

**CTG / ZAio**

# **Visiedocument ziekenhuiszorg**

**Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment**

**Februari 2005**



# Inhoud

<b>VOORAF .....</b>	<b>5</b>
<b>MANAGEMENTSAMENVATTING.....</b>	<b>7</b>
<b>1. INLEIDING .....</b>	<b>15</b>
1.1 Aanleiding.....	15
1.2 Doelstelling.....	15
1.3 Afbakening.....	16
1.4 Toelichting begrippen .....	17
1.5 Opbouw visiedocument.....	17
<b>2. BIJZONDERE KENMERKEN VAN DE ZIEKENHUISZORG .....</b>	<b>19</b>
2.1 Inleiding.....	19
2.2 Het doel van ordeningsprincipes in de ziekenhuiszorg.....	19
<b>3. BESTAANDE INSTRUMENTEN EN RELEVANTE WETGEVING .....</b>	<b>23</b>
3.1 Bestaande instrumenten .....	23
3.2 Overige relevante wetgeving.....	29
<b>4. VOLDOENDE AANBIEDERS.....</b>	<b>35</b>
4.1 Inleiding.....	35
4.2 Huidige aanbod zorgaanbieders en zorgverzekeraars.....	35
4.3 Schaal- en scopevoordelen zorgaanbieders .....	36
4.4 Toetredingsdrempels zorgaanbieders.....	38
4.5 Horizontale fusies.....	49
4.6 Verticale integratie .....	51
4.7 Aanbevelingen per partij .....	55
<b>5. OVERSTAPMOGELIJKHEDEN .....</b>	<b>57</b>
5.1 Inleiding.....	57
5.2 Overstapkosten .....	58
5.3 Transparantie in de zorg .....	63
5.4 Aanbevelingen per partij .....	70

<b>6.</b>	<b>ANTI-COMPETITIEVE GEDRAGINGEN.....</b>	<b>73</b>
<b>6.1</b>	<b>Inleiding.....</b>	<b>73</b>
<b>6.2</b>	<b>Excessieve prijzen.....</b>	<b>74</b>
<b>6.3</b>	<b>Roofprijzen/ongewenste kruissubsidiëring.....</b>	<b>77</b>
<b>6.4</b>	<b>Prijdiscriminatie.....</b>	<b>80</b>
<b>6.5</b>	<b>Concurrentiebeperkende contractvoorwaarden.....</b>	<b>82</b>
<b>6.6</b>	<b>Inkoopmacht verzekeraars .....</b>	<b>84</b>
<b>6.7</b>	<b>Samenwerking .....</b>	<b>86</b>
<b>6.8</b>	<b>Aanbevelingen per partij .....</b>	<b>94</b>
<b>7.</b>	<b>MONITOREN MARKTONTWIKKELINGEN.....</b>	<b>97</b>
<b>7.1</b>	<b>Keuze monitoronderwerpen .....</b>	<b>97</b>
<b>7.2</b>	<b>Type analyses.....</b>	<b>98</b>
<b>7.3</b>	<b>De baten van monitoren .....</b>	<b>99</b>
<b>7.4</b>	<b>Benodigde informatie .....</b>	<b>99</b>
<b>7.5</b>	<b>Aanbevelingen en afspraken per partij .....</b>	<b>101</b>
<b>BIJLAGE 1</b>	<b>AFKORTINGEN.....</b>	<b>103</b>
<b>BIJLAGE 2</b>	<b>OVERZICHT CLUSTERS VAN DBC's IN B-SEGMENT ZIEKENHUISZORG.....</b>	<b>105</b>
<b>BIJLAGE 3</b>	<b>HUIDIGE INITIATIEVEN OMTRENT HET METEN VAN KWALITEIT .....</b>	<b>107</b>

## VOORAF

Dit Visiedocument ziekenhuiszorg bevat de visie van het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) op de benodigde instrumenten en condities voor het bevorderen van concurrentie in het B-segment van de ziekenhuiszorg. Het visiedocument is de resultante van literatuuronderzoek en een intensieve consultatie die CTG/ZAio heeft uitgevoerd in het laatste kwartaal van 2004. Startpunt van de consultatieprocedure was het Consultatiedocument ziekenhuiszorg, dat begin september 2004 werd voorgelegd aan de direct en indirect betrokken partijen. Het Consultatiedocument ziekenhuiszorg bevat een analyse van en aanbevelingen voor concurrentie in een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenoemde B-segment, waar vanaf 1 februari 2005 vrije prijzen gaan gelden. Overheidsinstellingen, wetenschappers, brancheorganisaties en marktpartijen in de zorg werd gevraagd op de analyses in het consultatiedocument te reageren en hun kennis en deskundigheid in te zetten voor een optimale voorbereiding op de introductie van vrije prijsvorming in het B-segment van de ziekenhuiszorg. Het resultaat is dit visiedocument.

Het visiedocument beoogt op de eerste plaats inzicht te geven in de manier waarop CTG/ZAio (overgangs)problemen gaat aanpakken die zich vanaf 2005 op het vlak van concurrentiebeperkingen manifesteren. Dit visiedocument concentreert zich op het belangrijke overgangsjaar 2005. In dit jaar zal zowel de sector als de toezichthouder ervaring opdoen met de nieuwe concurrentieverhoudingen. Het toezicht wordt nog op basis van de aangepaste WTG, de zogenoemde WTG ExPres, uitgevoerd. Bij het toezicht op het B-segment zijn er raakvlakken met de zorgverzekeringsmarkt en de rol van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt. Op dit gebied wordt samengewerkt met het CTZ.

In 2006 zullen CTG/ZAio en het CTZ overgaan in de Zorgautoriteit. Naar verwachting zal dan ook de Wet marktordening gezondheidszorg van kracht zijn, waarmee de Zorgautoriteit naar het zich laat aanzien taken en bevoegdheden krijgt die meer zijn toegespitst op concurrentiebevordering. Concurrentieproblemen die zich vanaf 2006 kunnen voordoen, zullen vergelijkbaar zijn met de in dit document geanalyseerde problemen de aanpak en instrumentatie kunnen vanaf 2006 echter beter worden toegespitst op de bevordering van concurrentie. CTG/ZAio houdt betrokkenen van de ontwikkelingen op de hoogte.

Daarbij krijgt de Zorgautoriteit, naast het sectorspecifieke toezicht op de zorgmarkten, tevens tot taak toezicht te houden op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de ziektekostenverzekeraars, het zogenoemde gedragstoezicht op ziektekostenverzekeraars en het toezicht op de AWBZ.

Het consultatieproces dat aan dit Visiedocument ziekenhuiszorg ten grondslag ligt, is constructief en bevredigend verlopen. Veel dank is verschuldigd aan de partijen die de moeite hebben genomen schriftelijk en mondeling te reageren. Met de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie voor Universitaire en Medische Centra (NFU) is eind 2004 intensief ambtelijk en bestuurlijk overleg gevoerd. Op vele punten heeft dit een verheldering en convergentie van analyses en standpunten opgeleverd. Ook de resultaten van dit overleg vindt u in de achterliggende tekst terug. Voor de constructieve samenwerking, met name met de laatstgenoemde organisaties, heeft CTG/ZAio veel waardering. Dit laat onverlet dat de zienswijze in dit rapport die van CTG/ZAio is en niet noodzakelijk op alle punten hoeft te stroken met de zienswijze van andere partijen.

Het Consultatiedocument en het Visiedocument ziekenhuiszorg zullen door andere worden gevolgd. Telkens wanneer er een belangrijke stap wordt gezet op het gebied van monitoring en toezicht in de gezondheidszorg, zal CTG/ZAio de betrokkenen consulteren over de aanpak. De belangen van de

sector zijn immers groot, zowel direct als indirect wat betreft de administratieve belasting die met de voorgenomen toezichtactiviteiten samenhangt. Vanwege de complexe en weerbarstige materie, is het goed om betrokkenen zo veel mogelijk te raadplegen. Onderwerpen waarover in de nabije toekomst consultatieprocedures zijn te verwachten, zijn: de liberalisering van delen van de fysiotherapie en de opheffing van de contracteerplicht in de extramurale AWBZ-zorg.

De hoofdlijnen van de bevindingen in dit Visiedocument ziekenhuiszorg staan in de volgende paragraaf: de managementsamenvatting.



mr. F.H.G. de Grave,  
voorzitter CTG/ZAio

## MANAGEMENTSAMENVATTING

### Kern toezichtvisie CTG/ZAio 2005

Het toezicht van CTG/ZAio op het B-segment van de ziekenhuiszorg kent in het jaar 2005 vier speerpunten:

- *informatie over nieuwe spelregels;*
- *ondersteuning van activiteiten om de transparantie te verbeteren.;*
- *monitoring van de marktontwikkelingen;*
- *indien nodig: interventie om de markt goed te laten werken.*

Allereerst komen in deze paragraaf de vier speerpunten kort aan de orde. Aansluitend volgt een korte toelichting op de samenhang tussen het B-segment en andere delen van de zorg. Ontwikkelingen in het B-segment hangen immers nauw samen met die in het A-segment van de ziekenhuiszorg, maar ook zaken als het kwaliteitsbeleid en het bouwregime zijn van invloed op de concurrentieontwikkelingen in het B-segment. Ten slotte komt kort de relatie aan bod tussen CTG/ZAio en andere spelers in het veld, zoals de NMa, het CTZ en het Ministerie van VWS, die elk op hun terrein een belangrijke rol spelen met betrekking tot de concurrentie in het B-segment.

### Speerpunten toezichtvisie CTG/ZAio 2005

#### Informatie over nieuwe spelregels

De transitie van vaste tarieven naar vrije prijzen is ingrijpend. Het is daarom onwaarschijnlijk dat de markt van meet af aan goed zal werken, ook al is voldaan aan de belangrijkste voorwaarden voor marktwerking (de mogelijkheid van vrije toetreding, overstappen en geen anti-competitief gedrag). Verzekeraars, zorginstellingen en patiënten moeten wennen aan hun nieuwe rol en aan de nieuwe spelregels voor concurrentie. Om marktwerking te bevorderen, is het daarom van belang de sector gedegen te informeren over de spelregels en de mogelijkheden die de marktwerking hun biedt. Hier ligt een gezamenlijke taak voor het CTG/ZAio en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)<sup>1</sup>.

Met dit Visiedocument ziekenhuiszorg is een eerste stap gezet in het voorlichtingsproces. Verder zal CTG/ZAio in 2005 veel aandacht besteden aan presentaties en bilaterale mondelinge uitleg van de spelregels. Bovendien is er inmiddels een themasite<sup>2</sup> waarmee CTG/ZAio samen met VWS en de NMa, recente informatie biedt. En ten slotte heeft CTG/ZAio op 6 januari 2005 een informatielijn<sup>3</sup> geopend waar iedereen met vragen terecht kan. De opzet is de vele verwachte vragen over de introductie van marktwerking snel te beantwoorden.

<sup>1</sup> In 2004 heeft de NMa reeds enkele visiedocumenten gepubliceerd die ingaan op de concurrentiemogelijkheden in de ziekenhuissector en op de AWBZ-zorgmarkt; deze zijn te vinden via [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl).

<sup>2</sup> 'Nieuwe tijden, andere regels' bereikbaar via [www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl)

<sup>3</sup> Deze informatielijn is te bereiken via telefoonnummer 0900-7707070 (€ 0,05 per minuut). Vragen per e-mail kunnen gesteld worden via [informatielijn@ctg-zaio.nl](mailto:informatielijn@ctg-zaio.nl).

### Bevordering transparantie

In het belang van patiënten verplicht CTG/ZAio zorginstellingen een standaardprijslijst te publiceren. Die lijst bevat standaardprijzen die de instelling in rekening brengt aan patiënten van wie de zorgverzekeraar geen contract met de desbetreffende zorginstelling heeft gesloten. Daarnaast moeten de zorginstellingen hun standaardprijslijst ook naar CTG/ZAio sturen. Deze standaardprijslijsten zullen op de CTG/ZAio-site op gestandaardiseerde, en daarmee op onderling vergelijkbare wijze worden gepubliceerd.

Om concurrentie van de grond te laten komen moeten marktpartijen over informatie kunnen beschikken waarmee de kwaliteit van de dienstverlening op waarde kan worden geschat. Ook toezichthouders hebben informatie over kwaliteit nodig, met name om prijsniveaus en prijsverschillen te kunnen verklaren wanneer zich daar geschillen over voordoen. Tot op heden is in de zorg echter onvoldoende informatie over de kwaliteit aanwezig. Het is vooral de IGZ die zich op informatie over de kwaliteit en kwaliteitsbewaking richt. Maar ook andere organisaties zoals het CTZ, de Consumentenbond en zakelijke partijen zijn op dit terrein actief. CTG/ZAio ondersteunt initiatieven die de transparantie voor consumenten vergroten van harte en werkt daar in sommige gevallen, zoals in het geval van de RIVM-Zorgportal, actief aan mee. Bij het toezicht op concurrentie is het belangrijk dat kwaliteitsgegevens vergelijkbaar en objectief zijn. In dit kader is vooral het onlangs gestarte onderzoek naar aandoeningsspecifieke gerelateerde kwaliteitsindicatoren van ZonMw een beloftevol initiatief dat CTG/ZAio ondersteunt. Indien de ontwikkeling en implementatie van de indicatoren via ZonMw goed verloopt, zal CTG/ZAio zelf geen initiatieven ontplooien om de transparantie van kwaliteit in de zorg te verbeteren.

### Monitoring van marktontwikkelingen

VWS heeft CTG/ZAio ook de taak gegeven om de ontwikkelingen in de zorgmarkt te monitoren. Vooral in de transitieperiode is dit van groot belang. Het is immers moeilijk te voorspellen hoe concurrentie zich zal ontwikkelen. Door te monitoren, blijkt in hoeverre de markt uit zichzelf goed werkt en de publieke belangen worden geborgd (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Als uit de monitor blijkt dat de markt (op onderdelen) toch niet goed werkt, kan CTG/ZAio besluiten om in te grijpen in de markt. Momenteel werkt CTG/ZAio aan een beleidsregel die het mogelijk maakt om in te grijpen bij te hoge en bij te lage prijzen. Bij te lage prijzen moet gedacht worden aan prijzen die bedoeld zijn om (potentiële) concurrenten schade toe te brengen en eventueel te elimineren of toetreding te voorkomen. Dit soort prijzen kan tot gevolg hebben dat de concurrentie wordt beperkt. Monitoring kan ook duidelijk maken of de mededinging anderszins wordt beperkt en of daarom aanvullende beleidsregels wenselijk zijn op basis waarvan CTG/ZAio kan ingrijpen. Hier kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de mededingingsbeperkende gevolgen van inkoopmacht of van verticale integratie. Ook andere organisaties hebben profijt van de monitor. Zo krijgt VWS en daarmee het parlement zicht op de effecten van marktwerking en kan de NMa de bevindingen uit de monitor gebruiken voor toepassing van de Mededingingswet.

In de brief aan de Tweede Kamer over de Zorgautoriteit (september 2004) heeft VWS concreet beschreven hoe CTG/ZAio zijn monitoringstaak moet invullen. VWS wil via monitoring inzicht krijgen in:

- het presteren van verschillende deelmarkten in termen van prijzen, hoeveelheden en prijs-kwaliteitsverhoudingen;

- de mate waarin per deelmarkt is voldaan aan voorwaarden voor goede marktwerking (bijvoorbeeld met betrekking tot transparantie);
- de mate waarin ondernemingen zich schuldig maken aan marktbederf met het oogmerk (potentiële) concurrentie te weren (bijvoorbeeld kartelvorming en machtsmisbruik via dumping, koppelverkoop, exclusieve contracten et cetera);
- de gevolgen van marktwerking voor de efficiëntie (effecten op bijvoorbeeld de kostprijzen).

#### *Afspraken NVZ/NFU*

Om de monitortaken te kunnen vervullen, heeft CTG/ZAio informatie van zorgaanbieders nodig. Met de NVZ en de NFU is afgesproken dat CTG/ZAio in 2005 van alle instellingen representatieve en kwalitatief verantwoorde kostprijsinformatie krijgt (alleen ten behoeve van monitoren, niet ten behoeve van interventie). Voor de monitoringstaak is betrouwbare kostprijsinformatie nodig over het hele segment waar vrije prijsvorming geïntroduceerd zal worden. Dit wordt nog nader uitgewerkt. Om de bruikbaarheid van deze informatie te vergroten, is het wenselijk dat instellingen in elk geval vanaf 2006 uniforme kostentoe rekeningsprincipes hanteren. CTG/ZAio start hiertoe in 2005 samen met instellingen en hun representatieve organisaties een werkgroep. Daarbij geldt als uitgangspunt dat de belasting en de beperking van de sector in verhouding moeten staan met de doelstelling van het hanteren van uniforme kostentoe rekeningsprincipes. Daarnaast is het belangrijk dat betere informatie over de kwaliteit van zorg publiek beschikbaar komt. Dat geldt ook voor informatie over contractvoorwaarden.

Wanneer na verloop van tijd uit de monitor blijkt dat de markt goed werkt, kan de intensiteit van de monitor (en daarmee de hoeveelheid informatie en de frequentie waarmee die wordt gevraagd) worden teruggebracht. Geen enkele partij, óók de Zorgautoriteit niet, heeft belang bij een onnodige administratieve belasting van de sector (en de toezichthouder).

#### Interventie

VWS heeft CTG/ZAio ten slotte de taak gegeven om te interveniëren wanneer de markt niet goed werkt en andere middelen niet geholpen hebben<sup>4</sup>. Voor de invulling van die interventietaak is CTG/ZAio verantwoordelijk. Daartoe heeft CTG/ZAio een risico-analyse gemaakt en de bevindingen via het consultatiedocument aan partijen voorgelegd. De bevindingen zijn de volgende:

Op grond van onderzoek en jurisprudentie over mededinging in de ziekenhuiszorg, lijkt het aannemelijk dat de markt in het B-segment goed kan werken. Dat is op zich niet verwonderlijk, omdat bij de keuze van DBC's rekening is gehouden met en uit is gegaan van de criteria voor een goede marktwerking (onder andere planbare zorg en vrije toetreding van aanbieders). De nadruk bij CTG/ZAio ligt in deze startperiode op voorlichting, advisering, bevordering van transparantie en mogelijk interventie op deelterreinen (zie hierna). De Mededingingswet, uitgevoerd door de NMa, lijkt naar de huidige inzichten in de meeste gevallen voldoende handvat te bieden om eventueel resterend mededingingsbeperkend gedrag in het B-segment aan te pakken. Dit geldt echter niet automatisch voor de zorgsector in het algemeen. Wanneer het B-segment in de toekomst wordt uitgebreid met DBC's die niet of niet geheel aan deze criteria voldoen, is waarschijnlijk een grotere interventierol van CTG/ZAio nodig om concurrentie te bevorderen. Ook wanneer in de toekomst vrije prijzen gelden in andere deelsectoren zoals de AWBZ en de eerstelijnszorg, is waarschijnlijk een grotere interventierol van CTG/ZAio wenselijk om concurrentie mogelijk te maken.

<sup>4</sup> Zoals opgenomen in de bijlage van de brief over de Zorgautoriteit van de Minister van VWS aan de eerste en Tweede Kamer van september 2004

Uit de analyse van prijsconcurrentie in het B-segment blijkt dat CTG/ZAio bij twee anti-competitieve gedragingen actief moet kunnen ingrijpen in de markt: ten eerste als zorginstellingen met een economische machtspositie te hoge prijzen hanteren en ten tweede als zij te lage prijzen (roofprijzen) hanteren. Deze anti-competitieve gedragingen komen naar verwachting vaker voor dan andere anti-competitieve gedragingen en kunnen grotere schade toebrengen aan concurrentie en aan de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Om ingrijpen bij te hoge prijzen en te lage prijzen mogelijk te maken is een beleidsregel nodig op grond van de WTG. Uitgangspunt is dat CTG/ZAio zich terughoudend zal opstellen. Waar mogelijk zullen overtredingen worden aangepakt via een informele aanwijzing. Indien het onvermijdelijk is, bijvoorbeeld omdat een informele aanwijzing niet wordt opgevolgd, zal CTG/ZAio niet schromen om juridische stappen te ondernemen.

Uit de consultatieronde blijkt ook de noodzaak van concurrentiebevordering op de zorgverzekeringsmarkt. Op grond van de WTG heeft CTG/ZAio hiertoe geen bevoegdheden. Dit verandert naar verwachting wanneer in 2006 de Wet marktordening gezondheidszorg in werking treedt. Tussen 2005 en 2006 zal CTG/ZAio wel intensief contact houden met het CTZ en de NMa om de marktontwikkelingen te volgen.

