

Achtergronddocument bij advies

Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding advies	5
1.2 Adviesvragen VWS	5
1.3 Totstandkoming advies	6
2. Beschrijving huidige situatie: deelregulering	7
2.1 Deelregulering	7
2.1.1 Tariefregulering ziekenhuiskosten	7
2.1.2 Tariefregulering specialistenhonoraria	8
2.1.3 Tariefregulering onderlinge dienstverlening	8
2.1.4 Beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten	9
2.1.5 Gescheiden macrokaders	10
2.2 Samenvatting	12
3. Doelstellingen afschaffen deelregulering	13
3.1 Doelmatige inzet van productiefactoren	13
3.2 Selectieve inkoop	14
3.3 Gelijk speelveld	15
3.4 Gelijk gerichte belangen	15
4. Ontwikkelingen in de markt	17
5. Machtsverhoudingen in relatie tot de publieke belangen	21
5.1 Geen algemene uitspraken over machtsverhoudingen	21
5.1.1 Lokale verschillen	21
5.1.2 Specialisten in dienstverband	21
5.1.3 Machtspositie op het niveau van het collectief	22
5.2 Effecten op de publieke belangen	22
5.2.1 Effect op de betaalbaarheid	22
5.2.2 Effect op de kwaliteit	23
5.2.3 Effect op de toegankelijkheid	23

1. Inleiding

1.1 Aanleiding advies

Met haar brief van 30 januari 2013 (kenmerk CZ-3153204) heeft de minister van VWS de NZa verzocht een uitvoeringstoets te doen naar de bekostigingsaspecten en randvoorwaarden voor de invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg met ingang van 2015.

Dit verzoek vloeit voort uit het Convenant tussen VWS, NVZ en Orde van Medisch Specialisten¹ waarin de invoering van het integraal tarief per 2015 is onderschreven, en het besluit² van het kabinet om het advies van de commissie Meurs³ over te nemen.

Onder integrale tarieven verstaat VWS een systeem waarbij de deelregulering binnen de bekostiging van instellingen voor medisch specialistische zorg en (vrijgevestigd) medisch specialisten wordt opgeheven.

1.2 Adviesvragen VWS

De adviesaanvraag van VWS bevat de volgende deelvragen aan de NZa (onderstreping NZa):

- (a) Het verzoek om te inventariseren wat de gevolgen zijn van de invoering van integrale tarieven op de tarifiering in de verschillende segmenten in de medisch specialistische zorg: het vrije segment en het gereguleerde segment
- (b) Het verzoek de verschillende mogelijkheden voor declaratie, en welke voorwaarden daarop van toepassing zijn, te inventariseren: Welke verschillende mogelijkheden voor declaratie zijn er en welke partij(en) zou(den) in 2015 het declaratierecht moeten hebben om het integrale tarief te declareren?
- (c) Wat zijn de gevolgen voor de macrobeheersing van de uitgaven en de uitvoering van het bestaande macrobeheersinstrumentarium? VWS verzoekt hierbij om aandacht te besteden aan perverse prikkels (zoals bijvoorbeeld de prikkel tot overproductie). Daarnaast verzoekt VWS aandacht te besteden aan de vraag of de machtsverhoudingen tussen de relevante partijen in de markt voldoende in evenwicht zijn, en of er in dat licht aanvullende maatregelen nodig zijn om dat evenwicht in de onderhandelingen tussen de relevante partijen te waarborgen.
- (d) Het verzoek om het aspect 'gelijke belangen' te betrekken in de uitvoeringstoets: In het advies van de commissie Meurs is opgemerkt dat het cruciaal is dat de belangen van instellingen en medisch specialisten gelijk gericht worden. De commissie heeft in dit verband in haar advies opgemerkt dat de recente ontwikkeling naar regionaal georganiseerde instelling overstijgende maatschappen ertoe kan leiden dat de machtsverhouding en belangen van instelling en medisch specialisten juist uiteen gaan lopen. Het kabinet heeft in het regeerakkoord aangegeven de vorming van mega- of regiomaatschappen om die reden te willen ontmoedigen.

¹ Convenant Bekostiging Vrijgevestigd medisch specialisten 2012-2014, 31 mei 2011

² TK 29 248, nr. 242

³ Gezond belonen – beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten, 10 oktober 2012

- (e) Het verzoek om in het advies in te gaan op mogelijkheden voor taakherschikking onder integrale tarieven en welke randvoorwaarden daarvoor gelden.

VWS heeft verzocht de relevante veldpartijen te consulteren bij het opstellen van de uitvoeringstoets. In de volgende paragraaf beschrijven we hoe we hier uitvoering aan hebben gegeven.

1.3 Totstandkoming advies

In de periode februari-maart 2013 hebben wij verkennende gesprekken gevoerd met verschillende betrokken partijen: bestuurders van ziekenhuizen en ZBC's, vertegenwoordigers van medische staven, zorgverzekeraars, brancheorganisaties, juristen, consultants en wetenschappers. Deze gesprekken hebben we gevoerd aan de hand van een discussienota⁴.

In de maand maart 2013 hebben we een vragenlijst⁵ uitgezet onder bestuurders van ziekenhuizen en ZBC's, en medische staven/collectieven van vrijgevestigd medisch specialisten.

De verkennende fase is afgesloten met een werkconferentie op 25 april 2013, waarbij de resultaten uit de gespreksronde en de vragenlijst zijn besproken en bediscussieerd met de betrokken veldpartijen⁶.

Op basis van de verzamelde input uit de verkennende fase hebben wij het advies opgesteld. Het advies is geconsulteerd op 20 juni 2013 in de reguliere adviescommissie Tweedelijns Somatische Zorg, FZ en GGZ van de NZa, waarin alle betrokken veldpartijen vertegenwoordigd zijn.

⁴ Discussiememo integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015; zie www.nza.nl

⁵ Vragenlijst integrale tarieven 2015; zie www.nza.nl

⁶ Verslag werkconferentie Integrale tarieven 25 april 2015 en Rapportage vragenlijst integrale tarieven; zie www.nza.nl

2. Beschrijving huidige situatie: deelregulering

2.1 Deelregulering

In de huidige situatie worden de ziekenhuiskosten en de specialistenhonoraria apart gereguleerd, en vindt budgettaire sturing vanuit de overheid op macroniveau plaats via gescheiden macrokaders.

