicht van het effect van oplossingen op het speelveld

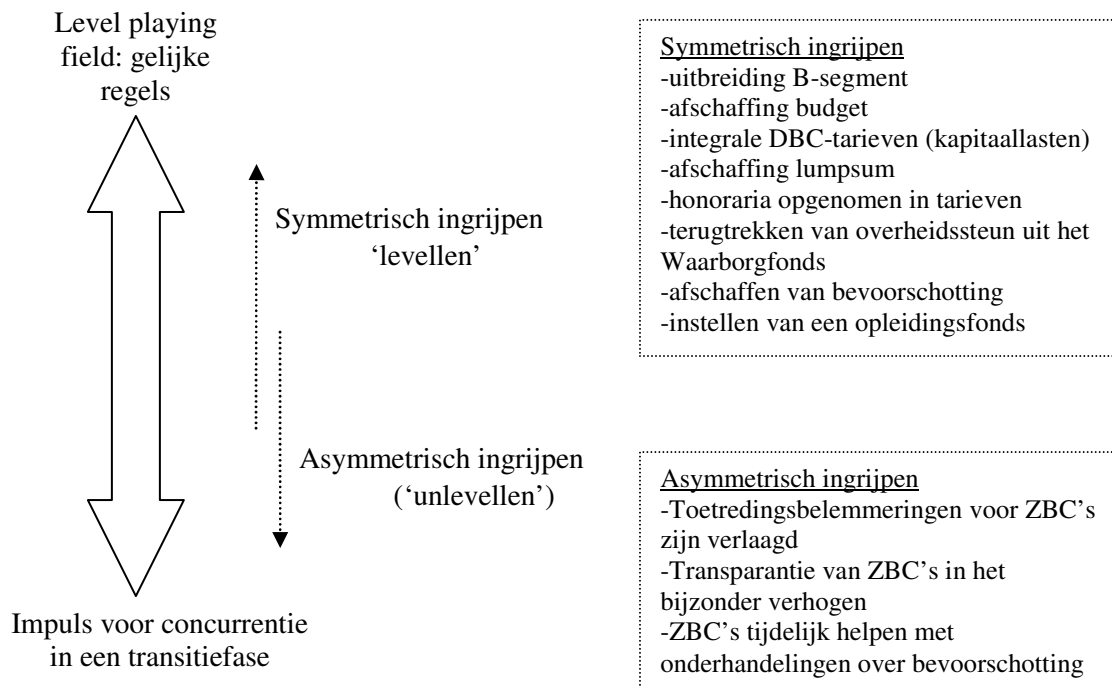
	Oplossing	Effect op speelveld
Bekostiging	<u>FB-systematiek:</u> -uitbreiding B-segment -afschaffing budget	-Ziekenhuizen genieten niet langer van een vangnet in de vorm van het sluittarief -Weinig/geen mogelijkheid tot kruissubsidiëring in ziekenhuizen -DBC's zijn voor beide partijen een inkomensstroom -Zorgverzekeraars zitten niet meer vast aan ziekenhuizen door het bestaan van het budget
	<u>Kapitaallasten:</u> -integrale DBC-tarieven	Kostendeckende tarieven voor beide partijen in beide segmenten
	<u>Lumpsum:</u> -afschaffing lumpsum -honoraria opgenomen in tarieven	-Verzekeraars zitten niet vast aan afspraken met medisch specialisten door de lumpsum -Verhogen van mobiliteit onder medisch specialisten -Specialisten worden flexibeler, zodat ondernemen in het ziekenhuis eenvoudiger wordt
Overig	<u>Waarborgfonds zorgsector:</u> -terugtrekken van overheidssteun	Waarborgfonds wordt een privaat initiatief
	<u>Bevoorschotting:</u> -Afschaffen van bevoorschotting	Beide spelers moeten zoeken naar alternatieve manieren van financiering
	<u>Opleidingsvergoeding:</u> -Instellen van een opleidingsfonds	Gelijke manier van vergoeden voor topklinische en academische ziekenhuizen

Vervolgens kan antwoord worden gegeven op de centrale vraagstelling:

Kan de overheid door het creëren van een meer level playing field tussen aanbieders van medisch specialistische zorg, de werking van de zorgmarkt optimaliseren en zo ja, op welke manieren kan zij dit doen?