CTG/ZAio wil de marktpartijen waar mogelijk vrij laten werken. Door middel van beleidsregels over te hoge en te lage prijzen en de standaardprijzlijst informeert CTG/ZAio de marktspelers vooraf duidelijk over de spelregels en de gevolgen van overtreding daarvan. Duidelijkheid bevordert immers de concurrentie.

### **Samenhang tussen het B-segment en andere delen van de zorg**

Dit visiedocument betreft het B-segment van de ziekenhuiszorg, waarvoor vanaf 1 februari 2005 vrije prijzen gelden. Instellingen die deze zorg aanbieden, zijn meestal ook actief in delen van de zorg waarvoor nog vaste tarieven gelden (het A-segment van de ziekenhuiszorg). Bovendien werken ze vaak samen met andere instellingen die zorg aanbieden waarvoor vaste tarieven gelden (bijvoorbeeld ketensamenwerking). De werking van de markt in het B-segment wordt derhalve beïnvloed door de regels en afspraken in de overige delen van de zorg. Bij aanbevelingen over wet- en regelgeving, waarvoor over het algemeen VWS verantwoordelijk is, vormt de invalshoek voor CTG/ZAio de concurrentie in het B-segment. Vanwege de wisselwerking tussen het A- en B-segment van de ziekenhuiszorg bevat het visiedocument onder andere aanbevelingen ten aanzien van beleid voor instellingen in financiële problemen en het invoeren van maatstafconcurrentie in het A-segment. Tabel 1 bevat een compleet overzicht van de aanbevelingen.

### **Rol andere organisaties**

#### NMa

De NMa en CTG/ZAio trekken bij het toezicht op het B-segment samen op: CTG/ZAio en de NMa verstrekken elkaar bijvoorbeeld informatie, om de effectiviteit van het toezicht te vergroten. CTG/ZAio en de NMa gaan tevens samen de sector informeren over de spelregels. Na instelling door CTG/ZAio van de beleidsregel aangaande te hoge en te lage prijzen hebben CTG/ZAio en de NMa samenlopende bevoegdheden. In dat geval is CTG/ZAio primair aan zet. Kan of wil CTG/ZAio niet optreden, dan behoudt de NMa formeel de bevoegdheid de Mededingingswet in te zetten. Op

gebieden waar geen formele samenloop van bevoegdheden is, met name op het gebied van concentratiecontrole (fusies en overnames) en bij het opsporen en vervolgen van kartels, zal CTG/ZAio in de NMA-procedure betrokken worden. Om de taakverdeling tussen de organisaties te regelen, wordt een samenwerkingsprotocol opgesteld. Dit samenwerkingsprotocol zal in het eerste kwartaal van 2005 gepubliceerd worden. Dit protocol wordt aangepast zodra in vanaf 2006 de de nieuwe Wet marktordening gezondheidszorg in werking treedt en de bevoegdheden van CTG/ZAio op grond daarvan wijzigen.

### VWS

Op grond van de brief van het Ministerie van VWS van 21 november 2003 aan de Tweede Kamer<sup>5</sup> dient CTG/ZAio de Minister van VWS te adviseren om in te grijpen in de marktstructuur waar dat nodig is om concurrentie te bevorderen. Uit de analyse in dit visiedocument blijkt dat reeds veel beleidsveranderingen van VWS gericht zijn op concurrentiebevordering. VWS kan de concurrentie verder bevorderen door resterende toetredingsdrempels voor zorgaanbieders te verlagen, bijvoorbeeld door verruiming van de opleiding en toetreding van nieuwe medisch specialisten. Daarnaast blijkt uit de analyse dat VWS mogelijkheden heeft om de concurrentie te bevorderen via extra prikkels, bijvoorbeeld door toe te staan dat zorginstellingen naar winst streven. Een compleet overzicht is in tabel 1 opgenomen. Daarin staan ook aanbevelingen voor instellingen die minder rechtstreeks de concurrentievoorwaarden bepalen, maar waarvan toch een zeker concurrentiebeperkend effect uitgaat.

### CTZ

In 2006 zullen CTG/ZAio en het CTZ overgaan in de Zorgautoriteit. Beide organisaties zijn momenteel bezig met het voorbereiden van de integratie. Om voor de periode tot de oprichting van de Zorgautoriteit de taakverdeling tussen het CTZ, CTG/ZAio en de NMa te regelen, wordt er een samenwerkingsprotocol opgesteld ter aanvulling op het samenwerkingsprotocol tussen CTG/ZAio en de NMa. Dit aanvullende samenwerkingsprotocol is van toepassing wanneer er bij de behandeling van mededingingsaangelegenheden sprake is van samenloop met de bevoegdheden van het CTZ.

---

<sup>5</sup> TK 2003-2004, 29324, Nr.1.

<b>TABEL 1</b>	<b>§</b>	<b>Bestaande instrumenten</b>	<b>Conclusie</b>
<b>BELEIDSVOORNEMENS CTG/ZAio</b>			
Onderhandeling op DBC-niveau?	3.2	Minimale Dataset	Monitor of DBC's moeten worden gebundeld
Winststreven	4.4.1	ZFW, WZV/WTZi, WTV 1993	Monitoren (t.b.v. VWS, NMa en interventie CTG/ZAio) indien winststreven wordt toegelaten voor zorginstellingen
Toetreding medisch specialisten	4.4.3	Begroting VWS, Wet BIG, Privaatrechtelijke stichtingen	Onderzoeken mogelijkheden vergroten opleidingscapaciteit d.m.v. financiële prikkels
Contractuele relatie tussen medisch specialist vrij beroeps beoefenaar en ziekenhuis.	4.4.3	Privaatrechtelijke overeenkomsten	Relatie onderzoeken, afhankelijk van de resultaten van onderzoek door de NMa
Fusies	4.5	Mededingingswet	Monitoren (t.b.v. NMa , CTG/ZAio wordt betrokken in de procedure)
Verticale integratie	4.6	Mededingingswet	Monitoren (t.b.v. NMa, CTG/ZAio wordt betrokken in de procedure)
Transparantie kwaliteit van zorgaanbieders en zorgverzekeraars	5.3	WTG-Expres	Ondersteunen van initiatieven die erop gericht zijn de transparantie van de kwaliteit van zorg te verbeteren. Meer concreet ondersteunt CTG/ZAio de onderzoeken van ZonMw
Overstappen consumenten naar andere zorgverzekeraar	5.2	/	Onderzoek naar instrumenten om mogelijkheden te verbeteren voor consumenten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar
Uitleg spelregels mededinging	6.1	/	Sector informeren over Mededingingswet en beleidsregels WTG
Te hoge prijzen	6.2	Mededingingswet WTG ExPres	1. Beleidsregel maken die ingrijpen mogelijk maakt 2. Extra aandacht bij monitoren (t.b.v. interventie CTG/ZAio)
Roofprijzen/ te lage prijzen/ ongewenste kruissubsidiering	6.3	Mededingingswet WTG ExPres	1. Beleidsregel maken die ingrijpen mogelijk maakt 2. Extra aandacht bij monitoren (t.b.v. interventie CTG/ZAio) 3. Invoeren maatstafconcurrentie A-segment 4. Formuleren consistent beleid voor instellingen in financiële problemen
Prijdiscriminatie	6.4	Mededingingswet	Monitoren (t.b.v. NMa en overwegen rol CTG/ZAio)
Koppelverkoop door ziekenhuizen	6.5	Mededingingswet	Monitoren (t.b.v. NMa en overwegen rol CTG/ZAio)
Koppeling aanvullende verzekering – basispakket ziekenfonds	5.2	Ziekenfondswet Mededingingswet	1. Verbeteren transparantie van de aanvullende verzekeringsmarkt 2. Monitoren (tbv adviseren VWS)
Inkoopmacht	6.6	Mededingingswet	Monitoren (t.b.v. NMa en overwegen rol CTG/ZAio)
Specialisatieovereenkomsten	6.7.1	Mededingingswet	Monitoren (t.b.v. NMa en overwegen rol CTG/ZAio)
Doorverwijzen patiënten	6.7.1		Verbeteren transparantie kwaliteit medisch specialisten
Horizontale samenwerking voor kennisverspreiding en wetenschappelijk onderzoek	6.7.1	Mededingingswet	Monitoren (t.b.v. NMa, adviseren VWS en overwegen rol CTG/ZAio)
Arbitrage	6.7.3	LALO	Onderzoeken wenselijkheid arbitrage rol CTG/ZAio bij geschillen tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars
Verticale samenwerking voor Zorgvernieuwing en innovatie	6.7.3	Mededingingswet	Monitoren (t.b.v. NMa, adviseren VWS en overwegen rol CTG/ZAio)

<b>TABEL 1</b>	<b>§</b>	<b>Bestaande instrumenten</b>	<b>Conclusie</b>
Samenwerking	5.3.1 + H6		Samenwerkingsprotocol opstellen met de NMa en aanvullend samenwerkingsprotocol opstellen met de IGZ
Monitor	7.1	WTG	Concretiseren monitorwerkzaamheden
Monitor	7.2	WTG	Medio juni publicatie eerste monitorresultaten
Informatieverplichtingen	7.4.1	WTG	Samen met instellingen en hun vertegenwoordigende organisaties een werkgroep opstarten voor de ontwikkeling van kostentoerekeningsprincipes
Informatieverplichtingen	7.4.2	WTG	Aandacht voor de bijzondere positie van academische ziekenhuizen en ZBC's bij het opleggen van informatieverplichtingen, in de uitvoering van analyses en in de advisering aan VWS
Informatieverplichtingen	7.4.3	WTG	Administratieve lasten zo veel mogelijk beperken
<b>AANBEVELINGEN AAN VWS</b>			
Contracteerplicht	4.4.1	ZFW	Conform voornemen contracteerplicht opheffen voor het B-segment
Verbod op winst verzekeraars	4.4.2	ZFW, WTZ, WTV 1993	Conform voornemen toestaan winsttoegmerk
BTW-vrijstelling	4.4.2	Belastingwetgeving	Onderzoek doen naar de mogelijkheid om de BTW-vrijstelling te beperken tot werkelijke zorgproducten en -diensten
Toetreding medisch specialisten	4.4.3	Begroting VWS, Wet BIG, Privaatrechtelijke stichtingen	1. Verruiming opleiding en toetreding medisch specialisten 2. Heroverweging rol marktpartijen
Consumenten informeren over mogelijkheden en voordelen overstappen naar andere verzekeraar	5.2	/	Conform voornemen consumenten actief informeren over de mogelijkheden en voordelen van het overstappen naar een andere verzekeraar
Interne administratie zorgaanbieders: databeheer en toegankelijkheid patiëntgegevens	5.2	Kwaliteitswet, Zorginstellingen, WGBO	Verbeteren overdracht patiëntinformatie
Reclame uitingen van zorgaanbieders	5.3	Gedragsregels zorgaanbieders	Ontwikkelen randvoorwaarden (inclusief toezicht) voor reclame-uitingen van zorgaanbieders
Te hoge prijzen	6.2	Mededingingswet	Toetredingsdrempels verlagen indien hoge prijzen hierop zijn terug te voeren
Roofprijzen/ te lage prijzen/ ongewenste kruissubsidiering	6.3	Mededingingswet	Formuleren consistent beleid voor instellingen in financiële problemen
<b>AANBEVELINGEN AAN OVERIGE ORGANISATIES</b>			
Verschillende mogelijkheid om leningen te laten borgen	4.4.1	WfZ	Uitvoeren van de voorgenomen initiatieven (WfZ)
Contractuele relatie tussen medisch specialist-vrij beroepsbeoefenaar en ziekenhuis	4.4.3	Privaatrechtelijke overeenkomsten	Toetsen mogelijke strijd met Mededingingswet (NMa)

<b>TABEL 1</b>	<b>§</b>	<b>Bestaande instrumenten</b>	<b>Conclusie</b>
Sturen patiëntstromen	5.1	Zorgverzekeringswet Polisvoorwaarden	Ontwikkelen juiste prikkels om verzekerden te sturen naar voorkeursaanbieders (zorgverzekeraars)
Interne administratie zorgaanbieders: databeheer en toegankelijkheid patiëntgegevens	5.2	Kwaliteitswet Zorginstellingen WGBO	Verbeteren overdracht patiëntinformatie (CBP, IGZ)
Transparantie kwaliteit van zorgaanbieders en zorgverzekeraars	5.3		Realiseren transparantie van kwaliteit van zorgaanbieders en Zorgverzekeraars (IGZ, CTZ, CVZ, NPCF, Consumentenbond)
Informatievoorziening en kartelvorming	5.3	Mededingingswet	Criteria voor de uitwisseling en toegankelijkheid van informatie verduidelijken aan de hand van praktijkvoorbeelden (NMa)
Informatievoorziening naar verzekeraars	5.3	Private contracten	Om te stimuleren dat zorgaanbieders informatie leveren over kwaliteit kan een deel van de financiering van zorginstellingen worden gekoppeld aan de kwaliteit en volledigheid van de geleverde data (zorgverzekeraars)
Uitleg spelregels mededinging	6.1	Mededingingswet	Sector informeren over Mededingingswet (NMa)
Doorverwijzen patiënten	6.7.1		Verbeteren transparantie kwaliteit medisch specialisten (IGZ)
Zorgmakelaar	6.7.3	Mededingingswet	Toetsen mogelijke strijd met Mededingingswet (NMa)
Informatieverplichtingen	7.4.1	WTG	Alle instellingen leveren kostprijsinformatie aan
Informatieverplichtingen	7.4.1	WTG	Vanaf 2006 hanteren alle instellingen uniforme kostentoerekeningsprincipes. Voor de ontwikkeling van kostentoerekeningsprincipes start CTG/ZAio in 2005 samen met instellingen en hun vertegenwoordigende organisaties een werkgroep.

## **1. INLEIDING**

### **1.1 Aanleiding**

De zorgsector bevindt zich in de transitiefase van aanbodregulering naar meer vraaggerichte zorg in een systeem van gereguleerde marktwerking. Een van de stappen naar een vraaggerichter systeem is de invoering van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). Op 1 februari 2005 is de DBC-systematiek geïntroduceerd als nieuwe bekostigings- en financieringswijze voor de ziekenhuissector. Vanaf 1 februari 2005 geldt bovendien vrije prijsvorming in een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenoemde B-segment. Het B-segment beslaat ongeveer 10% van de totale ziekenhuiszorg. In dat segment gaan ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) met individuele zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren productie in termen van DBC's.

Dit visiedocument is geschreven ter voorbereiding van de taak van het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) om vanaf 1 februari 2005 toezicht te houden op het B-segment van de ziekenhuiszorg. Dit toezicht bestaat enerzijds uit het monitoren van de ontwikkelingen in de markt en anderzijds uit het zo nodig interveniëren om de concurrentie te bevorderen.

### **1.2 Doelstelling**

#### Rapport

Doelstelling van het rapport is te inventariseren welke instrumenten en condities nodig zijn om concurrentie in het B-segment te bevorderen onder borging van de publieke doelstellingen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid).<sup>6</sup> Op basis van de inventarisatie formuleert CTG/ZAio beleidsvoornemens. Uit de inventarisatie komen ook adviezen voort voor andere (overheids)instellingen (VWS, NMa, et cetera), voorzover hun activiteiten invloed hebben op concurrentie.

In dit visiedocument worden beleidsvoornemens geschetst voor het bevorderen van concurrentie in het B-segment. CTG/ZAio tracht met dit document duidelijkheid te scheppen voor marktpartijen. Het is evenwel denkbaar dat de voornemens als gevolg van reacties op het document, gerechtelijke uitspraken, of anderszins, uiteindelijk sterk gewijzigd in besluiten verwerkt zullen worden. Dit document heeft derhalve geen juridische status en is niet bindend voor CTG/ZAio.

Dit visiedocument is gebaseerd op literatuuronderzoek, een consultatie van alle relevante partijen, brainstorms en interviews met experts vanuit de sector, wetenschappelijke organisaties en de overheid.

Voor de consultatie van de partijen heeft CTG/ZAio begin september 2004 het Consultatiedocument ziekenhuiszorg gepubliceerd. Overheidsinstellingen, wetenschappers, brancheorganisaties en marktpartijen in de zorg werd gevraagd vanuit hun kennis en

---

<sup>6</sup> Paragraaf 6.2 bevat een toelichting van de term betaalbaarheid en paragraaf 5.3 licht de term kwaliteit toe. De term toegankelijkheid heeft betrekking op de toegang van patiënten tot zorg, dit is onder meer afhankelijk van de betaalbaarheid van zorg, wachtlijsten en de locatie waar zorg wordt geboden.

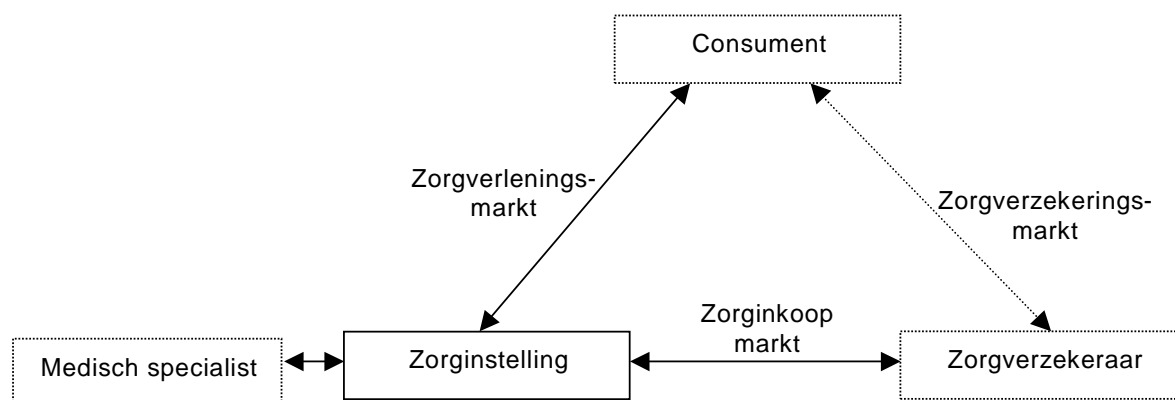
deskundigheid hierop te reageren. In de consultatie is gevraagd naar de juistheid van de bevindingen en de volledigheid van de inventarisatie van instrumenten en condities die van invloed zijn op concurrentie. Ook werd gevraagd naar concrete voorbeelden uit de praktijk die de analyses en conclusies bevestigen of weerleggen. Dit visiedocument vormt de weerslag van eigen onderzoek, de consultatie, de brainstormsessies en de interviews.

De brainstormsessies hadden de vorm van drie discussiebijeenkomsten met de onderwerpen: 'prijzen', 'informatiebehoefte Zorgautoriteit' en 'overige knelpunten'. In de discussiebijeenkomst 'prijzen' werd vooral gesproken over onderwerpen als kruissubsidiëring, excessieve prijzen, te lage prijzen en prijsdiscriminatie. Centraal in de discussiebijeenkomst 'informatiebehoefte Zorgautoriteit' stond de informatiebehoefte ten behoeve van de monitortask. In die discussiebijeenkomst kwam ook transparantie tussen marktspelers aan de orde. De discussiebijeenkomst 'overige knelpunten' had betrekking op misbruik van economische machtspositie via koppelverkoop, exclusieve contracten en dergelijke en op samenwerking ten gunste van publieke doelen, gegeven het kartelverbod.

### 1.3 Afbakening

Het visiedocument heeft betrekking op de DBC's in het B-segment waarvoor per 1 februari 2005 vrije prijzen gelden. De DBC's in het B-segment zijn mede zo gekozen dat de markt daarmee naar verwachting goed kan werken. Criteria waren onder andere dat het planbare zorg betreft en dat nieuwe aanbieders kunnen toetreden. Voorbeelden van de DBC's in het B-segment zijn de behandeling van spataderen, neus- en keelamandelen, staar, hernia, longaandoeningen, knieoperaties en heupoperaties. Bijlage 2 bevat een overzicht waarin DBC's zijn geclusterd naar aandoening. Binnen het B-segment gaan zorginstellingen niet onderhandelen over honoraria voor medisch specialisten; hiervoor blijven vaste tarieven gelden.