Er is dus sprake van deelregulering. Deze bestaat uit:

- Aparte tariefregulering (per zorgproduct) voor ziekenhuiskosten en honorariumcomponent
- Beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten
- Gescheiden macrokaders: het kader ziekenhuizen (waaronder ook het honorarium voor de loondienstsituaties valt) en het kader vrijgevestigd medisch specialisten.

Wanneer een patiënt in het ziekenhuis door de specialist wordt behandeld, wordt per zorgprestatie een gecombineerde rekening gestuurd: de ziekenhuiskosten en het specialistenhonorarium worden – verplicht – apart vermeld. Onder ziekenhuiskosten vallen onder andere de kosten voor het gebouw, apparatuur, geneesmiddelen en verpleging. Het honorariumdeel is bedoeld voor het inkomen en de praktijkkosten van de medisch specialist.

De verplichting om ziekenhuiskosten en specialistenhonorarium apart op de nota te vermelden hangt samen met de gescheiden tariefregulering op deze onderdelen. De prestatieregulering, die voor de gehele medisch specialistische zorg geldt, is niet gescheiden: deze is gelijk voor ziekenhuis en vrijgevestigde medisch specialisten.

In deze paragraaf geven we een toelichting op de deelregulering.

2.1.1 Tariefregulering ziekenhuiskosten

In 2012 zijn de ziekenhuizen overgegaan op volledige prestatiebekostiging. Instellingen worden per geleverde zorgprestatie (DBC-zorgproducten en overige zorgproducten) bekostigd. Voor ZBC's gold al langer een systeem van prestatiebekostiging.

Voor 70% van de prestaties (het B-segment) gelden vrije prijzen voor het ziekenhuiskostendeel. Dat betekent dat het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, die deze prestaties bij dat ziekenhuis wil inkopen vrij met elkaar kunnen onderhandelen over de hoogte van de prijzen van deze prestaties in het B-segment. Voor de overige prestaties (A-segment) gelden maximumtarieven. Dat houdt in dat het ziekenhuis en de zorgverzekeraar tot de hoogte van het geldende maximumtarief, met elkaar kunnen onderhandelen over de prijzen van deze prestaties in het A-segment. De NZa bepaalt de hoogte van de maximumtarieven op basis van kostprijnsinformatie⁷, die door instellingen aan de NZa moet worden aangeleverd.

⁷ Hiervoor is een kostprijnsmodel ontwikkeld. Zie ook NZa-Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch specialistische zorg NR/CU-235. Het kostprijnsmodel anticipeert al op de invoering van integrale tarieven.

Beheersing macrouitgaven ziekenhuiskosten

Onder tariefregulering ziekenhuiskosten vermelden we ook het macrobeheersinstrument (MBI).

Wanneer de totale uitgaven voor de ziekenhuiskosten (waartoe ook de vergoeding voor medisch specialisten in loondienst wordt gerekend) het hiervoor beschikbare macrokader overschrijden⁸, kan de minister van VWS besluiten dat het MBI wordt ingezet, waarbij de overschrijding geheel of gedeeltelijk terugbetaald moet worden. Daarbij wordt de overschrijding generiek verrekend over alle instellingen, naar rato van hun omzetaandeel in de totale omzet van alle instellingen. Elke instelling betaalt een gelijk percentage van zijn omzet terug aan het zorgverzekeringsfonds.

2.1.2 Tariefregulering specialistenhonoraria

Voor de honorariumcomponent geldt een maximumtarief voor alle producten, zowel in het A-segment als in het B-segment.

De NZa heeft op aanwijzing van VWS⁹ een methodiek uitgewerkt waarbij het beschikbare macrokader voor vrijgevestigde medisch specialisten de grondslag vormt voor de hoogte van de vast te stellen honorariumtarieven. In de opgestelde methodiek worden de beschikbare middelen over de verschillende zorgproducten verdeeld; hierbij gelden de door wetenschappelijke verenigingen ingegeven normtijden per zorgproduct als onderlinge verdeelsleutels. Deze methodiek geldt voor de looptijd van het Convenant¹⁰ en borgt dat bij het herijken van het maximumtarief voor de honorariumcomponent zo goed mogelijk aansluiting bij het in het Convenant overeengekomen macrokader wordt behouden.

Hoewel de tariefhoogte van de honoraria gebaseerd is op het beschikbare macrokader voor vrijgevestigde specialisten, gelden de tarieven niet alleen voor de vrijgevestigde medisch specialisten, maar ook voor de loondienstsituaties. In het geval een specialist in loondienst is, zijn de honorarium-opbrengsten inkomsten voor het ziekenhuis. Loonkosten voor medisch specialisten in loondienst maken deel uit van de exploitatiekosten van het ziekenhuis; voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten is dit niet het geval. Bij vrijgevestigde medisch specialisten vormen de honorariumopbrengsten de basis voor het inkomen van de specialist. De toepassing van het beheersmodel (zie hieronder) is uiteindelijk medebepalend voor het inkomen.

Macrobeheersing honoraria

De totale uitgaven voor de honoraria vrijgevestigde medisch specialisten worden begrensd door het beheersmodel; zie paragraaf 2.1.4.

2.1.3 Tariefregulering onderlinge dienstverlening

In het kader van dit advies richten we ons op de onderlinge dienstverlening *binnen* de tweede lijn. Het gaat hierbij om zorg geleverd tussen:

A) Specialist en andere instelling (één van beiden is hoofdbehandelaar)

⁸ Het macrokader bedraagt € 17.028 mln in 2012

⁹ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, nr. MC-U-3073582, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake invoering beheersmodel medisch specialisten, 25 juli 2011; Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 augustus 2011, nr. MC-U-3078436, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake honorariumtarieven medisch specialisten

¹⁰ Convenant Bekostiging Vrijgevestigde medisch specialisten 2012-2014, 31 mei 2011

B) Instelling x en instelling y (één van beiden is hoofdbehandelaar)

In de huidige situatie geldt bij onderlinge dienstverlening voor het kostendeel een vrij tarief (ook als dit producten in het gereguleerde segment betreft) en voor het honorarium het maximum tarief¹¹.

De 'aan'-declaratie tussen specialist en instelling (zie paragraaf 2.1.4) wordt op dit moment niet gerekend tot de onderlinge dienstverlening. Ook hier is het maximum honorariumtarief van toepassing.