Uit het voorgaande mag duidelijk zijn dat het mogelijk is om via een meer level playing field de werking van de zorgmarkt te optimaliseren. Figuur 6.3 geeft een overzicht van de manieren waarop de overheid dit kan doen.

Figuur 6.3 Maatregelen



Met bovenstaande maatregelen kan een meer level playing field tussen aanbieders van medisch specialistische zorg worden gecreëerd, waardoor de werking van de zorgmarkt wordt geoptimaliseerd.

6.1.4 Onderzoeksconclusie

De zorg is een markt in transitie. De aanleiding om onderzoek te doen naar het level playing field in de markt voor medisch specialistische zorg is ingegeven door de mogelijk scheve concurrentieverhoudingen die door de transitie ontstaan. ZBC's klagen over het feit dat zij een achtergestelde positie hebben ten opzichte van ziekenhuizen en over het feit dat concurrentie niet op een level playing field plaatsvindt. Echter, door alle onduidelijkheid rondom het begrip level playing field, was niet helder in hoeverre belemmeringen hun oorsprong vonden in het bestaan van een unlevel playing field.

Nu in dit onderzoek een hanteerbare en concrete definitie van het level playing field is neergezet, kan gesteld worden dat veel van de verschillen tussen zorgaanbieders niet te maken hebben met het bestaan van een unlevel playing field. Een aantal van de belemmerende verschillen komt bijvoorbeeld voort uit overgangsproblemen in de transitiefase en niet zozeer uit de regelgeving rondom concurrentiemogelijkheden. Het is vanuit het perspectief van het level playing field niet aan de overheid om hier iets aan te doen. Hooguit is er een rol voor de overheid weggelegd om asymmetrisch in te grijpen zodat een impuls aan concurrentie wordt gegeven. Dit soort ingrijpen moet altijd tijdelijk zijn. De lengte van ingrijpen kan mede beperkt worden door autonome ontwikkelingen op de markt, zoals het ontstaan van ketens van ZBC's, die asymmetrisch ingrijpen minder noodzakelijk maken. In

een dergelijk geval kan de overheid ingrijpen wellicht achterwege laten en autonome ontwikkelingen de transitieproblemen laten verminderen.

Het creëren van een meer level playing field is één manier om concurrentie te stimuleren. Indien het speelveld voldoende gelijk is, is er vanuit het level playing field niet langer reden om overheidsingrijpen te rechtvaardigen. Overheidsingrijpen kan dan ingegeven zijn door andere manieren om concurrentie te stimuleren of door de borging van publieke belangen.

Hoewel voor een aantal van de beschreven belemmeringen al aan mogelijke oplossingen wordt gewerkt, geeft dit onderzoek nog eens extra de noodzaak van de veranderingen aan. Het level playing field steekt een aanvullend argument in om bestaande plannen door te voeren.

6.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de conclusies uit dit onderzoek kunnen aanbevelingen worden gedaan.

- 1) De overheid zou geen andere definitie van het level playing field meer moeten gebruiken. De definitie in dit onderzoek is praktisch hanteerbaar en geeft richting aan het te voeren beleid.
- 2) Overheidsingrijpen moet gericht zijn op het levellen van het speelveld; dat wil zeggen: gericht op het gelijktrekken van regels voor marktpartijen. Indien de overheid beleid voert dat berust op het creëren van een meer level playing field, zal een optimaal resultaat resulteren. Immers, het level playing field kent een positieve relatie met welvaart, doordat het voor alle instellingen een gelijk kader schept. De uitkomst op de markt is een resultaat van de prestaties van bedrijven.
- 3) Asymmetrisch ingrijpen, in sommige gevallen het unlevellen, moet hooguit worden toegepast op een markt in transitie, wanneer concurrentie niet van de grond komt. Asymmetrisch ingrijpen is alleen verantwoord als de markt niet zelf voor een oplossing kan zorgen.