De analyse in het visiedocument beperkt zich tot het bevorderen van concurrentie onder borging van publieke belangen. Andere overwegingen komen niet aan de orde. Ook aanbevelingen over wet- en regelgeving zijn vanuit deze beperkte invalshoek geformuleerd. Mogelijk leiden andere invalshoeken tot een ander oordeel.



Het visiedocument besteedt aandacht aan alle marktpartijen die betrokken zijn bij de DBC's in het B-segment waarvoor per 1 februari 2005 vrije prijzen gelden, alsmede hun onderlinge relaties. De marktpartijen zijn zorginstellingen, consumenten (als patiënt of als verzekerde), zorgverzekeraars en medisch specialisten. Aangezien de introductie van prijsconcurrentie betrekking heeft op zorginstellingen, is de analyse vooral gericht op zorginstellingen en de relaties die zorginstellingen aangaan met andere marktpartijen (vetgedrukt in bovenstaand figuur).

De analyse in het visiedocument beperkt zich tot Nederland en de Nederlandse wetgeving.

De zorgsector is complex. Terwijl de bevoegdheden van CTG/ZAiO verankerd zijn in de WTG, zijn ook andere regels in de zorgsector van invloed op de mogelijkheden voor concurrentie. Om inzicht te krijgen in de noodzakelijke instrumenten en condities om concurrentie te bevorderen, is daarom een integrale benadering noodzakelijk. CTG/ZAiO beseft dat de analyse in dit visiedocument daarom ook andere organisaties raakt. De beleidsaanbevelingen aan de Minister van VWS sluiten aan bij de brief van het Ministerie van VWS van 21 november 2003 aan de Tweede Kamer<sup>7</sup>, waarin staat dat CTG/ZAiO de Minister van VWS dient te adviseren om in te grijpen in de marktstructuur waar dat nodig is om concurrentie te bevorderen. Waar uit de analyse blijkt dat ook andere instellingen in de zorgsector invloed hebben op de mogelijkheden voor concurrentie, heeft CTG/ZAiO de vrijheid genomen hun ongevraagd te adviseren.

#### **1.4 Toelichting begrippen**

In dit visiedocument worden de DBC's in het B-segment waarvoor per 1 februari 2005 vrije prijzen gelden, over het algemeen kort weergegeven als 'het B-segment van de ziekenhuiszorg'. Om misverstanden te voorkomen, wordt benadrukt dat hiermee niet alleen de DBC's van het B-segment van de ziekenhuizen zijn bedoeld, maar ook die van andere zorginstellingen, zoals ZBC's. De term 'zorginstellingen' heeft in dit visiedocument betrekking op alle aanbieders van ziekenhuiszorg, zoals ziekenhuizen en ZBC's (tenzij anders aangegeven). Waar in het visiedocument wordt gesproken over 'zorgaanbieders', worden zowel zorginstellingen als medisch specialisten bedoeld (tenzij anders aangegeven).

#### **1.5 Opbouw visiedocument**

Dit visiedocument is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 schetst de bijzondere kenmerken van de ziekenhuiszorg, waarbij ook de belangrijkste voorwaarden voor concurrentie in het B-segment naar voren komen: voldoende spelers, afnemers die (kunnen) overstappen en het ontbreken van anti-competitief gedrag.

Hoofdstuk 3 beschrijft de belangrijkste wetten die van invloed zijn op concurrentie in het B-segment.

Hoofdstuk 4 gaat in op de eerste voorwaarde voor concurrentie: voldoende spelers op de markt voor ziekenhuiszorg. In het bijzonder komen mogelijke toetredingsdrempels, horizontale fusies en verticale integratie aan de orde.

Hoofdstuk 5 bespreekt de mogelijkheden tot overstappen op de drie onderscheiden markten: de zorgverleningsmarkt (consument stapt over naar een andere zorgaanbieder), de zorginkoopmarkt (zorgverzekeraar stapt over naar een andere zorgaanbieder en de zorgverzekeringsmarkt

---

<sup>7</sup> TK 2003-2004, 29324, Nr.1.

(consument stapt over naar een andere zorgverzekeraar). Hierbij is vooral aandacht voor het bevorderen van transparantie.

Hoofdstuk 6 gaat over het voorkomen van anti-competitief gedrag. Dit betreft misbruik van economische machtspositie zoals bedoeld in artikel 24 van de Mededingingswet, maar ook andere gedragingen die onwenselijk zijn met het oog op het bevorderen van concurrentie. In hoofdstuk 6 is ook aandacht voor samenwerking tussen marktpartijen.

Hoofdstuk 7 geeft toelichting op de wijze waarop CTG/ZAio zijn monitortraak in 2005 in grote lijnen gaat invullen.

## **2. BIJZONDERE KENMERKEN VAN DE ZIEKENHUISZORG**

### **2.1 Inleiding**

De overheid streeft naar goede zorg tegen aanvaardbare kosten. De overheid probeert deze doelstelling te bereiken door de juiste ordeningsprincipes in te zetten. Met de introductie van vrije prijzen verandert de overheid het ordeningsprincipe in een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenoemde B-segment, van centrale planning naar decentrale besluitvorming. Prijsconcurrentie is dus geen doel op zich, maar een middel om goede zorg tegen aanvaardbare kosten te krijgen. Dit hoofdstuk gaat in op de bijzondere kenmerken van ziekenhuiszorg en de mogelijkheden voor vrije prijzen in het B-segment van de ziekenhuiszorg. Hiertoe worden eerst enkele algemene ordeningsprincipes toegelicht en de afwegingen die bestaan tussen een keus voor centralisatie of voor decentralisatie. Vervolgens wordt gekeken wat dit betekent voor de introductie van vrije prijzen in het B-segment van de ziekenhuiszorg.

### **2.2 Het doel van ordeningsprincipes in de ziekenhuiszorg**

Ordering in de ziekenhuiszorg heeft de volgende doelstellingen:

1. Coördinatie: de juiste zorg dient tijdig aan de juiste patiënten op de juiste plaats te worden verleend.
2. Motivatie: zorgaanbieders moeten de juiste prikkels hebben om sociaal wenselijke beslissingen te nemen.
3. Transactiekosten: coördinatie en motivatie dienen tegen de laagst mogelijke kosten gerealiseerd te worden.
4. Toegankelijkheid: het zorgaanbod dient voor alle patiënten toegankelijk te zijn.

De allocatie van het recht om beslissingen te nemen, is een belangrijk aspect in de ordering in de ziekenhuiszorg. Het recht om beslissingen te nemen, kan worden gecentraliseerd (in dat geval neemt de overheid de beslissingen) of gedecentraliseerd (in dat geval nemen patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders beslissingen). In het huidige stelsel is het recht om beslissingen te nemen sterk gecentraliseerd: de overheid (of instanties namens de overheid) neemt in veel gevallen beslissingen over de hoeveelheid van het zorgaanbod<sup>8</sup> en het totale budget voor de zorgsector.

De introductie van prijsconcurrentie in de ziekenhuiszorg met de verschuiving van aanbodregulering naar meer vraaggerichte zorg heeft als doel om beslissingsbevoegdheden meer te delegeren.<sup>9</sup>

#### **2.2.1 Een afweging tussen centralisatie en decentralisatie**

Centralisatie en decentralisatie hebben beide voor- en nadelen. De behoefte aan inzicht in deze voor- en nadelen heeft de afgelopen twintig jaar geleid tot een aantal stelseldiscussies over de

---

<sup>8</sup> Dit betreft met name de capaciteit van de zorginstellingen. Over het volume worden afspraken gemaakt tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars.

<sup>9</sup> Tweede Kamer, 2003-2004 29 324 nr. 1.

zorg, bijvoorbeeld de voornemens van de commissie-Dekker en het plan-Simons, en uiteindelijk tot concrete hervormingen.

Een voordeel van centrale planning is dat via budgettering een beheerste groei van de kosten van de gezondheidszorg mogelijk is. Als de overheid alle informatie had over de voorkeuren van patiënten, over de talenten en capaciteiten en het inspanningsniveau van zorgaanbieders en de ontwikkeling van de technologie, dan zou zij bovendien precies de juiste hoeveelheid benodigde zorg kunnen bepalen. Het is uiteraard onmogelijk al deze informatie te verzamelen en de economie centraal te plannen. In de zorgsector heeft centrale planning geleid tot inefficiëntie en een sterk wisselende kwaliteit van zorgverlening. Doordat de kosten alleen worden beheerst door ingrijpen in het budget, ontstaan er wachtlijsten. Voorbeelden van de sterk wisselende kwaliteit kunnen worden gevonden in het rapport 'Gepaste zorg'.<sup>10</sup> In dat rapport worden voorbeelden gegeven van grote regionale verschillen in zorgconsumptie. Zo blijkt een inwoner van Hoogeveen bij lage rugpijn een honderd keer zo grote kans te hebben op een ziekenhuisopname als een inwoner van Eindhoven. De kans op galblaasverwijdering verschilt met een factor 30 tussen ziekenhuizen. Het rapport stelt tevens dat de communicatie tussen professionals in de zorgketen te wensen overlaat. Dit leidt onder meer tot medicatiefouten. Geschat wordt dat medicatiefouten leiden tot ongeveer 90.000 ziekenhuisopnames per jaar.<sup>11</sup> Shell<sup>12</sup> geeft aan dat er momenteel een duidelijk inzicht ontbreekt in de omvang van het probleem van de veiligheid in de zorg. Ook gaan er veel kansen verloren om van incidenten<sup>13</sup> te leren. Door een structurele verbetering<sup>14</sup> van de veiligheid in de zorg is het volgens Shell<sup>15</sup> mogelijk om over een periode van vijftien jaar het aantal incidenten met 75% te verminderen, hetgeen dan op termijn tot een besparing in Nederland van één tot drie miljard euro zal kunnen leiden. TPG<sup>16</sup> geeft voorbeelden dat betere zorg kan worden geleverd voor minder geld. TPG komt tot de conclusie dat logistieke verbeteringen op korte termijn (twee tot drie jaar) de kwaliteit kunnen verbeteren onder een gelijktijdige kostenbesparing in de curatieve zorg tot 20%. Ook in het buitenland worden soortgelijke conclusies getrokken. Zo wordt het beslissingsrecht in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk ook gedecentraliseerd door het invoeren van een 'internal market'.<sup>17</sup>

Decentralisatie heeft als voordeel dat besluitvorming plaatsvindt op het niveau waar de meeste informatie beschikbaar is: op het niveau van de patiënten, de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Volgens het Centraal Planbureau<sup>18</sup> bestaat er geen eenduidige definitie van concurrentie, maar het citeert Joseph Stiglitz (een van de winnaars van de Nobelprijs voor economie in 2001) die aangeeft dat concurrentie te maken heeft met markten, prikkels en decentralisatie. In perfect concurrerende markten worden bij decentralisatie beslissingen perfect gecoördineerd en worden alle marktparticipanten gestimuleerd om de juiste beslissingen te nemen tegen de laagst mogelijke kosten. Bij concurrentie op perfecte markten doen aanbieders hun best hun klanten 'waar voor hun geld' te bieden. Als consumenten niet tevreden zijn, kunnen ze overstappen naar andere aanbieders. Decentralisatie door middel van marktwerking verkleint het risico dat belangrijke

<sup>10</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 'Gepaste Zorg'. RVZ, 2004.

<sup>11</sup> Het totaal aantal opnames in 2003 bedroeg ruim 1,5 miljoen.

<sup>12</sup> Shell, 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet', Eindrapportage Shell Nederland, november 2004.

<sup>13</sup> Onder een incident worden alle bedoelde uitkomsten van een proces of behandeling verstaan. Een complicatie is dus ook een incident.

<sup>14</sup> Om tot een structurele verbetering van de veiligheid in de zorg te komen, zijn volgens Shell vier acties noodzakelijk. Ten eerste dienen alle ziekenhuizen per 1 januari 2008 een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) te hebben voor zowel patiënten als medewerkers. Ten tweede dienen de directies of raden van bestuur van ziekenhuizen volledig eindverantwoordelijk te zijn voor de veiligheid van patiënten en medewerkers in hun organisatie. Ten derde moeten zorgverzekeraars kwaliteit en veiligheid in hun contracten een vaste plaats geven. Ten vierde moet de overheid daadkracht en verantwoordelijkheid tonen.

<sup>15</sup> Shell baseert dit op eigen ervaring.

<sup>16</sup> TPG, 'Het kan écht: betere zorg voor minder geld', Eindrapportage, 7 juni 2004.

<sup>17</sup> Zie voor een meer uitgebreide beschrijving 'The health of nations, a survey of health care finance', The Economist, July 17th 2004.

<sup>18</sup> CPB, 'Zorg voor concurrentie, een analyse van het zorgstelsel' CPB document No 28, januari 2003.

informatie over het hoofd wordt gezien en maakt kostbare informatieverzameling voor planning op centraal niveau overbodig.

Aan het decentraliseren van beslissingen kunnen ook nadelen zijn verbonden. Concurrentie kan niet goed werken als er belemmeringen zijn om toe te treden of als marktparticipanten zich anti-competitief gedragen (bijvoorbeeld door het vormen van kartels). Daarnaast zijn aan sommige activiteiten zo veel schaalvoordelen verbonden dat er geen concurrentie tot stand kan komen, of dat publieke doelen omtrent toegankelijkheid in het geding komen. In dat geval kan centrale planning de efficiëntste oplossing zijn. Een voldoende aantal zorgaanbieders kan anti-competitief gedrag voorkómen. Het wegnemen van onnodige toetredingsbarrières en de fusiebeoordeling door de NMa dragen bij aan concurrentie (dit wordt uitgewerkt in paragraaf 4.4 en 4.5). De NMa kan bovendien optreden bij misbruik van een economische machtspositie of kartelvorming. Om de concurrentie te bevorderen, kan het bovendien wenselijk zijn om pro-actief in te grijpen in de markt (dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 6). Voorbeelden van pro-actief ingrijpen zijn het stellen van eisen aan de wijze waarop de kwaliteit van de zorgverlening wordt gemeten en gepubliceerd, en het voorschrijven van uniforme kostentoerekeningsprincipes om excessieve tarieven/te hoge prijzen makkelijker te kunnen herkennen<sup>19</sup>.

#### 2.2.2 Inspelen op de bijzondere kenmerken van het B-segment van de ziekenhuiszorg

Het B-segment van de ziekenhuiszorg heeft bijzondere kenmerken die een sturende rol van de overheid noodzakelijk maken. In het eerdergenoemde rapport van het Centraal Planbureau worden vier bijzondere kenmerken genoemd:

1. Toegang tot een minimum-zorgpakket is essentieel.
2. Er bestaat een grote informatieasymmetrie tussen de patiënt en de verzekeraar enerzijds en de zorgaanbieder anderzijds over de medische noodzaak en de kwaliteit van de uitgevoerde (of achterwege gebleven) behandeling.
3. Onvoldoende kwaliteit in de zorg heeft grote gevolgen voor de gezondheid van een individuele patiënt.
4. Betalingen in de zorg verlopen via verzekeringen.

Ad 1) De beleidsvoornemens van het kabinet voorzien in een gegarandeerde toegang tot een zorgpakket door de invoering van de verplichte basisverzekering per 2006 (onderscheid private verzekering en ziekenfonds vervalt). De verzekeraars dienen alle verzekerden te verzekeren voor een basispakket tegen uniforme voorwaarden. Het visiedocument gaat hier niet verder op in.

Ad 2 en 3) Het feit dat patiënten en verzekeraars kunnen overstappen, is een belangrijke disciplinerende factor voor zorgaanbieders om de zorgkwaliteit te verhogen. Om overstappen mogelijk te maken, moeten de zorgverzekeringmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt aan drie voorwaarden voldoen:

- Voldoende aanbod om uit te kiezen. Dit impliceert dat er geen sprake zou moeten zijn van grote schaalvoordelen of andere toetredingsdrempels. Dit is verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.
- Geen anti-competitief gedrag tussen aanbieders. Dit impliceert dat aanbieders geen kartelafspraken maken en dat aanbieders met een machtspositie deze positie niet misbruiken. Dit is verder uitgewerkt in hoofdstuk 6.

---

<sup>19</sup> Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het voorschrijven van uniforme kostentoerekeningsprincipes niet tot verstarring bij de instellingen mag leiden.

- Voldoende inzicht in prijs en kwaliteit van het aangeboden product, zodat patiënten en verzekeraars een afgewogen keuze kunnen maken voor een bepaalde zorgaanbieder. De (dreiging van) overstappende afnemers prikkelt zorgaanbieders (financieel) om aandacht te besteden aan die aspecten die de afnemers belangrijk vinden. Een ziekenhuis dat bijvoorbeeld meer afnemers aantrekt door lagere kosten, ook als dat leidt tot een lagere kwaliteit, zal de nadruk leggen op kostenbeheersing. In de zorgsector is goede kwaliteit echter vaak letterlijk van levensbelang. Het is dus van belang dat niet alleen de prijs, maar ook de zorgkwaliteit onderdeel uitmaakt van de afweging van een consument (en daarvan afgeleid de zorgverzekeraar) voor een bepaalde zorgaanbieder. De noodzaak tot transparantie over kwaliteit van de zorg wordt verder uitgewerkt in paragraaf 5.3.

Ad 4) Omdat de patiënt tegen ziektekosten is verzekerd, heeft hij in het algemeen geen belang bij lage behandelingskosten. Theoretisch zal de vraag van een patiënt dus heel groot zijn. De kosten daarvan worden gemitigeerd door de zorgverzekeraar een centrale rol in de onderhandelingen te geven en daarnaast de patiënt een eigen bijdrage te laten betalen (of een no-claimkorting te geven). In dit visiedocument wordt niet nader ingegaan op deze beleidsmaatregelen. In het rapport 'Gepaste zorg'<sup>20</sup> wordt nadrukkelijk gewezen op de centrale rol die de arts vervult bij de keuze tussen zorgaanbieders en de aard en omvang van de zorgconsumptie. Een te hoge zorgconsumptie is onwenselijk, zowel uit het oogpunt van kostenbeheersing als uit het oogpunt van kwaliteit. In het rapport 'Gepaste zorg' wordt nadrukkelijk gesteld dat meer zorg wel leidt tot meer zorgkosten, maar vaak "geen hogere kwaliteit van zorg, geen betere gezondheidsresultaten en niet meer patiënttevredenheid" biedt<sup>21</sup>.

In dit licht moet worden benadrukt dat concurrentie kan bijdragen aan de beheersing van kosten per eenheid product, maar daarmee niet automatisch aan de beheersing van het Budgettair Kader Zorg<sup>22</sup>. Concurrentie zet namelijk geen rem op de vraag naar zorg. Bij het loslaten van centrale budgetten kan het volume stijgen doordat verzekerden de kosten van zorg niet direct in hun portemonnee voelen en zorgaanbieders een informatievoorsprong hebben ten opzichte van verzekeraars en patiënten.

### 2.2.3 De rol van CTG/ZAIo

Zoals hierboven beschreven, is marktwerking in de zorg niet het ultieme middel om alle doelstellingen te realiseren. Aan marktwerking is een aantal risico's verbonden. CTG/ZAIo heeft tot taak deze risico's bij de invoering van marktwerking te beperken en een tijdig ingrijpen mogelijk te maken. CTG/ZAIo gaat dus niet over de beslissing tot invoering van de marktwerking zelf. De conclusie van de analyse in dit hoofdstuk is dat prijsconcurrentie in de zorg kan bijdragen aan de beheersing van kosten per eenheid product en kwaliteitsverbetering, maar dat de overheid (in nauw overleg met CTG/ZAIo) een nadrukkelijk sturende rol moet vervullen om de risico's van marktwerking te beperken. Deze sturende rol heeft wat betreft het bevorderen van concurrentie betrekking op:

- het aantal aanbieders (hoofdstuk 4);
- de mogelijkheid tot overstappen (hoofdstuk 5);
- het bestrijden van anti-competitief gedrag (hoofdstuk 6).

<sup>20</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 'Gepaste Zorg'. RVZ, 2004.

<sup>21</sup> Meer zorg kan wel tot kwaliteitsverbetering leiden wanneer er sprake is van onderdiagnostiek, onderbehandeling of gebrek aan service.

<sup>22</sup> De risico's van concurrentie voor het Budgettair Kader Zorg zijn in het eerdergenoemde rapport van het Centraal Planbureau voldoende beschreven. Dit visiedocument gaat er niet verder op in.