2.1.4 Beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten

Op 31 mei 2011 hebben de NVZ, de Orde van Medisch specialisten en de minister van VWS het convenant 'Bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014' (hierna: Convenant) getekend. Aanleiding hiervoor was dat de van 2008 tot dan toe geldende bekostigingssystematiek van vrijgevestigde medisch specialisten door forse overschrijdingen niet langer houdbaar bleek. Daarom zijn per 1 januari 2012 wettelijke maatregelen doorgevoerd om de macro-uitgaven aan specialisten te beheersen. Naar aanleiding van de afspraken uit het Convenant is het beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten ingevoerd. Dit beheersmodel geldt in de periode 2012 tot en met 2014. In het Convenant is opgenomen dat het beheersmodel een overgangsmodel vormt op de weg naar een integraal tarief in 2015.

VWS stelt daarbij jaarlijks een vast macrobudget vast voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. Voor de jaarlijkse volumegroei is een taakstellende groei ruimte van maximaal 2,5% aangehouden.

Verdeling omzetplafonds

Voor de toepassing van het beheersmodel verdeelt de NZa het macrobudget¹² naar honorariumomzetplafonds per instelling, voor alle bij een ziekenhuis of ZBC toegelaten medisch specialisten gezamenlijk. Bij de vaststelling van het omzetplafond per instelling betreft de NZa de historische omzet van de vrijgevestigd medisch specialisten werkzaam in de betreffende instelling. In 2012 zijn op deze manier voor de eerste keer honorariumomzetplafonds per instelling vastgesteld. De historische honorariumomzet (per instelling) van het jaar 2009 heeft als basis gediend voor de vaststelling van die plafonds.

Mutatiekader

Om ruimte te bieden aan groei of krimp ten opzichte van de historische omzet kunnen zorgaanbieders en verzekeraars een beroep doen op het zogenaamde mutatiekader. Dit mutatiekader bevat een percentage van het macrobudget dat gereserveerd is voor bijvoorbeeld relatief hoge productiegroei, verschuivingen van productie tussen instellingen en nieuwe toetreders. De mutatie ruimte is met name bedoeld om vrijheidsgraden te creëren met betrekking tot het maken van volumeafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, zodat zorgverzekeraars hierdoor kunnen sturen naar instellingen die beter presteren. In 2012 was deze mutatie ruimte beperkt: 3,2%.

¹¹ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 juni 2011, nr. MC-U- 3070826, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012. Hierin is het volgende bepaald: 'het instellingskostendeel bij onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieder behoort tot het vrije segment.'

¹² Er wordt vanaf 2012 een kader beschikbaar gesteld van € 2021 miljoen exclusief de bekostiging van ZBC's, inclusief groei als gevolg van volumeontwikkelingen en geraamde indexering voor loon- en prijsbijstellingen.

Plafondoverschrijding

Het totaal van de honorariumopbrengsten van vrijgevestigde medisch specialisten in de instelling mag het plafond niet overschrijden. Wanneer dit wel gebeurt, moeten de teveel ontvangen honorariumopbrengsten worden afgedragen aan het zorgverzekeringsfonds.

'Aan' en 'via' declaratie

Binnen het beheersmodel zijn twee declaratiemodellen mogelijk, het 'aan'- en het 'via'-model.

In het 'aan'-model declareert de vrijgevestigde medisch specialist uitsluitend aan de instelling, waarbij de instelling en de vrijgevestigd medisch specialist afspraken maken over het in rekening te brengen tarief (hiervoor geldt het maximumtarief). Vervolgens brengt de instelling het totale tarief (honorariumcomponent en kostendeel voor de instelling) in rekening bij de patiënt of zijn verzekeraar. In het geval dat vrijgevestigd medisch specialisten 'aan' de instelling declareren is de instelling, en dus niet de specialisten, gebonden aan het honorariumomzetplafond.

Bij het 'via'-model declareren vrijgevestigd medisch specialisten het honorariumdeel via de instelling aan de verzekeraar of patiënt. De instelling geeft de honoraria die zij uit declaraties ontvangt, conform de verdeelafspraken door aan de vrijgevestigde medisch specialisten. In het 'via'-model is het collectief van vrijgevestigde specialisten gebonden aan het honorariumomzet-plafond. De vorming van collectieven per instelling (dus niet instelling overstijgend) is een voorwaarde om 'via' de instelling aan de zorgverzekeraar of patiënt te kunnen declareren¹³. Binnen een collectief dient een verdeelmodel te worden gehanteerd voor de verdeling van de honorariumopbrengsten onder de deelnemende specialisten.

2.1.5 Gescheiden macrokaders

Zoals aangegeven kennen we in de huidige situatie voor de medisch specialistische zorg twee gescheiden macrokaders: één voor de instellingskosten (waartoe ook de vergoedingen voor de specialisten in loondienst worden gerekend), en één voor de honoraria van de vrijgevestigd medisch specialisten.

Het werken met gescheiden macrokaders betekent dat macrobudgettaire sturing door de overheid op beide uitgavenposten in zekere zin onafhankelijk van elkaar plaatsvindt.

Bij sturing op microniveau ligt dat anders: omdat ziekenhuiskosten en specialistenhonorarium voor een geleverd zorgproduct gecombineerd in rekening worden gebracht betekent sturing op de ene component automatisch dat de andere component daarin volgend is.

In de lokale situatie (per instelling) zal de verhouding kostendeel/honorariumdeel in de praktijk niet gelijk zijn aan de verhouding van de macrokaders ten opzichte van elkaar. Dit hangt samen met de verhouding tussen het aantal specialisten in loondienst en in vrije vestiging in de lokale situatie, in combinatie met de lokale productmix en lokale prijsstelling.

¹³ Met de 'via' declaratie kan de medisch specialist zijn fiscale positie als ondernemer behouden. Dit blijkt uit de ruling van het ministerie van Financiën d.d. 1 november 2011, op basis van een toets van de Model Toelatingsovereenkomst (waarin de 'via' declaratie geregeld is), die is aangepast met de invoering van het beheersmodel medisch specialisten.

Alleen al het feit dat er gescheiden macrokaders zijn, leidt ertoe dat er ongelijke prikkels voor het ziekenhuiskostendeel en het honorariumdeel bestaan.