In praktijk uit zich dit door aanpassingen op de markt voor medisch specialistische zorgaanbieders. De werking van de zorgmarkt kan geoptimaliseerd worden door concurrentie tussen aanbieders van medisch specialistische zorg te bevorderen. Dit kan door het wegnemen van verschillen in wet- en regelgeving, waardoor een meer level playing field ontstaat. De overheid kan een meer level playing field creëren, doordat VWS:

- a) doorgaat met ingezette trajecten, zoals de uitbreiding van het B-segment; het afschaffen van het budget; het afschaffen van de lumpsum; het opnemen van kapitaallasten in de DBC-tarieven; het opnemen van honoraria van specialisten in tarieven; en het instellen van een opleidingsfonds
- b) andere regels gelijktrekt, zoals het terugtrekken van steun uit het Waarborgfonds; en het op lange termijn afschaffen van de bevoorschottingsmogelijkheden.

- c) tijdelijk de positie van ZBC's versterkt, onder andere door ZBC's te helpen in de onderhandelingen om tijdelijk bevoorschotting te realiseren; of het eenmalig verstrekken van extra informatie over ZBC's.

De overheid zal nauwkeurig toezicht moeten houden op de ontwikkelingen op de markt voor aanbieders van medisch specialistische zorg om marktimperfecties te corrigeren. Asymmetrisch ingrijpen kan gerechtvaardigd zijn om marktwerking te bevorderen. Bovenal zal nieuwe wetgeving gericht moeten zijn op het creëren van een gelijke uitgangspositie voor zorgaanbieders. De term 'instelling voor medisch specialistische zorg' moet hierbij centraal staan, zodat niet langer onderscheid wordt gemaakt tussen ziekenhuizen en ZBC's.

Afkortingenlijst

AFM	Autoriteit Financiële Markten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG (Wet)	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CBZ	College Bouw Zorginstellingen (voorheen College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen)
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DNB	De Nederlandsche Bank
EZ	Ministerie van Economische Zaken
GGZ	Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit (voorheen CTG/ZAio)
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
SEH	Spoedeisende Hulp
UMC	Universitair Medisch Centrum
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector

WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZVW	Zorgverzekeringswet

Begrippenlijst

A-segment

Het A-segment wordt gevormd door zo'n 90% van de Diagnose Behandel Combinaties, waarvoor een vaste prijs geldt. De prijzen voor A-DBC's zijn landelijk vastgesteld door de Wet Tarieven Gezondheidszorg. In het A-segment vallen zowel dagbehandelingen, i.e. de poliklinische behandelingen, als behandelingen die in combinatie met verblijf kunnen worden aangeboden.

Acute zorg

Acute zorg is zorg die gezien het urgente karakter onmiddellijk verleend dient te worden, dit in tegenstelling tot electieve (= planbare) zorg

B-segment

Het B-segment wordt gevormd door ongeveer 8% van de Diagnose Behandel Combinaties, waarvoor geen vaste tarieven gelden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen voor deze DBC's onderhandelen over de prijs. De zorg van B-DBC's zijn planbare, zogenaamde electieve, ingrepen en kunnen zowel poliklinisch als met verblijf worden aangeboden.

Boter-bij-de-vis principe

Instellingen worden afgerekend op de daadwerkelijk geleverde productie.

Contracteerplicht

De wettelijke plicht van verzekeraars om overeenkomsten te sluiten met wettelijk toegelaten zorgaanbieders en –instellingen.

Cure

Andere benaming voor de curatieve zorg: zorg gericht op herstel. Vaak is dit zorg die eenmalig nodig is of bestaat uit een aantal behandelingen op relatief korte termijn. Voorbeelden zijn huisartsenzorg, ambulancezorg, ziekenhuiszorg en tandzorg.

Curatieve zorg kan verder worden verdeeld in generalistische zorg door huisartsen en specialistische zorg door bijvoorbeeld ziekenhuizen.

Care

Zorg waarvoor langdurige behandeling nodig is. Deze zorg is in principe niet op genezing gericht, gezien het chronische karakter. Het is zorg voor mensen met een handicap, chronisch zieken en

ouderen die professionele zorg en/of begeleiding nodig hebben in hun dagelijks leven. De care wordt betaald vanuit de AWBZ.