### 3. BESTAANDE INSTRUMENTEN EN RELEVANTE WETGEVING

Dit hoofdstuk geeft toelichting op de bestaande beleidsinstrumenten en de relevante wetgeving met betrekking tot marktwerking in de ziekenhuiszorg. Allereerst wordt in paragraaf 3.1 ingegaan op de bestaande instrumenten voor toezicht op concurrentie, te weten: de Mededingingswet en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG, zoals gewijzigd bij het wetsvoorstel WTG ExPres). Er is een specifieke Wet marktordening gezondheidszorg in voorbereiding. De verwachting is dat deze wet op 1 januari 2006 van kracht zal worden. De contouren van de wet heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) beschreven in een brief aan de Tweede Kamer<sup>23</sup>. Dit document gaat hier niet verder op in.

Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 de overige relevante wetgeving besproken. Behandeld worden de Ziekenfondswet (Zfw), het Wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ), de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), De Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeraars (WTZ), de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 (WTV 1993) en de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW).

#### 3.1 Bestaande instrumenten

##### 3.1.1 Mededingingswet

De Mededingingswet is van toepassing op afspraken en gedragingen van ondernemingen op terreinen waar daadwerkelijke mededinging mogelijk is. De rechtsvorm waarin ondernemingen zijn georganiseerd en de manier waarop de activiteiten van de onderneming worden gefinancierd, zijn voor de toepasselijkheid van de Mededingingswet niet van belang. De Mededingingswet is onder meer van toepassing op aanbieders van ziekenhuiszorg en zorgverzekeraars. Het is niet duidelijk of de Mededingingswet van toepassing is op ziekenfondsen<sup>24</sup>. Omdat bij inkoop van DBC's in het algemeen tegelijk wordt ingekocht voor zowel de particuliere als de ziekenfondsverzekeringspoot van een zorgverzekeraar, is in die gevallen de Mededingingswet wel van toepassing op het inkoopgedrag van de ziekenfondsen.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) voert de Mededingingswet uit. De Mededingingswet verbiedt:

- kartels;
- misbruik van economische machtspositie;
- fusies van ondernemingen zonder voorafgaande melding.

##### *Kartels*

Kartels zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemingsverenigingen of onderling afgestemde gedragingen die de mededinging beperken. Zo zijn bijvoorbeeld onderlinge prijsafspraken en het verdelen van markten verboden. Het verbod geldt niet voor afspraken tussen

<sup>23</sup> Brief van 10 september 2004, TK2003-2004, 29 324, nr.3.

<sup>24</sup> De consequenties van het Arrest AOK Bundesverband zijn nog niet helemaal duidelijk wat betreft de toepasbaarheid van de Mededingingswet op ziekenfondsen (Arrest AOK Bundesverband, gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01, van 16 maart 2004, .n.g).

een beperkt aantal ondernemingen met een beperkte gezamenlijke omzet<sup>25</sup> (de zogenoemde bagatelbepaling), omdat dergelijke afspraken de markt slechts zeer gering beïnvloeden.

Samenwerkingsafspraken tussen ondernemingen die de mededinging beperken, zijn toegestaan mits ze voldoen aan vier voorwaarden:

- (1a) de afspraken moeten bijdragen aan verbetering van de productie of distributie of (1b) de technische of economische vooruitgang bevorderen;
- (2) de voordelen van die afspraken moeten voor een redelijk deel ten goede komen aan de gebruikers;
- (3) de mededinging niet verder wordt beperkt dan strikt noodzakelijk is;
- (4) er dient voldoende mededinging in de markt over te blijven.

In de 'Richtsnoeren voor de beoordeling van samenwerking bedrijven binnen en buiten brancheorganisaties'<sup>26</sup> geeft de NMa de criteria voor de handhaving van het kartelverbod. Samenwerkingsvormen tussen ondernemingen die de mededinging niet beperken, zijn toegestaan op grond van de Mededingingswet.

#### *Misbruik van een economische machtspositie*

Een onderneming die een machtspositie bezit en zich daardoor bij het bepalen van haar beleid weinig hoeft aan te trekken van de andere marktpartijen, kan een bedreiging vormen voor de markt als zij misbruik maakt van haar economische machtspositie. Het hebben van een economische machtspositie is op zichzelf niet in strijd met de Mededingingswet. Van die machtspositie mag echter geen misbruik worden gemaakt. Van misbruik van een economische machtspositie kan bijvoorbeeld sprake zijn wanneer een onderneming extreem hoge prijzen rekent, bepaalde afnemers uitsluit van levering of onredelijke contract- of leveringsvoorwaarden hanteert zoals koppelverkoop, langetermijncontracten en het verhogen van overstapkosten. Een voorbeeld van misbruik van een economische machtspositie is een dominante marktpartij die onredelijke contractvoorwaarden stelt die de wederpartij niet zou hebben geaccepteerd als de andere marktpartij niet dominant was geweest.<sup>27</sup> Een ander voorbeeld is een dominante partij die contractvoorwaarden oplegt die – hoewel op zichzelf gezien niet onredelijk – de wederpartij in vergaande mate binden en daarmee de concurrentie voor de onderneming met machtspositie verder beperken. Dit geldt onder andere voor langetermijncontracten of voor contracten die exclusieve afnamebepalingen bevatten.<sup>28</sup> Van misbruik van een economische machtspositie kan verder sprake zijn als een onderneming concurrenten uit de markt drukt of voorkomt dat nieuwe ondernemingen op de markt komen door bijvoorbeeld extreem lage prijzen te hanteren.

Om te bepalen of er sprake is van een economische machtspositie, is het van belang om eerst de relevante markt vast te stellen. De relevante markt bestaat uit twee soorten markten: de relevante productmarkt en de relevante geografische markt.<sup>29</sup>

<sup>25</sup> Niet meer dan acht ondernemingen waarvan de totale omzet in het voorafgaande kalenderjaar niet meer bedraagt dan € 4.540.000 als het gaat om het leveren van goederen. Als het niet gaat om het leveren van goederen ligt de grens op € 908.000. In concrete gevallen kan worden bepaald dat de bagatelbepaling niet van toepassing is als blijkt dat weliswaar aan de bagatelcriteria wordt voldaan, maar de afspraken desondanks in aanzienlijke mate afbreuk doen aan de mededinging op de relevante markt.

<sup>26</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van samenwerking bedrijven binnen en buiten brancheorganisaties, Stcrt. 2001, nr. 108, blz. 28.

<sup>27</sup> Commissie 4 december 1981, PbeG 1982L 94/12.

<sup>28</sup> HvJ EG 13 februari 1979, zaak 86/76, Jur. 1979, blz. 561; Hoffman-La Roche.

<sup>29</sup> De relevante productmarkt omvat alle producten en/of diensten die op grond van hun kenmerken, prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd, door de consument als onderling inwisselbaar worden beschouwd. De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen de betrokken ondernemingen een rol spelen in de vraag naar en het aanbod van goederen en diensten, waarbinnen de mededingingsverhoudingen voldoende homogeen zijn en dat van aangrenzende gebieden kan worden onderscheiden doordat daar duidelijk afwijkende mededingingsvoorwaarden heersen. De relevante geografische markt kan groter, kleiner of gelijk zijn aan Nederland.

### *Fusies*

Fusies (concentraties) tussen ondernemingen moeten boven bepaalde omzeldrempels worden gemeld. De NMa kan een concentratie verbieden wanneer daardoor een economische machtspositie ontstaat of wordt versterkt.

### *Handhaving*

De NMa is belast met het toezicht op de naleving van de Mededingingswet. Bij overtreding kan de NMa boetes en een last onder dwangsom opleggen. Om te onderzoeken of men zich aan de mededingingsregels houdt, mag de NMa plaatsen betreden, inlichtingen vorderen, inzage in zakelijke gegevens en bescheiden vorderen en kopieën maken. Als dat niet ter plaatse kan, mogen de te kopiëren stukken voor korte tijd worden meegenomen. Voor ondernemingen bestaat de plicht medewerking te verlenen.

### 3.1.2 Wet tarieven gezondheidszorg (zoals gewijzigd bij het wetsvoorstel WTG ExPres)

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) regelt de manier waarop tarieven en prestatiebeschrijvingen in de zorg tot stand komen. De WTG wordt uitgevoerd door CTG/ZAio. Doel van de WTG is het bevorderen van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg mede met het oog op de beheerste kostenontwikkeling daarvan. Kort gezegd verbiedt de WTG:

- (1) het hanteren van andere prestatiebeschrijvingen (bijvoorbeeld DBC's) dan die op grond van de wet zijn vastgesteld en
- (2) het in rekening brengen van tarieven die niet op grond van de wet tot stand zijn gekomen.<sup>30</sup>

De WTG geldt zowel voor het A-segment als voor het B-segment van de ziekenhuiszorg. In het A-segment, het deel van de ziekenhuiszorg waar vanaf 1 februari 2005 nog geen vrije prijsvorming geldt, zijn vooral de mogelijkheden om tarieven vast te stellen, van belang. In het B-segment zullen voornamelijk vrije tarieven van toepassing zijn.

### Beleidsregels

Een belangrijk instrument in de WTG zijn de beleidsregels van CTG/ZAio. Op grond van beleidsregels kan CTG/ZAio onder andere:

- experimenten toestaan;
- landelijke prestatiebeschrijvingen (bijvoorbeeld DBC's) met of zonder tarief vaststellen;
- deelprestaties met onderscheiden tarieven vaststellen;
- diverse tariefsoorten vaststellen:
  - vast tarief: een (individueel of collectief) tarief waarvan niet mag worden afgeweken;
  - maximumtarief: een bedrag dat ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht;
  - minimumtarief: een bedrag dat ten minste als tarief in rekening dient te worden gebracht;
  - bandbreedtetarief: elk bedrag dat ligt tussen of gelijk is aan het bedrag dat ten minste als tarief in rekening dient te worden gebracht en het bedrag dat ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht;
  - vrij tarief: een tarief dat niet door CTG/ZAio hoeft te worden goedgekeurd of vastgesteld.

<sup>30</sup> De WTG verbiedt het in rekening brengen van een tarief:

- a. voor prestaties waarvoor geen prestatiebeschrijving overeenkomstig de WTG is vastgesteld;
- b. voor prestaties waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan overeenkomstig de WTG is vastgesteld;
- c. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie overeenkomstig de WTG is goedgekeurd of vastgesteld;
- d. dat niet ligt binnen de tariefruimte die voor de betrokken prestatie is goedgekeurd of vastgesteld;
- e. anders dan op de manier die overeenkomstig de WTG is goedgekeurd of vastgesteld.

### *DBC-onderhoud*

Vanaf 1 februari 2005 wordt alle ziekenhuiszorg geheel gefinancierd op basis van DBC's. In juli 2004 is de Stichting DBC-onderhoud opgericht. Deze private stichting is belast met het onderhouden van het DBC-systeem, dat wil zeggen het actueel houden van prestatiebeschrijvingen, toevoegen van nieuwe prestatiebeschrijvingen et cetera. De bestuursleden van de stichting zijn voorgedragen door de brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars in de zorg en door patiëntenorganisaties. De bestuursleden vervullen hun functie op persoonlijke titel. De stichting laat zich adviseren door een wetenschappelijke adviesraad.

De stichting kan bij CTG/ZAio voorstellen indienen voor wettelijke verankering van DBC-prestatiebeschrijvingen en/of de vaststelling of wijziging van een tarief voor een DBC. De beoordeling en vaststelling van tarieven en prestatiebeschrijvingen is in de WTG immers voorbehouden aan CTG/ZAio. Het CVZ is verantwoordelijk voor het al of niet opnemen van nieuwe DBC's of prestatiebeschrijvingen in het verzekerde pakket. De taken van CTG/ZAio en het CVZ op dit terrein vormen samen het publieke onderhoud van de DBC-systematiek.

De Stichting DBC-onderhoud is onafhankelijk van de aanbieders en zorgverzekeraars en mag zich niet als belangenbehartiger van het veld opstellen. Er is gekozen voor een model waarbij het DBC-systeem door een private stichting wordt onderhouden om de publieke doelstelling te waarborgen, inclusief een toets op mededingingsbeperkende effecten. De stichting heeft geen wettelijke bevoegdheden ten aanzien van prijsvorming en productieomschrijvingen en valt niet onder het Besluit werkingssfeer WTG.

### *Administratievoorschriften en gegevensverstrekking*

Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars zijn verplicht om een administratie te voeren waarin onder andere zichtbaar zijn:

- de geleverde prestaties;
- de daarvoor in rekening gebrachte tarieven;
- de daarvoor ontvangen of verrichte betalingen.

CTG/ZAio kan aanvullende regels stellen waaraan administraties moeten voldoen. In dergelijke regels zullen onder meer een standaardprijslijst en een minimale dataset worden voorgeschreven. Ook bestaat het voornemen om via aanvullende regels per 2006 uniforme kostentoe rekeningsprincipes voor te schrijven. Ten slotte kan CTG/ZAio eisen stellen met betrekking tot periodieke gegevensverstrekking door bijvoorbeeld zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

### *Standaardprijslijst*

Zorgaanbieders van DBC's in het B-segment dienen met ingang van 1 oktober 2004 een openbare prijslijst te publiceren voor patiënten van wie de zorgverzekeraar geen contract met de desbetreffende zorgaanbieder heeft gesloten. Deze zogenoemde standaardprijslijst heeft tot doel om patiënten financiële duidelijkheid te geven voor het geval ze zorg willen afnemen bij een aanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd. Hiertoe vermeldt de standaardprijslijst de prijs, de prestatiecode en de bijbehorende prestatieomschrijving per DBC. Zorgaanbieders dienen ervoor te zorgen dat hun standaardprijslijst op eenvoudige wijze toegankelijk is voor het publiek (de patiënt/consument en derden). Daarnaast zijn zorgaanbieders ook verplicht om hun standaardprijslijst naar het CTG/ZAio te sturen. CTG/ZAio zal deze standaardprijslijsten op de

CTG/ZAio-site op gestandaardiseerde wijze publiceren waardoor de lijsten onderling te vergelijken zijn.

#### *Handhaving*

Overtreding van de WTG is strafbaar gesteld in de Wet op de economische delicten.<sup>31</sup> Daarnaast is CTG/ZAio bevoegd om een aanwijzing te geven of bestuursdwang toe te passen bij onder andere:

- (1) niet-nakoming van de verplichtingen ten aanzien van het voeren van de administratie;
- (2) niet-nakoming van de verplichting patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren omtrent in rekening te brengen tarieven;
- (3) niet-nakoming van de verplichting tot het verstrekken van gegevens<sup>32</sup>.

Omdat CTG/ZAio bevoegdheid is bestuursdwang toe te passen, heeft het op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) ook de bevoegdheid om een last onder dwangsom af te geven.

Toezichthouders die op grond van de WTG zijn aangewezen, mogen plaatsen betreden, inlichtingen vorderen, inzage in zakelijke gegevens en bescheiden vorderen, kopieën maken – als dat niet te plaatsen kan, mogen de te kopiëren stukken voor korte tijd worden meegenomen – en vervoermiddelen onderzoeken.

#### *Minimale dataset*

Voor de borging van de publieke belangen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid), het onderhoud van DBC's en om monitoren te faciliteren, wordt een minimale dataset (MDS) ontwikkeld. De MDS bestaat uit basisgegevens die partijen voor verschillende informatiefuncties kunnen gebruiken. Dergelijke partijen zijn daartoe onder voorwaarden gerechtigd. Het gaat onder meer om zorgaanbieders, zorgverzekeraars, CTG/ZAio, het CVZ, het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en VWS. De basisgegevens die beschikbaar komen voor CTG/ZAio, hebben een laag aggregatieniveau (per contract of per geanonimiseerde patiënt) en hebben onder meer betrekking op de in rekening gebrachte prijs per DBC (gespecificeerd naar zorgprofiel) en de kostprijs per DBC-bouwsteen (op basis van het uniforme kostprijsmodel). De MDS bevat geen gegevens over kwaliteitsaspecten (zie hoofdstuk 7).

De borging van de betrouwbaarheid van de gegevens ligt enerzijds in de wettelijk verankerde informatieplicht en anderzijds in de eisen die aan de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) bij de zorgaanbieders worden gesteld. De gegevensvergaring en verspreiding gebeuren via het DBC-informatiesysteem (DIS). De aanlevering van de gegevens is via een nadere regel geborgd.

### 3.1.3 Verhouding NMa – CTG/ZAio

Deze paragraaf beschrijft de verhouding tussen de NMa en CTG/ZAio voor de periode tot aan inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg. De brief van VWS aan de Tweede Kamer over de Zorgautoriteit<sup>33</sup>, gaat in op de verhouding na invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg.

<sup>31</sup> Artikel 1, onder 2o bepaalt dat overtreding van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 2, 2a, 2b, 17f, 30 en 30a van de WTG een economisch delict is.

<sup>32</sup> Meer precies is bestuursdwang toegestaan bij overtreding van de artikelen 2a, 2b, 30 en 30 a, van de WTG.

<sup>33</sup> Brief aan Tweede Kamer van 10 september 2004, TK2003-2004, 29 324, nr. 3.

Hoe ziet de taakverdeling tussen CTG/ZAio en de NMa er uit? De NMa en CTG/ZAio houden beide toezicht op de mededinging in de zorg: de NMa op grond van de Mededingingswet en CTG/ZAio op grond van de WTG.

Er zijn belangrijke verschillen in de mogelijkheden die deze wetten voor mededingingstoezicht bieden:

- De Mededingingswet is reactief van aard in geval van misbruik van een economische machtspositie of kartelvorming. Alleen bij voorgenomen fusies vereist de Mededingingswet goedkeuring vooraf. De insteek van de WTG is pro-actiever: er gelden verschillende goedkeuringsvereisten vooraf. Handhaving van de naleving van de WTG, is net als bij de Mededingingswet, reactief.
- De Mededingingswet kan in beginsel alleen punitief (achteraf bestraffend) werken en kan niet reguleren. Vanwege het punitieve karakter zijn ook de procedurevereisten bij de Mededingingswet relatief zwaar (net als in het strafrecht). Op grond van de WTG is het wel mogelijk vooraf te reguleren.
- De Mededingingswet is van toepassing op nagenoeg de gehele Nederlandse economie, terwijl de WTG alleen van toepassing is op organen voor gezondheidszorg. CTG/ZAio ziet in 2005 dus niet toe op verzekeraars<sup>34</sup>. Deze situatie is niet ideaal, gelet op de bevindingen in het visiedocument omtrent de mate van concurrentie op de zorginkoopmarkt en zorgverzekeringmarkt. Deze beperking wordt opgeheven wanneer in 2006 de Wet marktordening gezondheidszorg in werking treedt.

In 2005 beperken de mogelijkheden tot interventie door CTG/ZAio zich tot gedragingen die naar verwachting vaak zullen voorkomen en grote schade kunnen aanbrengen aan de concurrentie in het B-segment: te hoge prijzen en te lage prijzen (roofprijzen) door zorginstellingen. Zie paragraaf 6.2 en 6.3. Door middel van een beleidsregel maakt CTG/ZAio vooraf duidelijk wanneer een zorginstelling via te hoge of te lage prijzen de mededinging verstoort. Doelstelling is te voorkomen dat een instelling te hoge of te lage prijzen hanteert. Op deze manier wordt de concurrentie bevorderd. Daarbij is handhaving achteraf gemakkelijker mocht een instelling toch te hoge of te lage prijzen hanteren. Al het overige mededingingstoezicht wordt door de NMa gedaan.

#### Taakverdeling NMa en CTG/ZAio in 2005

<i>NMa</i>	<i>CTG/ZAio</i>
Toezicht op misbruik machtspositie, met uitzondering van te hoge en te lage prijzen/roofprijzen bij zorgaanbieders (daar ligt het primaat bij CTG/ZAio)	Toezicht op te hoge prijzen en te lage prijzen/roofprijzen bij zorgaanbieders met een machtspositie
Monitoren (primaat ligt bij het CTG/ZAio)	Monitoren
Fusietoezicht	
Toezicht op kartels/samenwerking	

De taken van de NMa en van CTG/ZAio kunnen elkaar raken wat betreft toezicht op te hoge en te lage prijzen. Ook de monitoring hoort tot het takenpakket van beide toezichthouders<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> Wel kent de WTG een spiegelbepaling die betrekking heeft op ziektekostenverzekeraars: tarieven die voor organen voor gezondheidszorg verboden zijn om in rekening te brengen, zijn voor verzekeraars op grond van de WTG verboden om te betalen of te vergoeden.

<sup>35</sup> De taakverdeling tussen de NMa en CTG/ZAio is vergelijkbaar met de taakverdeling tussen de NMa en de OPTA.