Dit effect wordt verder versterkt doordat de gescheiden macrokaders doorwerken in de tariefregulering:

- (a) Bij de regulering van de honoraria wordt de macro beschikbare ruimte verdeeld. Dit gebeurt zowel bij de verdeling van de beheersplafonds over de instellingen, als bij de bepaling van de tariefhoogte van de honorariumtarieven. Bij de ziekenhuiskosten daarentegen speelt de macrobudgettaire ruimte geen rol bij de vaststelling van de gereguleerde tarieven; hier gebruikt de NZa kostprijsinformatie als basis.
- (b) De honoraria die in loondienstsituaties in rekening worden gebracht, en ten laste komen van het kader ziekenhuiskosten, zijn gelijk aan die van de vrijgevestigden. De berekening van de honorariumtarieven is gebaseerd op het macrokader vrijgevestigd medisch specialisten. De werkelijke loonkosten van de medisch specialisten in loondienst worden niet in de berekening betrokken.
- (c) Er wordt een verschillend instrumentarium gehanteerd voor de beheersing van de macro uitgaven: het MBI voor de ziekenhuiskosten (inclusief honorarium loondienst), en het beheersmodel voor de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten.

Ten aanzien van dit laatste merken we op dat de macrobeheersing voor het ziekenhuiskostendeel allereerst gebeurt op basis van convenantafspraken binnen het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord¹⁴. Partijen hebben de inspanningsverplichting op zich genomen om de uitgavengroei voor het ziekenhuiskostendeel te beperken tot maximaal 2,5% per jaar in de periode 2012 tot 2015. Indien de uitgaven niet binnen het kader blijven, kan de minister het MBI als laatste redmiddel inzetten. Dit instrument verschilt wezenlijk van dat voor de beheersing van de honorariumuitgaven voor vrijgevestigd medisch specialisten, omdat voor het beheersmodel een ex ante omzetgrens per instelling geldt, en voor het MBI niet. Door de dreiging van de inzet van het MBI ontstaan voor het ziekenhuiskostendeel opnieuw andere prikkels dan voor het honorariumdeel.

Het generieke MBI heeft een sterke productieprikkel in zich: indien een instelling sterk groeit ten opzichte van een andere instelling, behaalt de instelling immers een relatief voordeel bij de verdeling van de korting over alle instellingen. Voor de vrijgevestigd medisch specialisten wordt de productieprikkel juist beperkt door het beheersinstrument dat op hen van toepassing is (zie paragraaf 2.1.4). Onder het beheersmodel medisch specialisten bestaat er voor de vrijgevestigd medisch specialisten een productieprikkel *tot aan het plafond*. Wanneer de omzetplafonds gevuld zijn, vervalt elke productieprikkel voor de specialisten¹⁵.

Gescheiden macrokaders leiden niet alleen tot ongelijke prikkels voor ziekenhuiskosten en honoraria, maar vormen daarnaast ook een belemmering voor substitutie tussen ziekenhuiskosten en honoraria. Zo wordt bijvoorbeeld taakherschikking, waarbij verpleegkundigen taken overnemen van de medisch specialist, belemmerd doordat er geen financiële middelen kunnen worden overgeheveld van het kader vrijgevestigd medisch specialisten naar het ziekenhuiskader.

¹⁴ Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen NVZ, NFU, ZKN, ZN en VWS, 4 juli 2011

¹⁵ Uitgaande van een P*Q afspraak met de verzekeraar. Bij andere contractvormen (aanneemsommen, plafondafspraken) kunnen de prikkels anders liggen.

2.2 Samenvatting

In het volgende schema vatten we de elementen van de deelregulering samen.

Huidige situatie: deelregulering

	Ziekenhuis		Vrijgevestigd medisch specialisten
	Ziekenhuiskosten-component	Honorariumcomponent (vergoeding voor medisch specialisten in loondienst)	Honorariumcomponent
Tariefregulering	A-segment: maximumtarief B-segment: vrij tarief	A-segment: maximumtarief B-segment: maximumtarief	A-segment: maximumtarief B-segment: maximumtarief
Macrokader	Macrokader ziekenhuizen		Macrokader vrijgevestigd medisch specialisten
Macrobeheersing	Macrobeheersinstrument <ul style="list-style-type: none"> • Geen ex ante omzetplafond • Generiek over alle instellingen 		Beheersmodel vrijgevestigd medisch specialisten <ul style="list-style-type: none"> • Ex ante omzetplafond • Instelling specifiek

We merken hierbij op dat in situaties waarin medisch specialisten in loondienst zijn op dit moment al een integraal tarief geldt. Het honorarium en het kostendeel worden weliswaar apart gereguleerd, maar in de praktijk is het totaal van beide het 'integrale tarief' dat door de instelling wordt gedeclareerd. Beide opbrengsten vormen inkomsten voor het ziekenhuis, en het ziekenhuis beslist hoe het totaal van inkomsten wordt aangewend. Ook in het kader van de macrobeheersing geldt voor de loondienstsituaties al een integrale benadering: het totaal aan vergoedingen voor specialisten in loondienst maakt onderdeel uit van het macrokader ziekenhuiskosten; ziekenhuiskosten en honorariumopbrengst in loondienstsituaties worden integraal betrokken in het MBI.

Het afschaffen van de deelregulering van het honorariumtarief leidt tot het volgende schema:

Toekomstige situatie: integrale tarieven

	Ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialisten gezamenlijk
Tariefregulering	A-segment: maximumtarief B-segment: vrij tarief
Macrokader	Samengevoegd macrokader
Macrobeheersing	Macrobeheersinstrument <ul style="list-style-type: none"> • Geen ex ante omzetplafond • Generiek over alle instellingen (inclusief vrijgevestigd medisch specialisten)

Tot slot merken we op dat de deelregulering hoge uitvoeringslasten kent en zeer onderhoudsintensief is.

3. Doelstellingen afschaffen deelregulering

Zoals hiervoor is aangegeven wordt met de invoering van integrale tarieven bedoeld dat de deelregulering van kosten- en honorariumtarieven wordt afgeschaft. Hiermee wordt een logische vervolgstap gezet in de deregulering van de bekostiging van medisch specialistische zorg.