Derde compartimentzorg

Derde compartimentzorg is zogenaamde extra dienstverlening, waar de consument zich vrijwillig aanvullend voor kan verzekeren. Met name diensten die in privé-klinieken worden aangeboden kunnen vallen onder dit derde compartiment. Sommige behandelingen vallen ook wel onder de 'luke' zorg.

Eerste compartimentzorg

Eerste compartimentzorg bestaat uit langdurige zorg en de zogeheten onverzekerbare medische risico's. Hieronder valt de AWBZ.

Eerstelijns zorg

De verdeling tussen eerstelijns en tweedelijns zorg is gebaseerd op de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten. Zo behoren huisartsen, tandartsen, ziekenvervoer en per 1 januari 2006 fysiotherapie, tot de eerstelijnszorg omdat zij direct toegankelijk zijn voor de patiënt zelf. Huisartsen en tandartsen zijn hier een soort poortwachters.

Electieve zorg

Electieve zorg is zorg die planbaar is, dit in tegenstelling tot acute zorg.

Externe effecten

Er is sprake van een extern effect wanneer een actie van één partij of een transactie tussen twee (of meer) partijen positieve of negatieve gevolgen heeft voor een andere belanghebbende die niet rechtstreeks betrokken is bij die actie of transactie.

Extramurale zorg

Extramurale zorg is zorg die geleverd wordt buiten de zorginstellingen. Hieronder vallen voornamelijk de vrije beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen, verloskundigen en tandartsen.

Intramurale zorg

Intramurale zorg is zorg zoals ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg, die binnen de muren van een zorginstelling plaatsvindt.

Klinische zorg

Klinische zorg is zorg waarvoor patiënten langer dan 24 uur in een instelling moeten verblijven en waar zogenaamd 'verblijf' noodzakelijk voor is.

Lumpsum

Lumpsum is het totaal van de honorariumbudgetten van alle aan een lokaal initiatief deelnemende, vrijgevestigde medisch specialisten.

Niet-klinische zorg

Niet-klinische zorg bestaat uit behandelingen waarvoor geen verblijf in een kliniek noodzakelijk is. Zorg gebeurt dan poliklinisch of in dagbehandeling.

Poortspecialisme

Specialismen waar de patiënt als eerste ('aan de poort') mee in aanraking komt na verwijzing door de huisarts; het zijn met name deze specialismen die opnamen, verpleegdagen etc. genereren en dus dat deel van het externe budget beïnvloeden dat door productieparameters wordt bepaald.

Poortspecialismen zijn: interne geneeskunde, cardiologie en pulmonologie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, KNO, heilkunde, oogheelkunde en dermatologie.

Publieke belangen

Maatschappelijke belangen waarvan de overheid zich de behartiging aantrekt op grond van overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt.

Transmurale zorg

Transmurale zorg is zorg die deels binnen en deels buiten de zorginstelling geleverd wordt.

(De grenzen tussen intramurale en extramurale zorg zijn de laatste paar jaar sterk aan het vervagen.

Sommige zorg die medisch-specialistisch is en daarom traditioneel intramuraal werd uitgevoerd, wordt tegenwoordig ook extramuraal aangeboden. Hierdoor wordt de opnameduur verkort en vinden behandelingen steeds vaker poliklinisch of thuis plaats.)

Topklinische zorg

Topklinische zorg is zorg waarbij geavanceerde apparatuur, bijzondere voorzieningen of specifieke deskundigheid nodig is.

Voor het verlenen van topklinische zorg heeft een ziekenhuis toestemming nodig op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen en de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (zie ook WBMV)

Topreferente zorg

Topreferente zorg is specialistische zorg voor patiënten die zeldzame, moeilijk te diagnosticeren en/of moeilijk te behandelen aandoeningen hebben. Deze vormen van zorg vereisen zeer specialistische

kennis. Doorverwijzing is niet mogelijk, waardoor academische ziekenhuizen die topreferente zorg leveren een soort 'last resort' functie hebben.

Tweede compartimentzorg

Tweede compartimentzorg is reguliere zorg: kortdurende en noodzakelijke geneeskundige zorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn.

Tweedelijns zorg

Toegang tot de tweedelijns zorg geschiedt veelal via poortwachters, zoals huisarts of tandarts, door middel van verwijsbrieven. Tweedelijns zorg is bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen.