De basisregel is als volgt: mocht in een situatie sprake zijn van overtreding van zowel de algemene als de sectorspecifieke regelgeving, met andere woorden: in zaken waar een partij de beleidsregel over te hoge/lage prijzen overtreedt, is CTG/ZAio de primair aangewezen partij om op te treden. Is sprake van overig misbruik van een economische machtspositie, dan is de NMa de bevoegde toezichthouder. CTG/ZAio en de NMa informeren elkaar altijd over deze zaken. De achtergrond van deze afspraak is dat interventie op grond van sectorspecifieke wetgeving zich vaak richt op het stimuleren van concurrentie zodat optreden van de NMa dan niet meer nodig is. Wel moeten CTG/ZAio en de NMa steeds in onderling overleg van deze basisregel kunnen afwijken wanneer optreden van de NMa effectiever of efficiënter is. Daarnaast wordt geregeld dat, indien CTG/ZAio niet binnen redelijke termijn optreedt, de NMa alsnog haar bevoegdheden inzake misbruik van een economische machtspositie kan inzetten. Gelet op de raakvlakken in het takenpakket is het van belang dat CTG/ZAio en de NMa algemene mededingingsbegrippen eenduidig uitleggen: het uitleggen van begrippen gebeurt na wederzijdse consultatie.

Om de monitortaken goed te kunnen uitvoeren, moeten beide toezichthouders informatie kunnen uitwisselen. De NMa kan op basis van de Mededingingswet informatie verstrekken aan andere, sectorspecifieke mededingingstoezichthouders. Op grond van de WTG heeft CTG/ZAio wederkerige bevoegdheid. Daarnaast zullen CTG/ZAio en de NMa elkaar informeren over zaken en ontwikkelingen die op enige andere wijze van belang zijn voor elkaars functioneren. Zaken van groot gezamenlijk belang zullen CTG/ZAio en de NMa gezamenlijk voorbereiden.

Momenteel werken de NMa en het CTG/ZAio aan een samenwerkingsprotocol die de onderlinge afspraken vastlegt. Hierin zal ook de betrokkenheid van CTG/ZAio bij concentratiecontrole en het bestrijden van kartels aan de orde komen. Het samenwerkingsprotocol zal vergelijkbaar zijn met het protocol tussen de OPTA en de NMa over de wijze van samenwerking bij aangelegenheden van wederzijds belang. Zodra het samenwerkingsprotocol gereed is (volgens de planning in het eerste kwartaal van 2005), komt het beschikbaar via [www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl).

## **3.2 Overige relevante wetgeving**

### **3.2.1 Zorginstellingen**

#### *Ziekenfondswet*

Op grond van de Ziekenfondswet (Zfw) zijn werknemers die onder een bepaalde loongrens vallen<sup>36</sup> en overige bij de wet of algemene maatregel van bestuur aangewezen personen, verplicht verzekerd voor geneeskundige verzorging of de kosten daarvan. In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekerden worden aard, inhoud en omvang van de verstrekkingen geregeld waarop verzekerden aanspraak hebben. De premie is grotendeels afhankelijk van het inkomen; slechts een klein deel van de premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar (de nominale premie)<sup>37</sup>. In het ziekenfonds is een standaardpakket aan medische zorg verzekerd (tweede compartiment). Voor de zorg die buiten dit standaardpakket valt, kan de verzekerde zich in beginsel vrijwillig aanvullend verzekeren (derde compartiment).

Instellingen die zorg verlenen ten laste van de ziekenfondsverzekering, moeten door het CVZ zijn toegelaten. In principe gaat het bij de toelating om een individuele toets door het CVZ. Sommige categorieën van zorginstellingen kunnen echter collectief toegelaten worden, bijvoorbeeld ZBC's.

<sup>36</sup> Per 1 november 2004 is dat € 33.000 bruto per jaar of €2500 bruto per maand

<sup>37</sup> De gemiddelde nominale premie per maand bedraagt in 2004 € 25,62, bron: Vektis Zorgthermometer, oktober 2004

Voor ziekenhuizen geldt de individuele toets: een toelating wordt geweigerd voorzover het ziekenhuis niet voldoet aan de voorschriften ingevolge de WZV inzake spreiding en behoefte.

Ziekenfondsen hebben ten opzichte van ziekenhuizen een contracteerplicht. Omgekeerd heeft een ziekenhuis dat met een ziekenfonds een contract heeft, de plicht om met andere ziekenfondsen eenzelfde contract te sluiten (omgekeerde contracteerplicht). De contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht gelden niet voor ZBC's. Ziekenfondsen zijn niet verplicht met hen een contract te sluiten. ZBC's zijn op hun beurt niet verplicht om met verschillende ziekenfondsen dezelfde contracten te sluiten.

Het wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ) maakt het mogelijk dat de contracteerplicht ook voor andere categorieën van instellingen of vormen van zorg niet geldt.<sup>38</sup> Vanaf 1 februari 2005 gelden contracteerplicht en omgekeerde contracteerplicht alleen nog voor zorg in het A-segment. Voor het B-segment ontstaat daardoor voor ziekenhuizen en ZBC's contracteervrijheid. Overigens geldt de contracteerplicht niet voor particuliere verzekeraars, omdat de Zfw op hen niet van toepassing is.

#### *Wet Ziekenhuisvoorzieningen*

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) bepaalt dat voor bouw en exploitatie van ziekenhuizen en ZBC's een vergunning van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) is vereist. Een WZV-vergunning kan alleen worden afgegeven aan een rechtspersoon waarvan de werkzaamheden niet zijn gericht op het behalen van winst. Bouw en exploitatie zonder zo'n vergunning is verboden. Bouw is daarbij een breed begrip: ook het in gebruik nemen van een ruimte als ziekenhuisvoorziening valt eronder, zelfs als die ingebruikname geen feitelijke bouwactiviteit vereist.

De WZV kent een vergunningsprocedure en een meldingsprocedure. Voor instandhoudingsinitiatieven die, kort samengevat, niet als nieuwbouw of bestemmingswijziging zijn aan te merken en waarvoor de instelling genoeg financiële middelen beschikbaar heeft, geldt een meldingsprocedure. Die bouw is niet vergunningplichtig. Voorbeelden van bouwinitiatieven die in aanmerking komen voor de meldingsprocedure zijn:

- (1) ruimtelijke uitbreiding van een bestaand gebouw of verplaatsing van infrastructuur (bijvoorbeeld naar een buitenpolikliniek) en
- (2) bouw in verband met de uitbreiding van het aantal functie-eenheden, mits het aantal bedden niet wordt uitgebreid en er voldoende financiële middelen zijn opgebouwd. Indien de benodigde financiële middelen niet aanwezig zijn, dan dient de instelling toch een vergunning aan te vragen. Melding geschiedt bij het CBZ. De procedure is doorgaans binnen acht weken afgerond. Het CBZ geeft geen inhoudelijk oordeel; er wordt alleen op rechtmatigheid getoetst. De initiatiefnemer krijgt daarvan een bevestiging en mag dan beginnen met de uitvoering.

Een WZV-vergunning kan geweigerd worden als de beoogde bouw:

1. tekortschiet uit het oogpunt van doelmatigheid;
2. voorzieningen bevat die niet een noodzakelijk bestanddeel van de ziekenhuisvoorziening vormen;
3. kan leiden tot de toepassing van tarieven die hoger zijn dan in het algemeen belang verantwoord is te achten. In de Regeling bouwmaatstaven WZV<sup>39</sup> is dit nader uitgewerkt. In die

<sup>38</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 28 994, nr. 1, blz. 6.

<sup>39</sup> Stcr. 2003, nr. 147.

regeling is bepaald dat de beoogde bouw tot die hogere tarieven kan leiden wanneer het vervangende nieuwbouw of nagenoeg algehele renovatie betreft binnen vijftig jaar na ingebruikname.

Alvorens een ziekenhuis een vergunning kan krijgen, moet het in het bezit zijn van een verklaring van behoefte<sup>40</sup>. De Minister van VWS geeft zo'n verklaring af als blijkt dat aan de bouw van dat ziekenhuis behoefte bestaat. Om die behoefte te kunnen bepalen, toetst de Minister het plan aan beleidsregels.

ZBC's hebben sinds 1 juli 2003 geen verklaring van behoefte nodig<sup>41</sup>: zij kunnen direct een vergunning aanvragen bij het CBZ. Het CBZ toetst bij een vergunningaanvraag van een ZBC of het ZBC een not-for-profit-rechtspersoon is zoals een stichting<sup>42</sup> en of het deel uitmaakt van een ziekenhuis. Een ziekenhuis mag deelnemen in een ZBC, mits de transparantie en zelfstandigheid van de bedrijfsvoering van het ZBC zijn gewaarborgd, hetgeen tot uiting moet komen in een eigen rechtspersoon zonder winstoogmerk, eigen tarieven, eigen contracten met verzekeraars, eigen verslaglegging en een eigen fiscale eenheid. Daarnaast toetst het CBZ aan bouwkundig-functionele eisen, waarbij wordt gekeken of het ZBC qua grootte en kosten voor de infrastructuur voldoet aan de gangbare maatstaven en of de voorgenomen bouw qua installatietechniek in orde is.

Ziekenhuizen mogen elke vorm van ziekenhuiszorg leveren. Voor zorg die is gereguleerd op grond van de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen, is een vergunning op grond van die wet vereist. ZBC's mogen alleen die zorg leveren die poliklinisch of in dagbehandeling kan worden geleverd. Patiënten die binnen een behandelcentrum geholpen worden, moeten dezelfde dag naar huis kunnen.

De WZV maakt geen onderscheid tussen instellingen die zorg willen verlenen ten laste van de ziekenfondsverzekering en instellingen die dat niet willen: de WZV geldt ongeacht wie de bouw- en exploitatiekosten betaalt.

#### *Wet toelating zorginstellingen (WTZi)*

Het Wetsvoorstel toelating zorginstellingen (WTZi)<sup>43</sup> strekt tot intrekking van de WZV. Met dit wetsvoorstel wil de Minister van VWS de overheidssturing bij het bouwen en in gebruik nemen van zorginstellingen reduceren. De kern van de WTZi is het loskoppelen van de toelating van zorgondernemingen en de overheidsbemoediging met de bouw<sup>44</sup>. De WTZi biedt de mogelijkheid om op deelmarkten van de gezondheidszorg de toelating, planning en bouw gedifferentieerd te reguleren<sup>45</sup>.

Op grond van de WTZi kan onderscheid gemaakt worden tussen instellingen die zorg willen verlenen ten laste van de ziekenfondsverzekering en instellingen die dat niet willen. Voor ziekenhuizen en ZBC's die zorg verlenen ten laste van de collectieve middelen en andere zorginstellingen blijft het principe dat een toelating alleen kan worden verleend aan rechtspersonen

<sup>40</sup> Een aanvraag om een vergunning, als bedoeld in artikel 6, wordt niet in behandeling genomen, indien niet zijn afgegeven: een onherroepelijk geworden verklaring van Onze Minister waaruit blijkt dat de beoogde bouw past in een plan voor ziekenhuisvoorzieningen, behoudens voor zover een zodanige verklaring op grond van artikel 9 niet vereist is; (artikel 7, eerste lid, aanhef en onder a, van de WZV).

<sup>41</sup> Stcrt. 1 juli 2003, nr 123, blz. 17.

<sup>42</sup> Een vergunning kan uitsluitend worden verleend aan een rechtspersoon waarvan mag worden aangenomen dat zijn werkzaamheid niet is gericht op het behalen van winst (artikel 15, eerste lid, van de WZV).

<sup>43</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 659, nrs. 1-2.

<sup>44</sup> TK, 2004-2005, 29 800 XVI, nr. 25, blz. 6.

<sup>45</sup> Eerste Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 27659, nr. A

zonder winstoogmerk. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen echter categorieën van instellingen die collectief gefinancierde zorg verlenen, worden aangewezen voor wie het verbod op winstoogmerk niet langer geldt. Ziekenhuizen en ZBC's die geen zorg verlenen ten laste van de collectieve middelen, hebben in het kader van de WTZi net als nu een toelating nodig om zorg te mogen verlenen, maar de bouwregelgeving en het verbod op winstoogmerk gelden voor hen niet langer. Doordat deze zorginstellingen nog wel onder de reikwijdte van de WTZi vallen, is het voor de Minister van VWS mogelijk om hun bestaan te betrekken bij het beleid inzake de zorginfrastructuur.<sup>46</sup> Ook kunnen zo eisen worden gesteld aan de bestuursstructuur en aan de ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering van deze instellingen.<sup>47</sup>

### 3.2.2 Zorgverzekeraars

#### *Ziekenfondswet*

Op grond van de Ziekenfondswet heeft een ziekenfonds een toelating nodig van het CVZ. Zo'n toelating wordt alleen verleend aan een stichting of onderlinge waarborgmaatschappij. Een van de toelatingseisen is dat een ziekenfonds geen winst mag beogen. Verder moet het beleid van het ziekenfonds worden bepaald door personen die naar het oordeel van het CVZ voldoende deskundig zijn om de taken van een ziekenfonds uit te oefenen. De handelingen en antecedenten van die personen mogen geen aanleiding geven tot het oordeel dat de belangen van de verzekerden geschaad zouden kunnen worden bij de uitoefening van de taken van een ziekenfonds op grond van de Ziekenfondswet. Daarnaast moeten de statuten een redelijke invloed van de verzekerden op het bestuur waarborgen. Over de mate waarin verzekerden ten minste invloed moeten hebben op het bestuur van het ziekenfonds, kunnen bij algemene maatregel van bestuur nadere regels worden geformuleerd.

#### *Wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ)*

De verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hebben aanspraak op zorg in natura, dat wil zeggen: zij hebben recht op zorgverlening door een hulpverlener of instelling waarmee door de verzekeraar een overeenkomst is gesloten. De aanpassing van het overeenkomstenstelsel past in de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel. Dit is enerzijds nodig ter versterking van de regierol van de verzekeraars in het kader van de beleidsontwikkeling in de gezondheidszorg en anderzijds vanwege het gebrek aan dynamiek in het overeenkomstenstelsel als gevolg van de verplichte landelijke overeenkomsten. Daarnaast bestaat er spanning tussen het mededingingsbeleid en het overeenkomstenstelsel als gevolg van de collectieve elementen in het huidige stelsel.

Het wetsvoorstel HOZ omvat de volgende maatregelen:

- het afschaffen van de landelijk geldende uitkomsten van overleg en modelovereenkomsten in de Zfw en de AWBZ;
- het faciliteren van contractvrijheid voor verzekeraars en zorginstellingen, door te regelen dat de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht afgeschaft kunnen worden voor die

<sup>46</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 659, nr. 3, blz. 15.

<sup>47</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 659, nr. 3, blz. 16.

vormen van zorg en categorieën zorginstellingen die daartoe bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (AMvB) worden aangewezen<sup>48</sup>;

- het wegnemen van formele belemmeringen om zorg aan Nederlandse verzekerden te verlenen voor zorgaanbieders gevestigd in een EU-<sup>49</sup> of EER-<sup>50</sup>land, of in een verdragsland.

Het wetsvoorstel is erop gericht om de verzekeraars en de zorgaanbieders meer mogelijkheden te bieden zelf invulling te geven aan hun contractuele relatie. Hierdoor zal er meer ruimte ontstaan voor het maken van afspraken die zijn toegesneden op de lokale vraag naar zorg.

Op grond van artikel 11 van de Ziekenfondswet hebben ziekenfondsverzekerden voor bepaalde vormen van zorg jegens het ziekenfonds de keuze tussen zorg in natura of vergoeding van de voor die zorg gemaakte kosten (restitutie)<sup>51</sup>. Op grond van artikel 11 moet aan twee voorwaarden zijn voldaan, alvorens een verzekerde voor een vorm van zorg restitutie kan ontvangen. Ten eerste mag er geen contracteerplicht meer bestaan voor die vorm van zorg. Ten tweede dient er op grond van de WTG geen tarief voor de zorg te worden vastgesteld.

#### *Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998)*

De Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998) garandeert bepaalde niet-ziekenfondsverzekerden het recht op een standaardpakket. Dit pakket stemt in grote lijnen overeen met het ziekenfondspakket. In de praktijk sluiten de meeste particuliere verzekeringen qua pakket aan op het ziekenfondspakket. In het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden is sinds 1 januari 1996 geregeld dat als verzekerden in de zin van de Ziekenfondswet geen recht hebben op paramedische hulp, particulier verzekerden die recht hebben op het vergoedingenpakket op grond van de WTZ 1998, eveneens geen aanspraak hebben op vergoeding van die hulp. Voor de zorg die buiten het standaardpakket valt, kunnen consumenten zich vrijwillig aanvullend verzekeren.

#### *Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 (WTV 1993)*

Op grond van de Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993 (WTV 1993) moeten particuliere zorgverzekeraars in het bezit zijn van een vergunning van De Nederlandsche Bank<sup>52</sup> (DNB). Die vergunningsplicht geldt voor iedereen die een verzekering wil beginnen, maar niet voor ziekenfondsen. Een vergunning wordt alleen verleend aan een Naamloze Vennootschap of een onderlinge waarborgmaatschappij. Particuliere zorgverzekeraars mogen winst maken. De winst bij een NV gaat gedeeltelijk naar de aandeelhouders. De winst bij een onderlinge waarborgmaatschappij vindt haar bestemming binnen het bedrijf (bijvoorbeeld voor reservevorming of premieverlaging). Een van de toelatingseisen is dat de personen die het dagelijks beleid van een verzekeraar bepalen, naar het oordeel van de DNB voldoende deskundig zijn om het verzekeringsoverzicht uit te oefenen. De voornemens, handelingen of antecedenten van de personen die het beleid van de verzekeraar bepalen of mede bepalen, moeten de DNB in het belang van de verzekerden overtuigen van de betrouwbaarheid van deze personen. Ook dient de vergunningsaanvrager solvabel te zijn, onder meer om de kosten voor de inrichting van de administratie te kunnen dragen.

<sup>48</sup> De AWBZ kent al de mogelijkheid om bij AMvB te bepalen in welke gevallen van de contracteerplicht kan worden afgeweken. De contracteerplicht van verzekeraars jegens de vrije beroepsbeoefenaren is al sinds 1992 afgeschaft (Wet beperking contracteerplicht en invoering maximumtarieven).

<sup>49</sup> EU staat voor Europese Unie.

<sup>50</sup> EER staat voor Europees Economische Ruimte. Hiertoe behoren de landen van de Europese Unie plus IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

<sup>51</sup> Eerste Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 28994, nr 22.

<sup>52</sup> Artikel 24, eerste lid, van de WTV 1993 bepaalt onder meer dat het verboden is om het directe verzekeringsoverzicht uit te oefenen zonder een vergunning van de Pensioen- & Verzekeringkamer. Bij wet van 13 oktober 2004 is bepaald dat de DNB N.V. alle taken en bevoegdheden uitoefent die bij of krachtens enige wet aan de PVK zijn toegekend.

Een buitenlandse zorgverzekeraar uit een EU-lidstaat, die in Nederland een bijkantoor wil openen, moet de DNB daarvan schriftelijk in kennis stellen. Hij moet een vergelijkbare vergunning hebben in het land van herkomst en moet onder meer beschikken over voldoende solvabiliteitsmarge. Ook het programma van werkzaamheden moet aan de DNB worden overlegd.

### *Zorgverzekeringswet*

Na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 (ZVW) is er één nieuwe basisverzekering voor curatieve zorg. De huidige verschillen tussen ziekenfonds- en particuliere zorgverzekering vervallen daarmee. De ZVW omvat een standaardpakket van noodzakelijke zorg. Het verzekerde pakket sluit aan bij het verzekeringspakket van de ziekenfondsverzekering en WTZ 1998 op het moment van invoering van de nieuwe wet. De aanspraken voor verzekerden worden functiegericht omschreven. De wetgever bepaalt wat tot het pakket behoort en wanneer daarop aanspraak bestaat; de zorgverzekeraar kan bepalen bij wie hij de zorg inkoopt. Voor de zorg die buiten het standaardpakket valt, kunnen consumenten zich vrijwillig aanvullend verzekeren.

De ZVW wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars, die zich daartoe aanmelden bij het CTZ. De toelating door het CVZ vervalt. Wel moeten de zorgverzekeraars beschikken over de vergunning van DNB en is erin voorzien dat het CTZ de modelverzekeringopolissen die op de markt worden gebracht, vooraf beoordeelt.