Hieronder gaan we in op de doelstellingen van het afschaffen van deelregulering. Deze doelstellingen bestaan er voornamelijk uit dat knelpunten die voortkomen uit de bestaande deelregulering worden weggenomen.

We hebben de volgende doelstellingen van het afschaffen van de deelregulering geformuleerd:

- Doelmatige inzet van productiefactoren mogelijk maken
- Het wegnemen van belemmeringen voor selectieve inkoop
- Een gelijk speelveld voor instellingen met specialisten in loondienst respectievelijk vrije vestiging creëren
- Gelijk gerichtheid tussen instelling en vrijgevestigd medisch specialisten mogelijk maken

3.1 Doelmatige inzet van productiefactoren

De gescheiden regulering van ziekenhuiskosten en medisch specialisten zoals we die nu toepassen kan een belemmering vormen voor doelmatige inzet van productiefactoren, zoals arbeid en kapitaal.

De deelregulering vormt bijvoorbeeld een belemmering voor taakherschikking. Met taakherschikking wordt bedoeld: het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen.

In ons advies over taakherschikking¹⁶, waarin de focus vooral lag op de verpleegkundig specialist en physician assistant die taken van de medisch specialist kunnen overnemen, hebben we de bestaande deelregulering voor het kostentarieff en honorariumtarief als voornaamste financiële belemmering voor taakherschikking benoemd. In het A-segment geldt voor de ziekenhuiskostencomponent een maximumtarief. Hierdoor is het verschuiven van kosten van het honorariumdeel naar het kostendeel door middel van het verhogen van het kostendeel niet mogelijk. In het B-segment is zo'n verschuiving op instellingsniveau in principe wel mogelijk; echter op macroniveau kan het geld niet worden overgeheveld van het kader vrijgevestigd medisch specialisten naar het ziekenhuiskader.

Met het opheffen van de deelregulering kan taakherschikking in principe worden gefaciliteerd. Overige financiële belemmeringen die wij in ons advies hebben genoemd, die voortkomen uit de bestaande registratie- en declaratiebepalingen binnen de DBC-systematiek, hebben pas effect als de deelregulering vervalft.

Bij het afschaffen van de budgettering en de overgang naar prestatiebekostiging is al eerder een stap gezet die de optimale inzet van productiefactoren bevordert: De vergoeding voor infrastructuur (rente en

¹⁶ NZa advies Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg, januari 2012

afschrijving) werd binnen de budgettering apart vastgesteld, los van de productie. Met het loslaten van die systematiek is dus al een eerste stap gezet naar een integrale bekostiging. De volgende stap, het afschaffen van de aparte honorariumregulering, is daarmee een logische vervolgstap binnen de invoering van prestatiebekostiging.

Of deze deelreguleringsstap daadwerkelijk bijdraagt aan meer doelmatigheid hangt echter van meer factoren af, zoals bijvoorbeeld de machtsverhoudingen van de verschillende spelers op de markt.

Daarnaast merken we op dat met de bestaande prestatieregulering nog steeds belemmeringen kunnen blijven bestaan voor een optimale inzet van productiefactoren. De bestaande productstructuur is bijvoorbeeld niet volledig specialisme overstijgend; dat kan substitutie tussen specialismen onderling in de weg staan. Voor 2015 is de invoering van ICD-10 als onderdeel van de DBC/DOT-productstructuur gepland. Dit zal zorgen voor een forse toename van de specialisme-overstijgendheid.

3.2 Selectieve inkoop

Voor de werking van het stelsel is het essentieel dat het bekostigingsmodel selectieve inkoop door zorgverzekeraars mogelijk maakt. Selectieve inkoop is geen doel op zich, maar een middel om kwaliteit en doelmatigheid van zorg te realiseren. Selectieve inkoop houdt in dat zorgverzekeraars niet meer alle zorg contracteren, maar alleen kwalitatief goede en doelmatig geleverde zorg, passend bij de polis die de verzekerden hebben afgesloten.

Selectieve inkoop kan worden beschouwd als 'vitaal mechanisme' voor de borging van de drie publieke belangen in de gezondheidszorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid¹⁷.

Binnen het huidige bekostigingsmodel wordt de mogelijkheid tot selectieve inkoop echter op een aantal punten belemmerd als gevolg van de deelregulering van ziekenhuiskosten en specialistenhonoraria.

Honorariumplafonds op basis van historische omzet

Omdat het honorariumplafond per instelling grotendeels wordt vastgesteld op basis van historische honorariumomzet, kunnen productieveverschuivingen tussen instellingen onvoldoende worden gefaciliteerd. Dat dit knelpunt daadwerkelijk optreedt, blijkt uit het gegeven dat de mutatie ruimte 2012 is overtekend: In de beleidsbrief bij de Marktscan Medisch specialistische zorg¹⁸ hebben we gemeld dat over het jaar 2012 meer mutatie ruimte is aangevraagd dan beschikbaar, en volgens andere verhoudingen dan de oorspronkelijke plafondverdeling over ziekenhuizen en ZBC's. Dat duidt erop dat verruiming van het mutatiekader wenselijk is, en meer dynamiek in de markt kan bewerkstelligen. Zorgverzekeraars kunnen met de beperkte mutatie ruimte de productie niet naar de aanbieder die hun voorkeur heeft sturen, omdat de plafondruimte van de specialisten begrensd is.

De mutatie ruimte is in 2013 in beperkte mate verruimd (met 4,5%) en nagenoeg in zijn geheel aangevraagd.

Ongelijk gerichte belangen

Het huidige bekostigingsmodel met deelregulering leidt ertoe dat de belangen van instelling en medisch specialisten niet altijd gelijk gericht zijn. Ook dit vormt een belemmering voor selectieve inkoop. Wanneer,

¹⁷ Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ), Zorginkoop, 2008

¹⁸ NZa Marktscan medisch specialistische zorg 2012, november 2012 en bijbehorende beleidsbrief d.d. 10 december 2012

als gevolg van ongelijk gerichte belangen, de medisch specialisten en instelling zich onafhankelijk van elkaar gaan gedragen, bemoeilijkt dat de sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraar, en dus de mogelijkheid tot selectieve inkoop. Onafhankelijk gedrag van specialisten ten opzichte van de instelling manifesteert zich bijvoorbeeld in instelling overstijgende maatschappen¹⁹.