Interviewlijst

Overheidsinstellingen

*Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) 9 juni 2006
Gesprek met Nanouk Leeftang & Anneke François

*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) 9 juni 2006
Gesprek met Willem de Vreeze & Rob Haeck

*College Tarieven Gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) 22 juni 2006
Gesprek met Maaïke van der Kolk & Neeltje Poelman

Ziekenhuizen

*Isala Klinieken, Zwolle 20 juni 2006
Gesprek met Karen Fehse, secretaris raad van bestuur

*UMC Utrecht 22 juni 2006
Gesprek met Jos Kuilboer, directeur concernstaf

*Zuwe Hofpoort, Woerden 4 juli 2006
Gesprek met Jan Schnerr, algemeen directeur

*Diakonessenhuis, Utrecht 22 augustus 2006
Gesprek met Frans Huijsmans & Martin de Kruijff, beleidsmedewerkers Markt & Verkoop

ZBC's

*Behandelcentrum Geertgen, De Mortel 12 juni 2006
Gesprek met Henk Ruis & Bas Ruis, specialisten en ondernemers

*Mauritskliniek, Den Haag 20 juni 2006
Gesprek met Corné Otto & Marcel Smolders, ondernemers

*Medinova, Rozendaal 4 juli 2006
Gesprek met Rinus van Riel, interim algemeen directeur

*Andros Mannenkliniek, Arnhem 17 augustus 2006
Gesprek met Frans Debruyne, algemeen directeur

*Diagnostisch Centrum Haaglanden, Den Haag

Gesprek met Anneke Snelder, manager DC-locaties

23 augustus 2006

Overige instellingen:

*Aduard BV

Telefonisch gesprek met Ger Jager, directeur van Aduard BV¹²⁸

19 september 2006

*Waarborgfonds voor de zorgsector (WfZ)

Telefonisch gesprek met Herman Bellers, directeur van het WfZ

25 september 2006

¹²⁸ Aduard Advies en Beheer is een adviesbureau dat zich richt op de gezondheidszorg, met name op het gebied van strategie, beleid en produktontwikkeling. Aduard BV onderhoudt contacten met bij de zorg betrokken ministeries, koepelorganisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zelfstandige bestuursorganen als het College Tarieven Gezondheidszorg, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en College voor de Zorgverzekeringen. Daarnaast bestaat er een relatie met (bijna) alle zorgverzekeraars in Nederland. Zie www.aduardbv.nl.

Literatuurlijst

Aalbers, R.F.T., E. Dijkgraaf, M. Varkevisser & H.R.J. Vollebergh, (2002), Welvaart en de regulering van netwerksectoren. *OCFEB Studies in economic policy* nr. 6.

Aghion, P. & P. Bolton, (1987), Contracts as a barrier to entry. *American Economic Review* 77 nr. 3, p.388-401.

Appelman, M., J. Gorter, M. Lijesen, S. Onderstal, R. Venniker, (2003), Equal rules or equal opportunities? Demystifying level playing field. Den Haag, *CPB Documenten No.34*.

Armstrong, M. & D.E.M. Sappington, (2005), Regulation, competition and liberalization. *Industrial Organization 0505011*. Econ WPA.

Bain, J.S., (1956), *Barriers to new competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Baumol, W.J., (1982), Contestable markets: An uprising in the theory of industry structure. *American Economic Review* 72 (1), March 1982, pp 1 -15.

Beijer, H., (2006), Liever geen concurrentie. Ingezonden brief in *Zorgvisie, jaargang 36, nummer 9, september 2006*.

Bergman, M.A., (2004), Competition in services or infrastructure-based competition?. In: Post- och Telestyrelsen (ed.) *An anthology on the foundations for competition and development in electronic communications markets. Sweden, PTS, p.6-55*.

Bijkerk, W., J. Poort, A. Schuurman, (2003), *Publieke belangen in private handen*. Nyfer, Breukelen. p.42-45.

Bijl, P. de, M. Peitz, (2000), Competition and Regulation in Telecommunications Markets. Den Haag, *CPB Bijzondere Publicatie 26*.

Bijl, P. de, E. Van Damme, S. Janssen & P. Larouche, (2006), *Universal Service in Banking*. Tilburg, Tilburg University, TILEC.