De zorgverzekeraar is verplicht om ten aanzien van het standaardpakket iedereen te accepteren die binnen zijn werkgebied woont. Een systeem van risicoverevening maakt de acceptatieplicht mogelijk en voorkomt risicoselectie. Voor de zorgverzekeraar geldt tevens een zorgplicht. De verzekerde heeft óf recht op zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener (zorg in natura), óf recht op vergoeding van gemaakte kosten (restitutie) óf recht op vergoeding van gemaakte kosten met daarbij desgewenst bemiddeling van de zorgverzekeraar. De verzekeraar kan verschillende polissen aanbieden: een polis met vooraf gecontracteerde zorg, een polis met kostenvergoeding of varianten daarop.

In 2006 zullen CTG/ZAio en het CTZ opgaan in de Zorgautoriteit. Beide organisaties zijn momenteel bezig de integratie voor te bereiden. Om voor de periode tot de oprichting van de Zorgautoriteit de taakverdeling tussen het CTZ, CTG/ZAio en de NMa te regelen, wordt een samenwerkingsprotocol opgesteld ter aanvulling op het samenwerkingsprotocol tussen CTG/ZAio en de NMa. Dit aanvullende samenwerkingsprotocol is van toepassing wanneer er bij de behandeling van mededingingsaangelegenheden sprake is van samenloop met de bevoegdheden van het CTZ.

## 4. VOLDOENDE AANBIEDERS

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk analyseert of er in de zorg zowel voldoende zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn om concurrentie van de grond te laten komen. Daarbij staat de vraag centraal hoe hun aantal kan worden beïnvloed.

Het hoofdstuk begint met een korte schets van het huidige aanbod en de mate waarin sprake is van schaal- en scopevoordelen (paragraaf 4.2 en 4.3). Vervolgens besteedt paragraaf 4.4 aandacht aan toetredingsdrempels. Deze komen vooral voort uit wet- en regelgeving van het Ministerie van VWS. Daarna is in paragraaf 4.5 het fusiebeleid aan de orde en in paragraaf 4.6 het beleid ten aanzien van verticale integratie. Het hoofdstuk eindigt in paragraaf 4.7 met aanbevelingen.

### 4.2 Huidige aanbod zorgaanbieders en zorgverzekeraars

In 2004 waren er in Nederland 89 algemene, 8 academische en 8 categorale ziekenhuizen. De afgelopen jaren is een flink aantal ziekenhuizen gefuseerd. Daarnaast waren er ongeveer 70 ZBC's en heeft het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) een tiental aanvragen ontvangen voor de oprichting van nieuwe ZBC's. Het aantal specialisten dat werkzaam is in ZBC's bedraagt ongeveer 170 fte<sup>53</sup>. Het aantal specialisten dat werkzaam is in de reguliere ziekenhuizen bedraagt naar schatting ongeveer 9000. In totaal werkten er in 2001 ruim 12.000 medisch specialisten in de ziekenhuizen en ZBC's.<sup>54</sup>

Bovendien kan een beroep worden gedaan op buitenlandse zorgaanbieders. Ten slotte zijn er de zogeheten privé-klinieken, maar omdat deze niet actief zijn in het B-segment, blijven deze in dit document buiten beschouwing.<sup>55</sup>

Patiënten zullen voor sommige DBC's uit het B-segment bereid zijn ver te reizen. Dan strekt de relevante markt zich bijvoorbeeld uit tot heel Nederland, of zelfs tot buiten de landsgrenzen. Daarentegen kan het voor andere DBC's belangrijk zijn dat een patiënt terecht kan bij een zorgaanbieder in de buurt, waardoor er sprake is van een regionale markt. In 1995 was bij 3% van de ziekenhuizen binnen een straal van 25 kilometer geen concurrerend ziekenhuis aanwezig. 44% van de ziekenhuizen had binnen een straal van 25 kilometer 1 tot 5 concurrenten. Sinds de fusiegolf zullen deze percentages lager liggen en dus ongunstiger zijn met het oog op concurrentie.<sup>56</sup>

Voldoende zorgaanbod is essentieel voor concurrentie; bij schaarste kunnen zorgaanbieders immers al snel hun machtspositie misbruiken. Een mogelijke kwetsbaarheid van de huidige situatie is de regionale concentratie van zorgaanbieders. Enerzijds kunnen wachtlijsten worden beschouwd als een indicatie voor een tekort aan aanbieders. Anderzijds zijn er diverse voorbeelden in de zorg,

---

<sup>53</sup> Naar opgave van het CBZ. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit aantal alleen geregistreerd wordt bij afgifte van een vergunning ex WZV. Een onbekend aantal ZBC's heeft nog geen aanvang gemaakt met de werkzaamheden. Bij de wel functionerende ZBC's kan het aantal in dienst zijnde specialisten inmiddels iets hoger liggen.

<sup>54</sup> Aantal geregistreerde medisch specialisten naar opgave van de Orde van Medisch Specialisten

<sup>55</sup> Deze instellingen verlenen louter en alleen zogenoemde derdecompartmentszorg, bijvoorbeeld cosmetische zorg zonder medische indicatie.

<sup>56</sup> Maarse c.s. uit: "Zorg voor concurrentie", Centraal Planbureau, 2003.

zoals beschreven in paragraaf 2.2.1, die erop wijzen dat de wachtlijsten geen gevolg zijn van een tekort aan aanbieders, maar van inefficiëntie.

Wat betreft het aanbod van zorgverzekeraars kan onderscheid worden gemaakt tussen de ziekenfondsenmarkt en de markt voor particuliere zorgverzekeraars. Binnen beide markten is de afgelopen jaren sprake geweest van fusies en overnames. In 2004 waren er in Nederland 22 ziekenfondsen en 38 particuliere zorgverzekeraars. Deze aantallen geven een enigszins vertekend beeld, omdat enkele concerns verscheidene ziekenfondsen of particuliere zorgverzekeraars omvatten en labels van hetzelfde concern niet met elkaar concurreren. Het totaal aantal concerns in Nederland is 33. De zorgverzekeraarsmarkt is niet evenredig over deze 33 concerns verdeeld: de 5 grootste verzekeraars hadden in 2002 een marktaandeel van 67%.<sup>57 58</sup>

Het aantal ziekenfondsen in Nederland zegt niet alles over de mate van concurrentie in deze markt. Tot 1992 waren ziekenfondsverzekerden verplicht aangesloten bij hun regionale verzekeraar. Alhoewel ziekenfondsverzekerden sindsdien vrij mogen kiezen, was in 2001 77% van de verzekerden nog steeds aangesloten bij de historische ziekenfondsverzekeraar. Dit percentage is daarna wat gedaald, doordat in 2003 veel verzekerden zijn overgestapt. De regionale oriëntatie van ziekenfondsen beperkt de mate van concurrentie.<sup>59</sup>

Naast de vraag of er op dit moment voldoende zorgaanbieders en verzekeraars zijn, is het belangrijk te onderzoeken of er potentieel voldoende aanbieders zijn voor concurrentie. Het potentieel aan aanbieders wordt bepaald door de aanwezigheid van schaal- en scopevoordelen (paragraaf 4.3) en de toetredingsdrempels (paragraaf 4.4). Dit hoofdstuk gaat niet verder in op verzekeraars, omdat bestaand onderzoek nauwelijks informatie biedt over schaalvoordelen bij verzekeraars en omdat (na de aangekondigde wetwijzigingen, zie hoofdstuk 3) verder geen noemenswaardige toetredingsdrempels meer aanwezig lijken te zijn voor verzekeraars.

### **4.3 Schaal- en scopevoordelen zorgaanbieders**

Schaal- en scopevoordelen zijn van invloed op het aantal marktpartijen dat in een markt actief kan zijn en daarmee op de mogelijkheden voor marktwerking. Schaal- en scopevoordelen kunnen betrekking hebben op kosten en kwaliteit.

#### *Kosten*

Schaalvoordelen doen zich voor als een productietoename lagere kosten per eenheid product oplevert. Doordat weinig onderzoek beschikbaar is over dit onderwerp, is het onduidelijk of er schaalvoordelen bij zorgaanbieders zijn. Naarmate schaalvoordelen kleiner zijn, wordt toetreding eenvoudiger, omdat een kleiner ziekenhuis of een ZBC minder hoeft te investeren in capaciteit dan een groot ziekenhuis.

Schaalvoordelen doen zich volgens respondenten op het consultatiedocument voor bij het benutten van dure apparatuur en infrastructuur en wanneer een sterke standaardisatie van het zorgproduct mogelijk is<sup>60</sup>. Ook doen zich volgens respondenten schaalvoordelen voor op het niveau van patiëntengroepen als het behandelteam beter op elkaar ingespeeld is en daardoor

<sup>57</sup> "Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte", NYFER, 2004

<sup>58</sup> Vektis, "Zorgthermometer: Informatie voor Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars" Zeist, 2003

<sup>59</sup> Gedetailleerde cijfers over marktaandelen per regio zijn helaas niet beschikbaar.

<sup>60</sup> ZBC's leveren bijvoorbeeld vaak maar een beperkt aantal zorgproducten die sterk gestandaardiseerd zijn. Ze zijn niet gericht op het leveren van maatwerk. Als er complicaties optreden en de patiënt langer dan 24 uur zorg nodig heeft, dan brengt een ZBC de patiënt over naar een ziekenhuis (product dat geleverd moet worden is dan niet meer zo standaard).

sneller kan werken. Het CPB concludeert<sup>61</sup> op grond van Nederlands onderzoek dat bij ziekenhuizen enige schaalvoordelen kunnen worden geconstateerd. Het wijst erop dat uit internationaal onderzoek blijkt dat de optimale schaal tussen 200 en 310 bedden ligt. Het gemiddelde ziekenhuis in Nederland heeft 505 bedden. Dit kan betekenen dat kleinere ziekenhuizen doelmatiger werken dan het gemiddelde ziekenhuis in Nederland. Doordat steeds meer behandelingen poliklinisch gebeuren, lijkt de eenheid 'bedden' echter een steeds minder goede parameter om schaaffecten te meten. De omvang van het adherentiegebied van een ziekenhuis zou een alternatieve graadmeter kunnen zijn. Onderzoek hierover is bij CTG/ZAIo niet bekend.

Bij electieve zorg in dagbehandeling (belangrijk deel van het B-segment) zijn er waarschijnlijk geen grote schaalvoordelen. Varkevisser *et al*<sup>62</sup> ziet in het feit dat de huidige ZBC's kleinschalig zijn en toch concurrerend werken, een bevestiging van het geringe belang van schaalvoordelen.

Scopevoordelen doen zich voor wanneer de gezamenlijke productie van een aantal verschillende producten goedkoper is dan de afzonderlijke productie daarvan. Scopevoordelen maken het gunstig voor een zorgaanbieder om een breed pakket van producten en diensten aan te bieden, terwijl bij afwezigheid van scopevoordelen specialisatie meer voordelen kan bieden<sup>63</sup>. Er is weinig onderzoek naar scopevoordelen in de zorgsector gedaan. Kittelsen en Magnussen<sup>64</sup> hebben wel onderzoek gedaan naar scopevoordelen bij zorgaanbieders. De conclusie van hun onderzoek is dat er sterke scopevoordelen zijn tussen chirurgie en medische services (verzorging) en dat er gemiddelde scopevoordelen zijn tussen intramurale en extramurale behandelingen.

Zowel de data als de methode om de scopevoordelen te identificeren, zijn betwistbaar. Het is onduidelijk of de conclusies van dit onderzoek ook houdbaar zijn in de Nederlandse markt van zorgaanbieders.

Het CPB wijst er in het eerdergenoemde rapport op dat uit literatuur blijkt dat de scopevoordelen kleiner zijn dan de schaalvoordelen. Ook Varkevisser *et al* wijzen er in hun rapport op dat het aantal levensvatbare kleinschalige ZBC's in Nederland een indicatie is voor de stelling dat de scopevoordelen de scopenadelen (zoals een moeilijker coördinatie) niet overtreffen. In toenemende mate worden dan ook initiatieven ontplooid om ZBC's op te zetten, ZBC's te ondersteunen, (financieel) te participeren in ZBC's en een deel van het zorgaanbod van ziekenhuizen te verplaatsen naar een gespecialiseerde kleinschaliger setting<sup>65</sup>.

Respondenten op het consultatiedocument wijzen erop dat de kostenvoordelen van ZBC's het gevolg kunnen zijn van het selecteren van gunstige risico's ('cherry picking'). Ze vrezen dat dit zal leiden tot oneerlijke concurrentie. Een ontwikkeling dat ZBC's zich alleen richten op de meer lucratieve DBC-behandelingen hoeft echter vanuit het oogpunt van concurrentie geen probleem te zijn, zolang instellingen die wel risicovolle patiënten behandelen daarvoor financieel voldoende worden gecompenseerd. De markt is hier alleen toe in staat als er voldoende transparantie is (zie

<sup>61</sup> CPB, 'Zorg voor concurrentie, een analyse van het zorgstelsel' CPB document No 28, januari 2003

<sup>62</sup> Zie Varkevisser, M, van der Geest, S.A., Schut, F.T. en Dijkgraaf E. 'Gedereguleerde concurrentie in de curatieve zorg, De deelmarkten spoedeisende hulp en electieve zorg in dagbehandeling' OCFEB, Rotterdam 2003.

<sup>63</sup> Sommige partijen zeggen dat er scopevoordelen zijn als je spoedeisende en electieve zorg tegelijk aanbiedt. Dit omdat de kosten van het beschikbaar hebben van personeel en voorzieningen voor spoedeisende activiteiten kunnen worden beperkt door deze ook in te zetten voor andere activiteiten. Aan de ander kant merkt Quetal op dat een aantal innoverende organisaties in de ziekenhuiszorg (zoals Rhoen Klinikum in Duitsland) juist een strikte organisatorische scheiding tussen acute en planbare zorg aanbrengt om efficiënter te kunnen werken. Hierdoor is de bewering dat economies of scope in de curatieve zorg aanzienlijk zijn, op zijn minst twijfelachtig.

<sup>64</sup> Kittelsen, S.V.A.C. en Magnussen J. "Economies of scope in Norwegian hospital production, a DEA analysis", Working paper 2003:8, University of Oslo, health economics research programme

<sup>65</sup> College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Het zelfstandige behandelcentrum: van noodzakelijk kwaad tot nuttig goed?, Den Haag, 2003.

Hoofdstuk 5). Deze instellingen hebben er derhalve baat bij om verzekeraars inzicht te geven in het risicoprofiel van de patiënten die ze behandelen.

Daarbij hebben ZBC's ook kostennadelen ten opzichte van de ziekenhuizen. Zo zijn ZBC's volledig risicodragend voor hun kapitaalslasten en kunnen ze vaak minder profiteren van de BTW-vrijstelling (paragraaf 4.4.1).

#### *Kwaliteit*

De zorgkwaliteit is – door een gebrek aan data – nagenoeg nooit in onderzoeken over schaal- en scopevoordelen betrokken. Wel geven respondenten op het consultatiedocument aanwijzingen dat specialisatie en leereffecten op het niveau van patiëntengroepen kunnen leiden tot schaalvoordelen op het gebied van kwaliteit. De kwaliteit van de patiëntenzorg gaat er volgens respondenten aanzienlijk op vooruit wanneer het behandelteam meer op elkaar ingespeeld is, meer ervaren is en volgens bepaalde principes werkt. Uit onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat de mortaliteit van operatiepatiënten aanzienlijk daalt wanneer de operateur per jaar meer operaties van een bepaald type uitvoert, uiteraard tot een bepaalde bovengrens. Daarnaast geven de respondenten aanwijzingen dat schaalvoordelen optreden bij complexe diagnostische en therapeutische interventies, zowel met betrekking tot efficiëntie als kwaliteit. Hoe groter het aantal risicovolle operaties dat een ziekenhuis uitvoert, hoe beter de uitkomsten in het algemeen zijn.

#### *Conclusie*

Uit het bovenstaande valt te concluderen dat er aanwijzingen zijn voor beperkte schaal- en scopevoordelen, vooral op het gebied van kwaliteit. Omdat die voordelen beperkt zijn, vormen zij geen belemmering voor marktwerking.

## **4.4 Toetredingsdrempels zorgaanbieders**

Toetredingsdrempels beperken het aantal zorginstellingen, medisch specialisten en zorgverzekeraars dat kan toetreden tot de markt. Door hoge toetredingsdrempels kunnen er te weinig aanbieders op de markt zijn: zij werken in die zin in het algemeen concurrentiebeperkend. Als toetreding tot de markt relatief eenvoudig is, zullen bestaande aanbieders binnen korte tijd gezelschap krijgen van nieuwe aanbieders die ook hun deel van de markt zullen opeisen. Daadwerkelijke toetreding is niet per se nodig. Ook de dreiging van toetreding kan concurrentiedruk geven. De dreiging van toetreding neemt toe als toetreding makkelijker en sneller te realiseren is. Wanneer de voorbereiding langdurig is en veel kost, neemt die dreiging af. Daarnaast kunnen toetredingsdrempels de concurrentie verstoren wanneer ze niet gelijk zijn voor alle marktpartijen. Dergelijke toetredingsdrempels creëren een ongelijk speelveld. Het waar mogelijk wegnemen van hoge toetredingsdrempels en het effenen van ongelijke toetredingsdrempels is dan ook een van de voornaamste instrumenten om de concurrentie op een markt op gang te krijgen. In deze paragraaf komen toetredingsdrempels bij zorginstellingen en medisch specialisten aan de orde.

### **4.4.1 Zorginstellingen**

Voor de bouw en exploitatie van een ziekenhuis of ZBC gelden specifieke eisen op grond van de Ziekenfondswet, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de WTG. Deze zijn reeds besproken in hoofdstuk 3. Deze paragraaf kijkt naar de (ongelijke) toetredingsdrempels die voortkomen uit de

WZV, Wet Toelating Zorginstellingen, de WTG, het Waarborgfonds voor de zorgsector, de CAO Ziekenhuizen en de BTW-vrijstelling voor zorg.

#### *Wet Ziekenhuisvoorzieningen*

Onder het huidige wettelijke kader (de WZV) zijn er nauwelijks door de overheid opgelegde toetredingsdrempels voor ziekenhuizen meer aanwezig anders dan van financiële aard (prioriteitenlijst). Een nieuw ziekenhuis dat tot de markt wil toetreden, heeft een verklaring van behoefte nodig. De Minister van VWS geeft zo'n verklaring af als blijkt dat aan de bouw van dat ziekenhuis behoefte bestaat. Het CBZ geeft in reactie op het consultatiedocument aan dat de toets inzake spreiding en behoefte in de verklaringsfase feitelijk is vervallen. Een advies van de ziektekostenverzekeraar/regiovertegenwoordiging is voldoende. Een verklaring voor een ziekenhuis en de daarop volgende vergunning worden dan ook vrijwel nooit geweigerd. Aan de andere kant hebben zich de laatste decennia nauwelijks nieuwe ziekenhuizen aangemeld.

Wel is het zo dat de budgetten tot 2008 al zijn verdeeld. Nieuwe bouwaanvragen worden wel behandeld, maar er zijn geen middelen voor. Dit houdt in dat nieuwe projecten tot 2008 niet gerealiseerd kunnen worden, tenzij een project dat al op de prioriteitenlijst is opgenomen, vervalt. CTG/ZAIo ziet dit als een toetredingsdrempel.

Voor ZBC's vormt het feit dat zij een kleiner zorgpakket mogen aanbieden (geen klinische DBC's) tot nu toe een belemmering. Met het voornemen van de Minister om ZBC's ook de mogelijkheid te geven in het B-segment klinische DBC's te leveren wordt een belangrijke toetredingsdrempel weggenomen die voor een gelijk speelveld voor ziekenhuizen en ZBC's zorgt. Respondenten op het consultatiedocument zijn wel bezorgd dat ZBC's bij het eventueel aanbieden van klinische zorg in het B-segment gaan selecteren aan de poort (zie paragraaf 4.3). Het is echter de vraag of ZBC's klinische DBC's gaan aanbieden, gelet op de benodigde extra investeringen en een verhoogde kans op een lager rendement vanwege beperkte bedbezetting.

#### *Wet Toelating Zorginstellingen (strekt tot intrekking van de WZV)*

De WTZi biedt de mogelijkheid om aan (categorieën) van zorgaanbieders het winstmotief toe te staan<sup>66</sup>. De mogelijkheid tot winststreven zal het potentiële aanbod van nieuwe zorginstellingen groter maken. Het aantal potentiële toetreders dat naar winst streeft, is namelijk veel groter dan het aantal niet naar winst strevende ondernemingen. Ook de toegang tot de kapitaalmarkt verbetert.<sup>67 68</sup> Het toestaan van een winstoogmerk betekent dat er winst mag worden uitgekeerd aan eigenaren of aandeelhouders.