3.3 Gelijk speelveld

Doordat er verschillende (macro)beheersinstrumenten van toepassing zijn voor de instellingen met specialisten in loondienst respectievelijk in vrije vestiging, bestaat er een ongelijk speelveld tussen deze instellingen.

In situaties waarin medisch specialisten vrij gevestigd zijn is het beheersmodel van toepassing. Daardoor ontstaat een rem op de productie zodra het plafond bereikt is. Omdat dit bij instellingen met specialisten in loondienst niet het geval is, kunnen die ziekenhuizen gemakkelijker hun marktaandeel te vergroten, en is er geen eerlijke concurrentie mogelijk.

Het afschaffen van het beheersmodel medisch specialisten zorgt voor een gelijk speelveld voor ziekenhuizen met specialisten in loondienst en ziekenhuizen met specialisten in vrije vestiging. Een gelijk speelveld kan de concurrentie bevorderen. Dit kan op zijn beurt bijdragen aan meer doelmatigheid en tevens selectieve inkoop faciliteren.

3.4 Gelijk gerichte belangen

Net als voor selectieve inkoop geldt voor het gelijk richten van belangen dat dat niet een doel op zich is, maar een 'vitaal mechanisme' dat het zorgstelsel beter kan laten functioneren. De belangen van aanbieders (instelling en specialisten) staan niet voorop, maar we willen vooral dat zorgverzekeraars sturen op doelmatigheid en kwaliteit via de inkoop. Om dat mogelijk te maken, is een voldoende mate van gelijk gerichte belangen in feite een noodzakelijke voorwaarde. Zonder gelijk gerichte belangen is de kans groot zorgverzekeraars het instrument selectieve inkoop niet optimaal kunnen inzetten.

De afgelopen jaren is al een stap gezet richting deze gelijkgerichtheid. Het beheersmodel medisch specialisten, dat in het Convenant als is aangemerkt als een overgangsmoedeling richting integrale tarieven, heeft daar als volgt aan bijgedragen:

- Het stimuleert vrijgevestigd medisch specialisten om collectieven per instelling te vormen
- Het verplicht tot verdeelafspraken over de honorariumopbrengst 'achter de voordeur'
- Het draagt bij aan onderlinge betrokkenheid van instelling en specialisten bij de verdeling van de honorariumomzet (80% vast; 20% variabel²⁰)

¹⁹ De vorming van deze instelling overstijgende maatschappen is overigens niet alleen een gevolg van het bestaande bekostigingsmodel, ook fiscale motieven spelen hierbij een rol. Zie iBMG rapport Instellingsoverstijgende maatschappen, huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen (26 maart 2013)

²⁰ De 80% vast en 20% variabel, met een bandbreedte van +/- 5% volgt uit de afspraken uit het Convenant. In de regelgeving van de NZa zijn geen bepalingen over interne verdeling opgenomen.

In 2012 werd 95% van de plafondruimte toegekend aan collectieven ('via' declaratie), en 5% aan de instellingen ('aan' declaratie)²¹. Hieruit blijkt dat er op grote schaal collectieven per instelling zijn gevormd, en dat de stap naar meer gelijkgerichtheid daarmee is ingezet.

²¹ NZa Marktscan medisch specialistische zorg 2012, november 2012 en bijbehorende beleidsbrief d.d. 10 december 2012

4. Ontwikkelingen in de markt

Hieronder noemen we een aantal ontwikkelingen in de markt die betrokken moeten worden in de overweging of generieke deelregulering nog wel een geëigend instrument is om de publieke belangen te dienen.

Ontwikkelingen in de bekostiging: ziekenhuiskosten zijn grotendeels vrijgegeven

In 2012 is het segment waarvoor vrije prijsvorming geldt voor de ziekenhuiskostentarieven uitgebreid tot 70%. Dit maakt (binnen de wettelijke regelingen) omzeiling van de deelregulering mogelijk, door gebruik te maken van de vrijheidsgraden die van toepassing zijn binnen de bekostiging van de instellingen.

Deelregulering is ingehaald door de contractering

Bij de contractering 2012 hebben partijen op grote schaal lumpsum- of plafondafspraken gemaakt, die niet gespecificeerd zijn op het niveau van ziekenhuiskosten en specialistenhonoraria. De zorgverzekeraar koopt daarbij het integrale product (of een totaal van producten) in. Voor de zorgverzekeraar is het onderscheid ook niet van belang; in de risicoverevening loopt de zorgverzekeraar immers in gelijke mate risico over het totaal van uitgaven voor ziekenhuiskosten en honorarium.

In de praktijk blijkt dus dat de contractering de deelregulering heeft ingehaald. Sterker nog: de deelregulering werkt hierbij zelfs complicerend in de afrekening van de reguleringsmodellen (transitiemodel ziekenhuizen en beheersmodel medisch specialisten)²².

Zorgverzekeraars kunnen uitgavenstijging onder controle houden

De invloed van de zorgverzekeraars op de inkoop van zorg is in de afgelopen jaren met diverse maatregelen (meer risicodragendheid, een transparante en stabiele productstructuur, et cetera) steeds verder versterkt en, weliswaar met steun van de afspraken in het kader van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord²³ om de uitgavengroei te maximeren tot 2,5% per jaar en de dreiging van het MBI, lijken zij vooralsnog in staat om de uitgavengroei te beheersen²⁴. Ook in voorgaande jaren bleken zorgverzekeraars de prijsstijging in het B-segment goed te kunnen beheersen.

Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten

In ons visiedocument Marktimperfecties medisch specialistische zorg²⁵ hebben wij een aantal marktperfecties gesignaleerd die betrekking hebben op het aanbod van medisch specialisten. Een aantal ontwikkelingen maakt dat deze marktperfecties geleidelijk aan verminderen:

²² Brief NZa aan VWS, Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg, 25 juli 2012;

NZa Marktscan medisch specialistische zorg 2012, november 2012 en bijbehorende beleidsbrief d.d. 10 december 2012;

Handreiking omzetverantwoording 2012 (NVZ, NFU, vastgesteld in bestuurlijk overleg Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 7 februari 2012).