Bolin, E., P. Garrone, E. Andersson, (2004), Investment, innovation and telecommunication regulation; What is the role of the NRA?. In: Post- och Telestyrelsen (ed.) *An anthology on the foundations for competition and development in electronic communications markets*. Sweden, PTS, p. 56-105.

Boone J., (1997), Competition and welfare. Den Haag, *CPB-reeksen 1997-4*.

Bosch, H., (2006), Het remmend effect van DBC-voorschotten. Arnhem, Eiffel, *HEADline juli 2006*.

Bostaph, S., (2005), The myth of the level playing field. *Freedom Daily January 2005*.

Carlton, D. & J. Perloff, (1994), *Modern Industrial Organization*. Reading, New York, NY: HarperCollins College Publishers.

CBZ, (2002), *Spreiding ziekenhuiszorg; Vervolg-uitvoeringstoets, eerste tranche*. Utrecht.

CBZ, (2003), *Signaleringsrapport Het zelfstandig behandelcentrum: van noodzakelijk kwaad tot nuttig goed?, Voorstel voor een nieuw beoordelingskader*. Utrecht.

CPB, (2000), Measuring competition: How are cost differentials mapped into profit differentials?. The Hague, *CPB Working Paper No.131*.

CPB, (2002), Concurrentie in de zorg. Den Haag, *CPB Documenten No. 23*.

CPB, (2003), Zorg voor concurrentie; een analyse van het nieuwe zorgstelsel. Den Haag, *CPB Documenten No.28*.

Cramton, P., (1998), Ascending Auctions. *European Economic Review 42:3-5 (1998) 745-756*.

CTG/ZAio, (2005), *Visiedocument ziekenhuiszorg; Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment*. Utrecht.

CTG/ZAio, (2006), *Monitor Ziekenhuiszorg; Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006*. Utrecht.

CTZ & CTG/ZAio, (2006), *Visie zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht.

- Damme, E.E.C. van, (1999), The Dutch DCS-1800 auction. *CentER Discussion Paper (Int.r.no 9977)*.
- DNB, (2004), De gevolgen van het nieuwe stelsel van gezondheidszorg. *DNB Kwartaalbericht September 2004*.
- Faassen, A.W., (2005), *Het meesteren van de markt: Omgaan met marktmacht en misallocatie van kosten; Een onderzoek naar de bruikbaarheid van kostprijzen en kostprijsmodellen bij het toezicht op prijsconcurrentie in de ziekenhuissector*. Den Haag, afstudeerscriptie in opdracht van het Ministerie van Economische Zaken.
- Folmer, K. & E. Westerhout, (2002), Financing medical specialist services in the Netherlands: Welfare implications of imperfect agency. Den Haag, *CPB discussion paper nr.6*.
- Hart, O., A. Shleifer, R.W. Vishny, (1996), The proper scope of government: theory and an application to prisons. *NBER Working Paper 5744*.
- Jong, E. de, & M. Willemse, (2004), *Via ZBC's naar marktwerking? Onderzoek naar succes- en faalfactoren van ZBC's in Nederland*. Galan Groep, Universiteit Utrecht.
- KCOV (Kenniscentrum voor Ordeningsvraagstukken), (2006), *Publieke belangen en aandeelhouderschap*. Den Haag.
- Klemperer, P.D., (1987), Markets with Consumer Switching Costs. *Quarterly Journal of Economics*, 102: pp. 375-394.
- Klemperer, P.D., (2005), Network Effects and Switching Costs: two short essays for the new New Palgrave Dictionary of Economics. In: *Palgrave Macmillan (forthcoming)*, S.N.Durlauf & L.E. Blume (eds.). www.paulklemperer.org
- Klompshouwer, J.-L., G. Vos-Deckers, (2005), *De DBC-methodiek; Haarlemmerolie of een werkzaam geneesmiddel voor de gezondheidszorg?*. Rotterdam, Centrum voor Management Development in de Zorg, Erasmus Universiteit iBMG.
- Knoors, E.G.M., (2004), *Zelfstandige behandelcentra: Booming business of modegril?*. Utrecht.
- KPN, (2006a), *KPN daagt de Nederlandse Staat in kort geding wegens discriminerende regulering*. Den Haag.