De extra concurrentie die ontstaat door het toelaten van winstgerichte aanbieders kan een welkome impuls geven aan de klantgerichtheid, de efficiëntie en de innovatie in de sector. Het CPB<sup>69</sup> constateert overigens dat het onderscheid tussen het wel of niet toestaan van winststreven in de zorg vaak minder scherp is dan in andere sectoren, omdat binnen ziekenhuizen ook maatschappen van specialisten aanwezig zijn die wel naar winst mogen streven. Als het verbod op winstoogmerk vervalt, mogen instellingen geen clementie kunnen verwachten bij dreigend

<sup>66</sup> Tweede Kamer vergaderjaar 2004-2005, 29 800 XVI, nr. 25, p2

<sup>67</sup> Wel is het zo dat de kapitaalverschaffers een vergoeding op het geïnvesteerd vermogen moeten verdienen om investeringen te kunnen financieren.

<sup>68</sup> Vanuit de sector leeft het gevoel dat het opheffen van het verbod op een winstoogmerk niet tot maatschappelijk onverantwoord gedrag mag leiden. Het mag bijvoorbeeld niet tot extreme voordelen voor enkele topbestuurders of aandeelhouders leiden en het kan niet zo zijn dat aanbieders of verzekeraars met publiek geld grote winsten behalen, terwijl er wachtlijsten zijn of bepaalde vormen van noodzakelijke zorg niet worden geleverd.

<sup>69</sup> CPB, 'Zorg voor concurrentie, een analyse van het zorgstelsel' CPB document No 28, januari 2003.

faillissement. Clementie zou namelijk het nemen van onverantwoord grote operationele en financiële risico's stimuleren. Een mogelijke complicatie hierbij is, dat het A- en B-segment in bestaande instellingen organisatorisch en economisch niet goed gescheiden zijn (het laatste geldt met name ten aanzien van de arbeidscomponent).

Uit de literatuur over de marktwerking in de VS blijkt dat ondernemingen zonder winstoogmerk zich niet systematisch anders gedragen dan ondernemingen met winstoogmerk in termen van klantgerichtheid, de geleverde kwaliteit et cetera. Het niet naar winst streven impliceert dus geen beter gedrag in die zin dat er dan minder misbruik zou worden gemaakt van marktmacht. In het algemeen lijkt de mate waarin ziekenhuizen in de VS concurrentie ondervinden, hun gedrag meer te beïnvloeden dan het (ontbreken van) winststreven.<sup>70</sup> In eerste instantie blijken instellingen in de VS die naar winst streven, zich vaker schuldig te maken aan 'upcoding' (dat wil zeggen een behandeling als duurder behandeling classificeren) dan niet naar winst strevende instellingen, maar niet naar winst strevende instellingen nemen dit gedrag wél over.<sup>71</sup> Als het streven naar winst wordt toegelaten, dient CTG/ZAio de effecten te monitoren om VWS inzicht te kunnen geven in de effecten van de maatregelen. Daarbij is het zaak niet alleen aandacht te besteden aan de gevolgen voor prijs, kwaliteit en ongewenst gedrag (zoals risicoselectie en upcoding), maar ook bijvoorbeeld aan de toegankelijkheid voor bepaalde patiëntengroepen. Zo worden verschillen verwacht tussen het zorgaanbod van op winst gerichte instellingen en dat van niet op winst gerichte instellingen. Instellingen kunnen namelijk de 'krenten uit de pap' pikken, waardoor de positie van instellingen met een breed zorgpakket geschaad kan worden (zie paragraaf 4.3). Bovendien moet CTG/ZAio verschillen in prijs, kwaliteit en ongewenst gedrag in beeld brengen tussen naar winst strevende instellingen en niet naar winst strevende instellingen. In aanvulling op de gegevens uit de MDS moet bekend zijn welke instellingen al dan niet winstgericht zijn en is informatie over de kwaliteit nodig. CTG/ZAio kan de bevindingen ook gebruiken om zelf te interveniëren (zie paragraaf 6.2 en 6.3) en kan ze doorgeven aan de NMa voor de uitvoering van de Mededingingswet.

#### *Wet tarieven gezondheidszorg*

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) is uitvoerig besproken in hoofdstuk 3. Deze wet geldt, net als de WZV, ongeacht wie de kosten van de zorgverlening betaalt. Ook de werking van de WTG is niet beperkt tot de kosten die ten laste van de ziekenfondsen komen.

Op grond van door CTG/ZAio vastgestelde beleidsregels geldt voor ziekenhuizen een budgetstelsel: aan de hand van beleidsregels en daarin opgenomen parameterwaarden maken ziekenhuis en zorgverzekeraar afspraken over het budget van het ziekenhuis. CTG/ZAio toetst die afspraken en stelt het budget vast. CTG/ZAio stelt daarnaast tarieven vast die het ziekenhuis in rekening mag brengen. De opbrengsten uit deze tarieven fungeren als financiering van het budget. Komen er meer of minder inkomsten binnen om het budget te financieren, dan vindt verrekening plaats. Dit gebeurde tot 1 januari 2005 via het zogenoemde sluittarief per verpleegdag en vanaf 1 januari door een verrekenpercentage per DBC toe te passen. Vanaf 1 februari 2005 geldt de budgetsystematiek alleen voor zorg in het A-segment. Voor de kapitaalslasten blijft de budgetsystematiek vooralsnog gehandhaafd, ook in het B-segment.

Voor ZBC's geldt geen budgetsystematiek, ook niet voor de zorg die zij in het A-segment leveren.

<sup>70</sup> Zie bijvoorbeeld Duggan, 'Hospital market structure from not-for-profit status', NBER 7966, 2000

<sup>71</sup> Zie Silverman en Skinner 'Medicare upcoding and hospital ownership', Journal of Health Economics, 2004.

Voor een gelijk speelveld is het van belang dat alle zorginstellingen vergelijkbare financiële ruimte hebben voor verzonken kosten. Verzonken kosten zijn investeringskosten die bij een andere aanwending van de investering dan waarvoor die oorspronkelijk was bedoeld, niet meer kunnen worden terugverdiend. Verzonken kosten kunnen dus niet worden terugverdiend als een zorginstelling de markt verlaat. Veel investeringen zijn niet verzonken, omdat ze bij een alternatieve aanwending geld opleveren. Zo is het mogelijk de investering in een pand (gedeeltelijk) terug te verdienen door het een andere bestemming te geven (bijvoorbeeld een ziekenhuisgebouw kan dienen als hotel of kantoorpand) of investeringen in medische apparatuur (gedeeltelijk) terug te verdienen door ze aan andere zorgaanbieders te verkopen. Voorbeelden van verzonken kosten zijn kosten van zeer specifieke investeringen in kennis en apparatuur die niet aan andere aanbieders verkocht kunnen worden.

De ziekenhuizen worden gefinancierd op basis van door CTG/ZAiO vastgestelde tarieven. In de DBC-tarieven voor het A-segment wordt een normatieve vergoeding voor de kapitaalslasten van de infrastructuur opgenomen. Deze tarieven zijn ook van toepassing voor de niet gebudgetteerde aanbieders. Na invoering van de DBC-systematiek en de introductie van het B-segment blijft voor de ziekenhuizen de budgettering van de kapitaalslasten van kracht. De ziekenhuizen lopen over dit deel dus geen of althans een beperkt risico. Hierdoor bestaat in principe de mogelijkheid om in het B-segment oneigenlijk te concurreren op de prijs ten opzichte van andere aanbieders als ZBC's (oneerlijk speelveld). Om dit tegen te gaan, wordt een genormeerd deel van de gerealiseerde omzet in het B-segment (12,5%) aangemerkt als dekking van het kapitaalslastenbudget.

#### *Waarborgfonds voor de Zorgsector*

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (*WfZ*) is een onafhankelijk instituut dat zorginstellingen de mogelijkheid biedt voordelige leningen af te sluiten voor investeringen. Het betreft investeringen waarvan de rente en aflossing via de WTG in het budget van de instelling worden vergoed (bouw, instandhouding, inventaris). Het *WfZ* garandeert geldgevers de betaling van rente en aflossing. Met deze borging wordt een lening risicoloos, wat zich vertaalt in een aanzienlijk rentevoordeel voor de geldnemer i.c. de zorginstelling. Een *WfZ*-geborgde lening is bovendien solvabiliteitsvrij wat extra rentevoordeel oplevert. Het rentevoordeel dat zorginstellingen met een garantiestelling van het *WfZ* behalen, mogen zij houden.

Om voor *WfZ*-borging in aanmerking te komen, is deelname aan het *WfZ* verplicht. Zorginstellingen die vallen onder de WZV, WTG en Ziekenfondswet en waarvoor de contracteerplicht geldt, kunnen aan het *WfZ* deelnemen. Het *WfZ* toetst de financiële bedrijfsvoering van kandidaat-deelnemers aan een gedegen toetredingsprotocol. Als ze financieel gezond zijn, worden ze ingeschreven. Jaarlijks vindt een herbeoordeling plaats.

Ziekenhuizen kunnen aan het *WfZ* deelnemen. Omdat voor ZBC's op grond van het Besluit erkenning categorieën van instellingen Ziekenfondswet de contracteerplicht niet geldt, zijn zij in de statuten van het *WfZ* uitgesloten van deelname. Het is nog onbekend wat het effect van de opheffing van de contracteerplicht voor het B-segment betekent voor de deelname aan het *WfZ* van ziekenhuizen die DBC's uit het B-segment aanbieden.

Het feit dat ZBC's thans geen toegang hebben tot het *WfZ* is niet alleen te verklaren door de historische ontwikkeling van het *WfZ*, maar valt ook op basis van inhoudelijke gronden te beargumenteren. Vanuit het oogpunt van risicobeoordeling is de contracteerplicht van belang. In de huidige situatie vormt dit een wezenlijk onderscheid tussen ZBC's en ziekenhuizen: voor

ziekenhuizen die zijn toegelaten, geldt de contracteerplicht wel, voor ZBC's niet. Naarmate de situatie voor zorginstellingen binnen de formele afbakening van het WfZ-deelnemersveld inhoudelijk meer gaat lijken op de situatie van zorginstellingen buiten deze afbakening, wordt het moeilijker om een categorische uitsluiting te beargumenteren. Indien ook voor ziekenhuizen de contracteerverplichting vervalt, kan dit argument vanzelfsprekend niet langer gehanteerd worden als argument voor categorische uitsluiting van ZBC's. Deze conclusie is binnen het WfZ al in 2002 getrokken. Dit betekent overigens niet dat met het vervallen van de contracteerverplichting de risicoperceptie van het WfZ ten aanzien van ziekenhuizen en ZBC's per definitie identiek wordt. Naast de contracteerverplichting hebben immers vele andere factoren een invloed op het risicoprofiel van een instelling zoals de schaalomvang. Het WfZ heeft al een aantal initiatieven ontplooid om tegemoet te komen aan eventuele mededingingsrechtelijke discussiepunten:

1. Het WfZ is in overleg getreden met de vier brancheorganisaties die het WfZ hebben opgericht (NVZ, Arcares, VGN en GGZ Nederland) om te bezien of, en zo ja op welke wijze de statuten van het WfZ aangepast dienen te worden om ZBC's (en andere mogelijke belangstellenden) in de toekomst toegang tot het WfZ te kunnen verschaffen. Ook wordt in dit kader bezien op welke wijze de betrokkenheid van de vier verenigingen gecontinueerd dient te worden.
2. Het WfZ heeft aangegeven op 1 januari 2005 de tariefstructuur te veranderen. Onder de huidige regeling wordt onder meer jaarlijks een vast bedrag voor herbeoordelingskosten in rekening gebracht. Dit resulteert feitelijk in een financiële drempel. Een kosten-batenafweging leidt bij investeringsbedragen kleiner dan ongeveer € 1 miljoen al snel tot de conclusie dat deelname aan het WfZ niet lonend is. De nieuwe regeling, waarbij louter een procentuele heffing geldt, neemt deze drempel weg.

De conclusie is dat de uitvoering van bovenstaande initiatieven een stap in de richting is om tot gelijke concurrentievoorwaarden te komen.

Overigens kan de vraag worden gesteld in hoeverre het bestaan van het WfZ de kapitaalmarkt belemmert. Een vrije kapitaalmarkt heeft een stimulerende werking op de concurrentie op de productmarkt, doordat banken en *rating agencies* de financiële situatie, het management en de businessplannen van bedrijven beoordelen. Deze beoordeling heeft dan direct impact op de kosten van vreemd vermogen.

#### *CAO Ziekenhuizen*

De CAO Ziekenhuizen zou als een toetredingsdrempel bestempeld kunnen worden. De beloningsstructuur kan star worden genoemd door de vaste schalen en de ingebouwde plafonds die hierin zijn opgenomen (waardoor er na een bepaalde periode geen groeimogelijkheden meer zijn) en het gebrek aan andere beloningsvormen op secundair gebied (auto's en dergelijke). Beide factoren maken een beroep in de zorg ten opzichte van andere beroepen minder aantrekkelijk. Ook worden contracten voor onbepaalde tijd gesloten en is personeel niet flexibel inzetbaar (CAO-bepalingen) wat ten koste gaat van de flexibiliteit en dynamiek als marktomstandigheden veranderen. De huidige CAO zou dus belemmerend kunnen werken in een meer vraaggerichte omgeving, waarin een flexibele inzet van personeel belangrijker wordt.

De CAO Ziekenhuizen is een resultaat van onderhandelingen tussen marktpartijen. Naarmate concurrentie meer op gang komt, is het te verwachten dat werkgevers in de zorg zullen aandringen op beloningsvormen op secundair gebied en flexibele en tijdelijke contracten.

### *BTW-vrijstelling*

Een laatste factor die een ongelijk speelveld tussen ziekenhuizen en kleinere aanbieders veroorzaakt is de BTW-vrijstelling. Doordat grote instellingen de productie van zorggerelateerde en andere diensten van bijvoorbeeld ondersteunende aard (administratie, catering, sterilisatie, management) in eigen beheer uitvoeren (door de schaalgrootte is dit een aantrekkelijke optie), is hierover geen BTW verschuldigd. Startende private ondernemingen op ZBC-niveau moeten dit soort diensten vanwege hun geringe omvang van derden betrekken en betalen daardoor wel BTW. Doordat bestaande zorginstellingen (met name ziekenhuizen) bepaalde kosten via het nacalculatieregime onder voorwaarden alsnog vergoed kunnen krijgen, wordt het voor hen nog aantrekkelijker om meer diensten in eigen beheer uit te voeren. Het risico bestaat dat ziekenhuizen door de BTW-vrijstelling en nacalculatie vaker ondersteunende diensten in eigen beheer uitvoeren dan vanuit efficiëntie-overwegingen wenselijk is. Doordat ZBC's minder kunnen profiteren van de BTW-vrijstelling en nacalculatie ontbreekt, ontstaat bovendien een ongelijk speelveld. Om toch te kunnen concurreren, dienen ZBC's een stuk efficiënter te zijn dan ziekenhuizen.

Een optie om een gelijk speelveld te creëren, is de BTW-vrijstelling te beperken tot werkelijke zorgproducten en -diensten<sup>72</sup> (dus geen BTW-vrijstelling meer voor ondersteunende diensten). CTG/ZAIo beveelt VWS aan om onderzoek te doen naar de haalbaarheid van deze optie.

#### 4.4.2 Medisch specialisten

Van respondenten op het consultatiedocument komen signalen dat het voor ZBC's moeilijk kan zijn om medisch specialisten aan te trekken. Dit kan een impliciete toetredingsdrempel vormen voor nieuwe toetreders. Hiervoor werden door de respondenten twee redenen aangewezen. Ten eerste kan het werken bij ZBC's als minder uitdagend worden ervaren: doordat ZBC's zich vaak richten op het uitvoeren van standaardoperaties, is er immers weinig variatie in het werk. Daarnaast gaat de medisch specialist er qua inkomsten niet op voor- of achteruit als hij bij een ZBC gaat werken: zijn inkomsten bij een ZBC worden immers verrekend met de lumpsum van het ziekenhuis waar hij werkt. Het is hem dus om het even waar hij werkt door het ontbreken van een directe financiële prikkel. Deze paragraaf onderzoekt de eventuele samenhang tussen de toetreding van medisch specialisten bij ZBC's en regelgeving. Hiertoe is achtereenvolgens aandacht voor financiering en bekostiging op grond van de WTG, capaciteit en opleiding van medisch specialisten, waarborging opleiding, de wet BIG en het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

#### *Financiering en bekostiging op grond van de WTG*

Medisch specialisten verwierven tot halverwege de jaren negentig hun inkomen louter en alleen door het declareren van verrichtingentarieven: hoe meer verrichtingen de medisch specialist uitvoerde en declareerde, hoe meer inkomsten hij genereerde. De kosten van de gezondheidszorg namen mede daardoor in snel tempo toe. De ziekenhuizen waren inmiddels al enige tijd gebudgetteerd: elk jaar kregen ze een vast bedrag dat ze naar eigen inzicht konden spenderen. Er ontstonden daardoor tegengestelde belangen: meer verrichtingen betekende meer inkomsten voor de medisch specialist, maar meer verrichtingen betekende ook meer kosten voor het ziekenhuis (materiaal, verplegend personeel en dergelijke).

---

<sup>72</sup> Volgens Europese regelgeving mag er over zorg geen BTW geheven worden.

De Minister van VWS besloot om de honorariumtarieven te korten, zodat de kosten van de gezondheidszorg zouden dalen. Als reactie hierop gingen de medisch specialisten (om hun inkomen te handhaven) meer produceren. Vanwege de vele tariefsverlagingen zijn de medisch specialisten naar de rechter gestapt. Vervolgens is in 1995 een experiment gestart, waarbij de medisch specialisten, evenals de ziekenhuizen, een soort budget konden krijgen: de zogenoemde lumpsum.

De principes voor deze lumpsum (= honorariumbudget) zijn de volgende:

- per ziekenhuis kan er maar sprake zijn van één lumpsum;
- alleen vrijgevestigde medisch specialisten kunnen deelnemen (voor medisch specialisten in loondienst krijgt het ziekenhuis reeds loonkosten in het budget);
- het gehele specialisme in een bepaald ziekenhuis dient deel te nemen. Het kan niet zo zijn dat er bepaalde medisch specialisten in een specialisme nog volledig vrijgevestigd of in loondienst zijn terwijl de andere binnen hetzelfde specialisme aan het experiment meedoen.

Per ziekenhuis worden tussen deelnemende medisch specialisten, het ziekenhuis en de verzekeraars (= lokaal overleg) afspraken gemaakt over deze lumpsum. Deze afspraken worden in een raamovereenkomst steeds voor een periode van maximaal drie jaar vastgelegd en moeten ter goedkeuring aan de Minister worden voorgelegd.

De lumpsumsystematiek werkt in principe als volgt: De medisch specialisten krijgen een vast budget. Deze lumpsum zou niet aan eventuele verdere tariefkortingen onderhevig zijn. De deelnemende medisch specialisten moeten ook na 1994 nog wel gewoon ter financiering van de lumpsums de vigerende WTG-honorariatarieven declareren, waarop het kortingenbeleid van de overheid zonder beperking wordt toegepast (volumekortingen, minimumvariant in de trendmatige aanpassing). Hun feitelijk inkomen wordt echter gevormd door de lumpsum, die de deelnemende medisch specialisten naar eigen inzicht onderling kunnen verdelen. Het inkomen van medisch specialisten die niet aan een lumpsum meedoen, wordt daarentegen bepaald door de gekorte tarieven (met als gevolg dat de medisch specialisten massaal aan de lokale initiatieven deelnemen). Deze lumpsum wordt sinds 2001 in positieve of negatieve zin aangepast al naar gelang er meer of minder productie wordt gedraaid. Hiervoor bestaat een door het CTG vastgestelde lumpsummutatiesystematiek.

Per 1 februari 2005 geldt de lumpsumfinanciering alleen nog voor de verrichtingen uit het A-segment. De huidige lumpsumbedragen worden geschoond voor de verrichtingen uit het B-segment. In de DBC-prijs voor het B-segment wordt voor het medisch-specialistische honorarium uitgegaan van een uniform uurtarief. Voor de verrichtingen in het A-segment zijn er geen uniforme honoraria, maar verschillende uurtarieven per specialisme en uurtarieven die hoger of lager kunnen zijn dan die in het B-segment. Het kan voor individuele specialismen dus aantrekkelijk zijn om alleen maar verrichtingen uit het A-segment of alleen uit het B-segment te leveren. In hoofdstuk 6.3 komt dit onderwerp nader aan de orde.