²³ Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen NVZ, NFU, ZKN, ZN en VWS, 4 juli 2011

²⁴ NZa Marktscan medisch specialistische zorg 2012, november 2012 en bijbehorende beleidsbrief d.d. 10 december 2012

²⁵ NZa visiedocument Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg, vraag naar en aanbod van medisch specialisten, juni 2010

- Het kabinet heeft in februari 2012²⁶ besloten dat de capaciteit voor de geneeskunde opleiding wordt uitgebreid en de aanbeveling van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) om de loting te vervangen door 100% decentrale selectie door de universiteiten²⁷, over te nemen.
- Er zijn signalen van werkloosheid onder jonge opgeleide medisch specialisten²⁸. Uit de gespreksronde maken wij op dat deze werkloosheid voor een deel wordt veroorzaakt door onzekerheid over de invoering van integrale tarieven 2015 en de effecten daarvan op de positie van de vrijgevestigd medisch specialist. Een ander element dat hier een rol in kan spelen is het beheersmodel medisch specialisten, dat de toetreding van nieuwe specialisten belemmert. Maar ook bij de UMC's, waar specialisten uitsluitend in loondienst zijn, geldt op dit moment een vacaturestop. Dit gegeven, in combinatie met het feit dat dit niet lijkt samen te gaan met wachtlijsten, kan erop duiden dat er op dit moment geen tekort aan medisch specialisten (waaruit vervolgens een sterke machtspositie zou kunnen resulteren) lijkt te bestaan.
- De markt voor medisch specialisten verandert bovendien als gevolg van de invloed van de zorgverzekeraar. Het is de zorgverzekeraar die bepaalt of en waar er behoefte is aan bepaalde vormen van zorg.
- Ontwikkeling naar meer specialisten in loondienst. In de gespreksronde die wij hebben gehouden hebben we van diverse partijen gehoord dat er een ontwikkeling gaande is waarbij (aankomende) specialisten vaker kiezen²⁹ voor een loondienstverband. Hiermee vindt een impliciete verschuiving richting het model van integrale tarieven plaats; immers voor de loondienstsituaties geldt feitelijk al het integrale tarief.

Verdeelafspraken honoraria

Binnen het beheersmodel voor vrijgevestigd medisch specialisten zijn verdeelafspraken voor de verdeling van honorariumopbrengsten onder de deelnemende specialisten aan een collectief verplicht. We zien dat er op grote schaal voor de vorming van collectieven is gekozen en dus voor het maken van verdeelafspraken.

De verdeelafspraken houden in dat honorariumopbrengsten niet meer één op één mogen worden doorgesluisd naar de specialist die het betreffende zorgproduct levert. Hiermee verliest generieke tariefregulering voor het honorariumdeel per zorgproduct aan betekenis en effectiviteit.

Uit onze enquête onder instellingsbestuurders en medische staven blijkt dat een grote meerderheid van de respondenten ook na de overgang op integrale tarieven een intern verdeelmodel wil blijven hanteren³⁰.

Lokale verschillen

Lokale verschillen, bijvoorbeeld in de hierboven genoemde verdeelafspraken binnen collectieven, of in de verhouding tussen het aantal specialisten in loondienst en vrije vestiging, maken dat generieke

²⁶ Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, 17 februari 2012, MEVA/U-3104547

²⁷ Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden, 2010

²⁸ NRC Handelsblad, Vroeger hadden zij zó werk en een stevig salaris, 30 april 2013
Medisch Contact, Werkloosheid bij elf specialismen, 25 mei 2013

²⁹ In de praktijk is er niet altijd een vrijwillige keuze tussen een dienstverband of vrije vestiging, maar wordt uitgegaan van bestaande structuren binnen het ziekenhuis,

³⁰ Rapportage vragenlijst integrale tarieven; zie www.nza.nl

tariefreguleringsmaatregelen voor het specialistenhonorariumdeel te grofmazig en ondoelmatig zijn om onevenwichtige machtsverhoudingen te corrigeren.

5. Machtsverhoudingen in relatie tot de publieke belangen

In het advies hebben we aangegeven dat we de machtsverhoudingen tussen ziekenhuisorganisatie en vrijgevestigd medisch specialisten als intern organisatievraagstuk beschouwen. Ziekenhuis en specialisten hebben een gezamenlijk belang om samen een sterke positie ten opzichte van de zorgverzekeraar te vormen. Slechts in uitzonderingssituaties, waarin dat gezamenlijk belang er niet is, zoals bijvoorbeeld bij de instelling overstijgende maatschappen, kunnen we de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuis niet als een intern organisatievraagstuk zien.

Daarnaast hebben we aangegeven dat we het declaratierecht om het integrale tarief aan de zorgverzekeraar of patiënt te declareren, uitsluitend aan de toegelaten instelling willen toekennen. Hiermee wordt de medisch specialist in feite een toeleverancier van het ziekenhuis.

Hieronder lichten we toe dat we geen directe relatie kunnen leggen tussen de machtsverhoudingen tussen specialisten en ziekenhuis en de publieke belangen.

Ten eerste kunnen we geen algemene uitspraken doen over de machtsverhoudingen tussen ziekenhuis en (vrijgevestigd) medisch specialisten. Ten tweede is, mede vanwege de keuze om de vrijgevestigd medisch specialist alleen 'aan' het ziekenhuis te laten declareren, het effect van de machtsverhouding tussen ziekenhuis en specialisten op de publieke belangen een tweede orde effect.

5.1 Geen algemene uitspraken over machtsverhoudingen

We kunnen geen algemene uitspraken doen over de machtsverhouding tussen vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuizen, om de volgende redenen:

5.1.1 Lokale verschillen

De interne machtsverhouding kan (en zal) lokaal sterk verschillen. De lokale verhouding tussen het ziekenhuis en de medisch specialist(en) kan verschillen, waarbij ook nog tussen maatschappen lokaal verschillende machtsposities kunnen bestaan. Factoren die van invloed zijn op de onderlinge machtsverhouding zijn het zorgportfolio, de schaalgrootte, concentratie van aanbod, en invloed van de verzekeraar.

5.1.2 Specialisten in dienstverband

De machtspositie hangt ook sterk af van de betrekkingvorm (loondienst of vrijgevestigd) van de specialisten. Specialisten in dienstverband krijgen geen andere machtspositie als gevolg van het integrale tarief. Bij een eventuele toets naar de machtspositie van een specialisme zou dus ook onderscheid gemaakt dienen te worden naar specialisten in vrije vestiging en dienstverband. Dit is een onuitvoerbaar exercitie.