<http://www.kpn.com/kpn/show/id=796410/contentid=18395>

KPN, (2006b), *Zorg voor innovatie! Sneller Beter - Innovatie en ICT in de curatieve zorg*. Den Haag.

Kraanen, E.F., (2004), De bekostiging. In: J.H.A.M. van de Bergh (ed.), *Medisch specialistische zorg 2004*, Alkmaar, Mediforum, p. 27-43.

Laan, R. van der, A. Nentjes, (2001), Competitive distortions in EU environmental legislation: Inefficiency versus Inequity. *European Journal of Law and Economics*, 11:2; 131 -152.

Lakerveld, A.A., (2002), Negatieve prikkels in ziekenhuizen. *ESB*, 87^e jaargang, nr.4378, pagina 725.

Lieberman, M.B., D.B. Montgomery, (1988), First mover advantages. *Strategic Management Journal*, Vol.9, 41-58.

Maasland, E., Y. Montangie & R. Van den Bergh, (2004), Chapter 4: Levelling the playing field in auctions and the prohibition of state aid. In: *M. Janssen (ed.) Auctioning public assets: analysis and alternatives*, Cambridge University Press.

Martin, L.L., (2001), *OMB circular A-76: Level playing field considerations*. A presentation to the Commercial Activities Panel San Antonio, Texas.

Martin, S., (2000), *The theory of contestable markets*. Purdue University.

Maskin, E.S. & J.G. Riley, (2000), Asymmetric Auctions. *Review of Economic Studies* 67, pp. 413-438.

Melnick, G.A., J. Zwanziger, A. Bamezai, R. Pattison, (1992), The effects of market structure and bargaining position on hospital prices. *Journal of Health Economics* 11, 217-233.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (1998), *Regeling zelfstandige behandelcentra*, VPZ/PBIZ-98506. Staatscourant 1998, nr.30, p.9.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2003), *Verruiming ZBC-regeling*. CZ/IZ-2369484.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2005a), Nieuwe bekostiging zorgopleidingen. *IBE/BO-2623807*.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2005b), Nota Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg (Kapitaallastenbrief).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2005c), Besluit van 28 juni 2005, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zorgverzekeringswet (Besluit zorgverzekering). *Staatsblad 389*.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2005d), Besluit van 3 november 2005, houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi). *Staatsblad 575*.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2006a), 'Capaciteitsplan 2005' van het Capaciteitsorgaan. *IBE/BO-2645810*.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2006b), Ruimte voor betere zorg. *CZ/IZ-2695262*.

Mirabel, F. & J.-C. Poudou, (2003), Mechanisms of funding for universal service obligations: the electricity case. Montpellier, *Centre de Recherche en Economie et Droit de l'Energie (CREDEN)*, *Cahier de recherche no. 03.11.41*.

Morrison, A. & L. White, (2005), Level playing fields in international financial regulation. *CEPR Discussion paper no. 5247*.

NMa, (2004), Concurrentie in de ziekenhuissector. *Visiedocument 3128/55*, Den Haag.

NMa, (2005), *Samenwerkingsprotocol CTG/ZAio, CTZ en NMa*.

NMa, (2006a), *Besluit Zaaknummer: 5682/ Delta Lloyd – Menzis – Agis*. Den Haag.

NMa, (2006b), *Besluit Zaaknummer: 5154/ VGZ-IZA-Trias – Univé*. Den Haag.

NVZ, (2005), Dreigend financieringstekort ziekenhuizen: NVZ maakt afspraken over bevoorschotting. *NVZ Nieuws – 20 april 2005 – nr. 16*.

NZa i.o., (2006), *Monitor zorgverzekeringsmarkt juni 2006; De tussenstand op de zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht.

OECD, (1996), *The essential facilities concept*. OCDE/GD(96)113, Paris.

OECD, (2005a), *Roundtable on barriers to entry*. Directorate for financial and enterprise affairs, Competition committee, DAF/COMP/WD(2005)56, Paris.

OECD, (2005b), *Health at a glance: OECD indicators – 2005 edition*. (Gezondheid in vogelvlucht). Paris.