5.1.3 Machtspositie op het niveau van het collectief

Op dit moment zijn de onderliggende maatschappen in veel gevallen vertegenwoordigd in een collectief. Binnen het collectief worden verdeelafspraken gemaakt over de honorariumomzet. In dat geval is de machtspositie van de individuele maatschap niet van doorslaggevend belang in de onderhandelingen, maar is de machtsverhouding tussen het collectief en het ziekenhuisbestuur bepalend voor de hoogte van het honorariumtarief per product. Uit onze enquête onder instellingsbestuurders en medische staven blijkt dat een grote meerderheid van de respondenten ook na de overgang op integrale tarieven een intern verdeelmodel wil blijven hanteren³¹. Dit maakt het overbodig om op specialismenniveau naar het criterium 'machtspositie' te kijken.

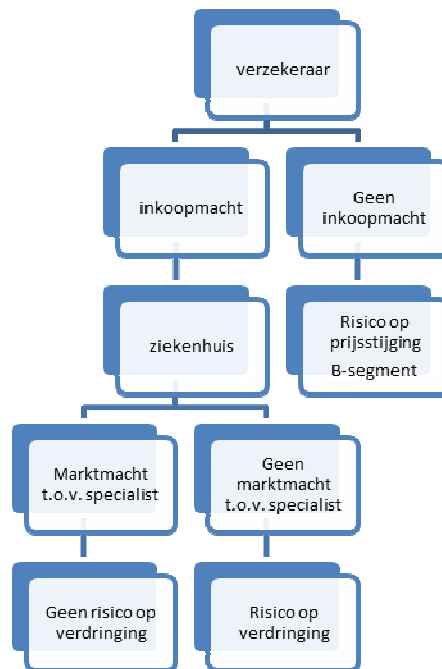
Deze argumenten sluiten aan bij ons uitgangspunt dat binnen het systeem van integrale bekostiging het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf beschouwd moet worden als de zorgaanbieder waar de (generieke) regulering zich op richt.

5.2 Effecten op de publieke belangen

Hieronder lichten we toe hoe de machtsverhoudingen tussen ziekenhuis en medisch specialisten in specifieke situaties slechts indirect van invloed kunnen zijn op de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid.

5.2.1 Effect op de betaalbaarheid

Aan de hand van het volgende schema geven we een toelichting op de effecten van de verschillende machtsverhoudingen tussen (vrijgevestigd) medisch specialisten en het ziekenhuis, en tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar.



Een eventuele machtspositie van specialisten richt zich primair op het ziekenhuis. In het geval dat die leidt tot een hoger honorariumdeel per

³¹ Rapportage vragenlijst integrale tarieven; zie www.nza.nl

zorgproduct hoeft dit niet per definitie te betekenen dat het ziekenhuis dit één op één kan doorberekenen aan de verzekeraar. Op het moment dat de totale prijs per zorgproduct niet verandert, is er ook geen effect op de publieke belangen.

Indien een medisch specialist een machtspositie ten opzichte van het ziekenhuis heeft, heeft dit op de tarieven in de verschillende segmenten de volgende effecten:

In het vrije segment beïnvloedt eventuele marktmacht van de medisch specialist de onderhandelingen over het integrale tarief op twee niveaus. Door opwaartse druk van de medisch specialist kan de totale integrale prijs waarover met de verzekeraar onderhandeld wordt hoger uitvallen (risico op prijsstijging). Naast de verzekeraar, kan de marktmacht ook effecten hebben op het aandeel van het tarief voor het ziekenhuisbestuur (verdringingseffect). Met het afschaffen van de deelregulering is de harde knip namelijk verdwenen. Het is echter de vraag of het ziekenhuis de marktmacht van de medisch specialist één op één kan doorvertalen naar de zorgverzekeraar. Op basis van de reacties op onze vragenlijst veronderstellen wij dat dit over het algemeen niet het geval is. Uit de vragenlijst blijkt namelijk dat de medisch specialisten vooral de marktmacht van de verzekeraar vrezen. Ook verwacht het merendeel van de respondenten dat de invoering van integrale tarieven een neutraal effect heeft op de tariefhoogte³².

In het gereguleerde segment beïnvloedt eventuele marktmacht van de medisch specialist de onderhandelingen over het integrale tarief op één niveau. Door opwaartse druk van de medisch specialist kan dit effect hebben voor de onderlinge verdeling tussen de medisch specialist en het ziekenhuisbestuur (verdringingseffect). De verzekeraar ondervindt hier geen hinder van, aangezien het totale integrale tarief gemaximeerd is.

5.2.2 Effect op de kwaliteit

Hierboven hebben we het verdringingseffect bij het ziekenhuis geschetst dat kan optreden als de specialist een machtspositie ten opzichte van het ziekenhuis uitoefent. Het verdringingseffect is een tweede orde effect wanneer het gaat om de publieke belangen. Een mogelijk gevolg van het verdringingseffect kan zijn dat de kwaliteit bij een specifieke instelling waar dit effect optreedt, hieronder lijdt. Het feit dat bij een specifieke instelling de kwaliteit achteruit gaat, betekent nog niet dat de publieke belangen in het geding zijn. Het gaat hier in eerste instantie om het belang van de instelling. Om goed te kunnen concurreren op kwaliteit is het van belang dat ziekenhuis en medisch specialisten er gezamenlijk voor zorgen dat het verdringingseffect niet optreedt.

5.2.3 Effect op de toegankelijkheid

Een eventuele machtspositie van de specialist ten opzichte van het ziekenhuis kan een effect hebben op de toegankelijkheid van zorg als specialisten onafhankelijk van het ziekenhuis kunnen bepalen op welke locatie zij welke zorg aanbieden. Dit risico is benoemd in de analyse van regiomaatschappen door iBMG³³. Hierbij ontstaat een risico op 'uitholling' van het ziekenhuis. Ook hier geldt dat dit allereerst het belang van de instelling schaadt. Of er ook een effect is op de publieke belangen hangt af van de aanwezigheid van alternatief aanbod in de regio.

³² Rapportage vragenlijst integrale tarieven; zie www.nza.nl

³³ iBMG rapport Instellingsoverstijgende maatschappen, huidige ontwikkelingen, mogelijke gevolgen en de aanpak van eventuele mededingingsproblemen (26 maart 2013)