OECD, (2005c), *Roundtable on competition to promote efficiency in the provision of hospital services*. Directorate for financial and enterprise affairs, Competition committee, DAF/COMP/WP2/WD(2005)67, Paris.

Okun, A.M., (1975), *Equality and efficiency; the big tradeoff*. The Brookings Institution, Washington D.C..

Rey, P. & J.Tirole, (2003), A primer on foreclosure. *Forthcoming Handbook of Industrial Organization III*, edited by Mark Armstrong and Rob Porter.

Roedig, A., (2005), Locaties zelfstandige behandelcentra 2005. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1246n21159.html

Roemer, J.E., (1995), Equality and responsibility. *Boston Review April/May 1995 issue*.

Rosendal, H., A.B.W.M. Quak, W.T. van Beekum, J.E.M. Akveld, J.T.A. van Maurik, M.A.J.M. Buisen, G.C.J.M. Cleophas, (2001), *Evaluatie Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen*. Den Haag, ZonMw reeks evaluatie regelgeving, deel 7.

Schoneveld, D.-J., (2003), *Private klinieken in opkomst; interne studie naar (on)mogelijkheden van private klinieken in ons zorgstelsel*. Den Haag, Ministerie van Economische Zaken, Directie Marktwerking.

Schut, E., (2003), *De zorg is toch geen markt; Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Rede voorbereid voor 9 mei 2003, Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Teulings, C.N., A.L. Bovenberg, H. P. Van Dalen, (2003), *De calculus van het publieke belang*. Rapport geschreven in opdracht van het Ministerie van Economische Zaken en het Ministerie van Financiën.

Tweede Kamer, (1996-1997), *Handelingen II 1996/97, p. 4455, 24 788 nr.21*.

Tweede Kamer, (2002-2003), Besluit Zorgaanspraken AWBZ. Den Haag, *Staatsblad 2002, 527*.

Tweede Kamer, (2003-2004), Visie op markttoezicht, Beantwoording van de Motie Heemskerk c.s.. Den Haag, *Tweede Kamer Stukken Vergaderjaar 2003-2004, 29200 XIII, nr.5*.

Tweede Kamer, (2003-2004), Herziening van het stelsel van overheidsbemoediging met het aanbod van zorginstellingen (Wet exploitatie zorginstellingen). Den Haag, *Tweede Kamer Stukken Vergaderjaar 2003-2004, 27 659 nr.16 derde nota van wijziging, ontvangen 5 december 2003*.

Varkevisser, M., S.A. van der Geest, F.T. Schut, (2004), *Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen; de deelmarkt voor reguliere klinische zorg*. Rotterdam, OCFEB/iBMG, rapport geschreven in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Vickers, J., (2005), Abuse of market power. *The economic journal, vol.115, issue 504 (June), p.F244-F261*.

VVAA business care; Financieel en zakelijk dienstverlener voor de gezondheidszorg, (2006), *Enquête-resultaten Medisch specialisten over privé-klinieken en ZBC's*. Utrecht.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, (2000), *Het borgen van publiek belang*. Den Haag.

Zorgvisie, jaargang 36, nummer 9, september 2006. 'Be good and tell it'.

Krantenberichten & websites

Appleby, J., (2002), *Hospitals fight for turf in medical arms race*. UsaToday, 19 February 2002.

Bassant, E., (2006), *Efficiënte ziekenhuizen groeien; 'Zorgverzekeraars letten nauwelijks op doelmatigheid'*. Het Financieel Dagblad, 23 september 2006.

De Telegraaf, '*Vrees voor medische kruissubsidies*', 16 augustus 2006.

www.minvws.nl

www.ctg-zaio.nl

www.wfz.nl

www.snellerbeter.nl

www.kiesbeter.nl

www.independer.nl

www.rivm.nl

www.dbconderhoud.nl

www.bouwcollege.nl

www.artsenapotheker.nl , '*Liquiditeitsproblemen ziekenhuizen: 'Bevoorschotting niet tot elke prijs'*'.
Nieuws van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), 20 april 2005.

www.vvaa.nl

www.tpgpost.nl

<http://group.tnt.nl/>

<http://nl.wikipedia.org/wiki/Hoofdpagina>