### *Capaciteit en opleiding*

De Minister van VWS stelt voor de centraal gefinancierde opleidingen vast hoeveel opleidingsplaatsen er in enig jaar maximaal gerealiseerd kunnen worden.<sup>73</sup> Het Capaciteitsorgaan stelt jaarlijks een capaciteitsplan op waarin het de Minister adviseert over de behoefte aan instroom in

---

<sup>73</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 282, nr. 3, blz. 3.

medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Het Capaciteitsorgaan bestaat uit vertegenwoordigers van de medische beroepsgroepen, de opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. Begin 2004 heeft de Minister het Capaciteitsorgaan gevraagd om voorstellen te ontwikkelen voor beleidsrijke ramingen.<sup>74</sup> In de toekomst zal het Capaciteitsorgaan bij de behoefte-raming ook de ontwikkeling van, behoefte aan en implementatie van nieuwe zorgverlenende beroepen zoals *Nurse Practitioner* en *Assistent Nurse*, betrekken. Naast de behoefte-raming, monitort het Capaciteitsorgaan ook de realisatie van de vastgestelde opleidings-capaciteit.

In februari 2004 heeft de Minister van VWS de stuurgroep Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) geïnstalleerd. Die stuurgroep werkt aan een samenhangend en toekomstig stelsel van opleidingen.<sup>75</sup> Daarbij wordt een financieringsstructuur ontwikkeld om opleidingsgeld dáár in te kunnen zetten waar dat het meest nodig is. De vervolgopleidingen voor medisch specialisten worden op dit moment gefinancierd op basis van afspraken in lokaal overleg, waarbij de zorgverzekeraar invloed heeft op het aantal te vergoeden opleidingsplaatsen.

Het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) heeft onder andere tot taak de algemene en bijzondere eisen vast te stellen voor vervolgopleidingen voor medisch specialisten en voor de erkenning van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstututen. Verder stelt het voorwaarden aan erkenning. Ook stelt het CCMS de eisen vast voor inschrijving in het desbetreffende register van specialisten en die voor herregistratie. Bij het uitoefenen van die taken houdt het CCMS rekening met het beroepsprofiel dat door beroepsverenigingen of wetenschappelijke verenigingen voor een specialisme is opgesteld. Ook houdt het CCMS bij zijn beslissingen rekening met de maatschappelijke en financiële gevolgen van de beslissing die het neemt. Het CCMS wint altijd eerst advies in bij het Federatiebestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) en bij de desbetreffende beroepsvereniging. Na de verwerking van deze adviezen vraagt het CCMS advies aan de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) over de uitvoeringsaspecten van de voorgenomen beslissing. De beslissing wordt vervolgens voorgelegd aan de Minister van VWS. Na ontvangst van de goedkeuring van de Minister worden KNMG, de beroeps- en wetenschappelijke vereniging en de desbetreffende registratiecommissie geïnformeerd. Daarna wordt het besluit gepubliceerd in de Staatscourant en in Medisch Contact.

Naast de adviestaak die zojuist is genoemd, houdt de MSRC toezicht op de naleving van de algemene opleidingseisen en de specifiek aan het specialisme gelieerde opleidingseisen, om de kwaliteit van de opleidingen te waarborgen. Voor iedere arts-assistent wordt individueel nagegaan of aan alle opleidingseisen is voldaan alvorens inschrijving in het specialistenregister plaatsvindt. Inschrijving in het register geeft het recht om de wettelijk erkende en beschermde titel van het specialisme voeren. Een buitenlands gediplomeerde arts die als medisch specialist in Nederland praktijk wil uitoefenen, dient ook erkend te worden door de MSRC. Voordat de MSRC daartoe kan overgaan, moet het buitenlandse artsdiploma door de Minister van VWS zijn erkend.

De inschrijving in de registers van de MSRC geldt voor een periode van vijf jaar. Aan het eind van deze vijf jaar wordt beoordeeld of de medisch specialist aan de eisen heeft voldaan om voor verlenging van de registratie in aanmerking te komen.

---

<sup>74</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 200 XVI,C, blz. 9.

<sup>75</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 200 XVI,C, blz. 9.

De beroepsgroep heeft dus zelf grote invloed op het vaststellen van de capaciteit en de invulling van de opleiding. CTG/ZAio vindt die grote invloed niet wenselijk omdat de beroepsgroep financieel belang bij schaarste kan hebben. Daarom adviseert CTG/ZAio het Ministerie van VWS de mate waarin de beroepsgroep invloed heeft op het bepalen van de opleidingscapaciteit, te heroverwegen.

#### *Waarborging opleiding tot medisch specialist*

De academische ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor een groot gedeelte van de gespecialiseerde opleidingen in de zorg. Daarnaast heeft een aantal algemene ziekenhuizen en GGZ-instellingen dergelijke opleidingsplaatsen. Wanneer de kosten van opleidingen worden verdisconteerd, ofwel in de budgetsystematiek, ofwel via DBC's, bestaat het nadeel dat opleidingsinstellingen hierdoor waarschijnlijk een hogere prijs in rekening moeten brengen voor verleende zorg dan aanbieders die geen opleidingstaak hebben. De hogere prijs die opleidingsinstellingen genoodzaakt zijn in rekening te brengen, kan ertoe leiden dat verzekeraars geneigd zijn om bij de goedkopere aanbieders zorg in te kopen. Hierdoor komt de continuïteit van opleidingen in gevaar. Een andere consequentie van het verdisconteren van opleidingskosten in de budgetsystematiek of de DBC's is het eventuele 'free rider'-gedrag onder zorgaanbieders. Dit betekent dat de ene instelling zou profiteren van de opleidingsinspanning van de andere instelling. De Minister overweegt daarom een separaat opleidingsfonds voor de curatieve zorg te creëren voor die opleidingen die marktversturend kunnen werken. Het gaat dus alleen om die opleidingen en opleidingskosten die tot een zodanige opslag op de gangbare prijzen leiden dat hierdoor een substantieel concurrentienadeel ontstaat. Daarnaast is de werkplaatsfunctie van de academische (en andere opleidings-) instellingen van groot belang. Tijdens hun opleiding dienen artsen namelijk ervaring op te doen in een goede casemix aan zorg, dus zowel de relatief eenvoudige zorg als de bijzondere vormen van zorg (topreferent en topklinisch). Een consequentie van marktwerking kan zijn dat de casemix binnen een instelling zodanig verstoord raakt, dat dit de werkplaatsfunctie nadelig beïnvloedt. Dit kan enerzijds gebeuren doordat, zoals hierboven gezegd, verzekeraars bepaalde vormen van eenvoudige zorg eerder bij een goedkopere aanbieder inkopen. Anderzijds kunnen bepaalde vormen van bijzondere zorg door marktwerking verdwijnen bij de opleidingsinstelling. In de huidige situatie wordt dit door opleidingsinstellingen zelf opgelost door samenwerkingsverbanden aan te gaan met andere instellingen. Op basis van uitspraken van veldpartijen bij diverse gelegenheden verwacht de Minister dat dit in de toekomst zal blijven gebeuren.

#### *Wet BIG*

In de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) worden dertien (groepen van) handelingen aangewezen die verboden terrein zijn voor niet-gekwalificeerden. Het zijn handelingen die onverantwoorde risico's voor patiënten kunnen opleveren, wanneer ze door niet daartoe opgeleide personen worden verricht. Medisch specialisten zijn uitsluitend bevoegd tot het verrichten van de voorbehouden handelingen voorzover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die is vereist voor het behoorlijk verrichten van die handelingen. Deze bepaling laat veel ruimte aan de beroepsgroep om zelf in te vullen wanneer iemand bekwaam is om bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten.

Vanuit het oogpunt van mededinging is beperking van de opleiding en van toetreding van nieuwe medisch specialisten onwenselijk. Indien vanuit andere overwegingen beperking toch noodzakelijk is, is een actieve rol van zittende marktpartijen bij het ramen van de behoefte aan nieuwe

toetreders tot die markt vanuit mededingingsoogpunt onwenselijk. Het is ongunstig voor de mededinging dat zittende marktpartijen feitelijk de toetreding van nieuwe concurrenten beïnvloeden door zeggenschap over en uitvoering van de voor die toetreding noodzakelijke medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Ook de ruimte die de Wet BIG biedt aan de beroepsgroep om zelf in te vullen wanneer iemand bekwaam is om bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten, kan een toetredingsbelemmering inhouden. Het niet meenemen van het oordeel van professionals kan echter een negatieve uitwerking hebben op de kwaliteit van de zorg. De inbreng van deskundigen om de kwaliteit te waarborgen, is daarom noodzakelijk mits dit zodanig gebeurt dat eigen belangen van zittende specialisten geen rol gaan spelen. CTG/ZAio adviseert de Minister van VWS daarom om de rol van marktpartijen in dit kader te heroverwegen.

### *Geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf*

Met ingang van 1 februari 2000 is de aanspraak op medisch-specialistische zorg in de Ziekenfondswet geformuleerd als: 'medisch-specialistische zorg verleend door of vanwege het ziekenhuis'. Hiermee is het *geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf* (GMSB) geïntroduceerd. Het GMSB is gebaseerd op de gedachte dat medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Met de term GMSB wordt bedoeld dat het ziekenhuis als entiteit door de inrichting en organisatie daarvan zo functioneert dat ziekenhuisdirecties en medisch specialisten samen verantwoordelijkheid dragen voor integrale zorgverlening.<sup>76</sup> De wet gaat daarmee expliciet uit van een vergaande samenwerking tussen ziekenhuisorganisatie en medisch specialist. Doel is dat de patiënt zorg krijgt op basis van alle binnen de ziekenhuisorganisatie aanwezige mogelijkheden.<sup>77</sup>

Voordat een medisch specialist als vrij beroepsbeoefenaar in een ziekenhuis mag werken, moet hij worden toegelaten tot dat ziekenhuis. Die toelatingscontracten zijn in de regel van onbepaalde duur. Volgens Shell<sup>78</sup> zouden de contracten van medisch specialisten een beperkte looptijd moeten hebben van vier tot vijf jaar en moet het functioneren van specialisten regelmatig geëvalueerd worden. Hierdoor worden namelijk de sanctiemogelijkheden van ziekenhuizen vergroot waardoor zij hun eindverantwoordelijkheid voor veiligheid beter kunnen waarmaken<sup>79</sup>.

Is een medisch specialist eenmaal toegelaten tot een ziekenhuis, dan mag hij in het algemeen niet zonder toestemming van het ziekenhuis elders (bijvoorbeeld in een ZBC) zijn diensten aanbieden. Het gebeurt desondanks wel dat medisch specialisten in hun vrije tijd werkzaam zijn in een ZBC of de OK van hun ziekenhuis huren om verrichtingen te doen. Ook een maatschapovereenkomst tussen medisch specialisten behoeft de instemming van het ziekenhuis. Deze toetredingsdrempels zijn vastgelegd in de model-toelatingsovereenkomst (MTO) en het document medische staf (DMS). Als de medisch specialist wordt toegelaten tot het ziekenhuis op basis van de MTO, gelden voor hem ook de collectieve afspraken tussen ziekenhuis en medische staf die volgens het document medische staf (DMS) tot stand zijn gekomen. De toelatingsovereenkomst is een individuele overeenkomst, het DMS een collectieve.

MTO en DMS zijn modellen: er kan lokaal van worden afgeweken. Zowel MTO als DMS is door het Ministerie van Financiën en het Uitvoeringsorgaan werknemersverzekeringen (UWV) beoordeeld op consequenties voor het vrij beroep. Financiën en het UWV hebben uitgesproken dat MTO en DMS geen gevolgen hebben voor de fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijke positie van de

<sup>76</sup> Eerste Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 25 258, nr. 61, blz.2.

<sup>77</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25 258, nr. 3, blz. 5.

<sup>78</sup> Shell, 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet', Eindrapportage Shell Nederland, November 2004.

<sup>79</sup> In dit licht vindt Shell ook dat maatschappen zich moeten committeren aan het veiligheidsbeleid van het ziekenhuis. Momenteel hebben maatschappen een hoge mate van autonomie en is het voor ziekenhuisdirecties moeilijk een generiek veiligheidsbeleid te voeren.

medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Afwijking kan gevolgen hebben voor de status van vrij beroepsbeoefenaar.

De relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar is door de NMa gekenschetst als een inkooprelatie.<sup>80</sup> De volgende elementen uit de MTO en DMS zijn echter minder gebruikelijk bij een inkooprelatie:

- de 'oneindigheid' van de relatie: Het ziekenhuis kan de toelatingsovereenkomst met een medisch specialist alleen beëindigen om gewichtige redenen van zodanige klemmende aard dat voortzetting in redelijkheid niet van het ziekenhuis gevergd kan worden. Voor de medisch specialist gelden geen specifieke eisen voor het beëindigen van de toelatingsovereenkomst;
- de uniciteit van de relatie (het verbod op levering aan verschillende afnemers);
- de instemmingverplichting van de afnemer (het ziekenhuis) bij de organisatie van de leverancier (de medisch-specialistische maatschap): De medisch specialist heeft toestemming nodig om elders praktijk uit te oefenen. Die toestemming is alleen nodig voor zorgverlening in het kader van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf;
- het gegeven dat instellingen en specialisten een wederzijds veto hebben op nieuwe initiatieven die medewerking van een van beide behoeven<sup>81</sup>.

Het systeem van MTO en DMS hangt sterk samen met het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB). Voor zowel ziekenhuizen als specialisten is een dergelijke relatie uit financieel perspectief gunstig. Medisch specialisten (plaatsen) leveren immers vast budget op, adherentie (semi-vast budget), productie (variabel budget) en honorarium (en hiervan afgeleid goodwill). Een van de respondenten geeft aan dat er per ziekenhuis en tussen ziekenhuizen afspraken worden gemaakt over taakverdeling en marktverdeling, zowel op inhoudelijke als op financiële gronden. Daar waar patiënten voor hun behandeling bij verschillende medisch specialisten terecht kunnen, bestaat een grijs gebied. Dit grijze gebied kan juist het verschil uitmaken van een extra of het wegvallen van een medisch specialisme binnen een ziekenhuis. Een nieuwe orthopeed kan bijvoorbeeld extra patiënten van buiten trekken, maar snoept mogelijk ook patiënten af van de chirurgen in het eigen ziekenhuis. Diezelfde orthopeed zorgt misschien ook voor een ombuiging van verwijzingen neurochirurgie in een ander ziekenhuis naar orthopedie in het eigen ziekenhuis en dus tot extra budget voor het eigen ziekenhuis. Een versoepeling van het systeem van MTO en DMS kan de volgende gevolgen hebben. Als een bepaalde medisch specialist toestemming krijgt om een dag in de week in een ZBC te werken, kan hiervan een soort precedentwerking uitgaan die andere medisch specialisten ook tot dit gedrag aanzet. Het ziekenhuis zou dan budget verliezen. De bepaling in de MTO dat een specialist niet buiten het ziekenhuis mag werken, is dus niet alleen een inhoudelijke overweging maar ook een financiële (behoud variabel budget) en daardoor mogelijk concurrentiebeperkend. MTO en DMS zouden dus misschien als een soort marktverdelingsafpraak kunnen worden gezien.

De NMa is gestart met een onderzoek naar MTO en de DMS en de mogelijke implicaties daarvan in mededingingsrechtelijke zin. Op het moment van schrijven van dit document waren hierover nog geen bevindingen bekend.

Afhankelijk van de uitkomsten van het NMa-onderzoek kan het wenselijk zijn dat ook CTG/ZAio de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen nader onderzoekt, omdat deze relatie de mogelijkheden van concurrentiebevordering beïnvloedt. De mogelijkheden van zorginstellingen om

<sup>80</sup> Concurrentie in de ziekenhuissector, Visiedocument 3128/55, Den Haag, januari 2004.

<sup>81</sup> Dit is vooral van belang omdat zowel delen van de infrastructuur als ook medisch specialisten schaarse 'goederen' zijn, die nu in 'handen' zijn van bestaande partijen.

te onderhandelen met verzekeraars en zich te positioneren naar patiënten, zijn immers sterk afhankelijk van de bereidwilligheid van medisch specialisten. Medisch specialisten beïnvloeden ook de mogelijkheden voor zorginstellingen om veranderingen door te voeren op het gebied van administratie, organisatiestructuur, inkoop, planning, et cetera. Zorginstellingen met medisch specialisten in loondienst hebben meer ondernemersmogelijkheden dan zorginstellingen die werken met het GMSB (zie § 4.6). Zo bemoeilijkt een 'eilandenrijk' aan maatschappen van medisch specialisten de informatievoorziening die een zorginstelling nodig heeft voor een efficiënte bedrijfsvoering.

Met het onderzoek naar de contractuele relatie tussen medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar en ziekenhuis is het nadrukkelijk niet de bedoeling om aan te sturen op een lossere relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. Een lossere relatie zou immers de sturing en planning door ziekenhuizen van behandelingen kunnen bemoeilijken. Eerder is de vraag in het onderzoek of de doelen van MTO en DMS kunnen worden bereikt met minder verstoring van de mededinging.

## 4.5 Horizontale fusies

In het recente verleden was er een tendens van schaalvergroting bij de Nederlandse ziekenhuizen.<sup>82</sup> Door deze schaalvergroting is het aantal ziekenhuizen afgenomen, volgens cijfers van het CPB<sup>83</sup> is het aantal algemene ziekenhuizen gedaald van 172 in 1981 tot 94 in 2001. Varkevisser *et al* melden dat ongeveer 20% van alle ziekenhuizen geen concurrentie ondervindt van andere zelfstandige ziekenhuizen binnen een straal van 25 km.<sup>84</sup>

In deze paragraaf is vooral aandacht voor fusies tussen zorgaanbieders. In eerste instantie wordt ingegaan op de redenen om te fuseren en de welvaartsgevolgen van fusies. Daarna worden de specifieke kenmerken van de zich ontwikkelende markt in de zorg beschreven. Vervolgens komt de huidige praktijk van het beoordelen van fusies tussen zorgaanbieders in de Verenigde Staten en Nederland aan de orde. Ten slotte is er kort aandacht voor fusies tussen zorgverzekeraars.

### 4.5.1 Fusieredenen en de welvaartsgevolgen van fusies

Ondernemingen kunnen veel redenen hebben om te fuseren. Die redenen zijn onder te brengen in twee categorieën: efficiëntie en marktmacht.

Efficiëntie is bijvoorbeeld een motief als de interne organisatie door een fusie wordt verbeterd, waardoor de kosten per eenheid product dalen zodat de winst toeneemt. Efficiëntievoordelen kunnen behaald worden door het exploiteren van schaal- en/of scopevoordelen. Ook bij schaarste van goed management kan een fusie leiden tot efficiëntievoordelen. In dat geval kan het management van de beter geleide onderneming ook het management overnemen van de minder geleide onderneming, om zo efficiencyvoordelen te behalen. In lijn hiermee wijzen respondenten op het consultatiedocument erop dat fusies ook voort kunnen komen uit het streven naar continuïteit van het zorgaanbod binnen een regio. Twee kleine ziekenhuizen zijn hier apart wellicht niet toe in staat, maar samen wel, door efficiency maar ook door een grotere aantrekkingskracht op medisch specialisten.

<sup>82</sup> NMa, Concurrentie in de ziekenhuissector, nummer 3128/16, juni 2003.

<sup>83</sup> CPB, 'Zorg voor concurrentie, een analyse van het zorgstelsel' CPB document No 28, januari 2003.

<sup>84</sup> Zie tabel 5.1 in Varkevisser, Van de Geest en Schut 'Concurrentie tussen ziekenhuizen' OCFEB/iBMG rapport 13, 2004.

Volgens de respondenten is een andere reden om te fuseren de kwaliteit van de zorg, met het oog op schaalvergroting en subspecialisatie. In veel gevallen houdt dat verband met de aanwezigheid van dure medische technologische voorzieningen.

Ondernemingen kunnen ook fuseren om meer marktmacht te krijgen. De gedachte is dat de gefuseerde onderneming bij marktmacht de prijs kan verhogen (of de kwaliteit kan verlagen). Daarnaast is het makkelijker om een kartel te vormen naarmate er minder ondernemingen op een bepaalde markt opereren.

In het algemeen moeten de positieve effecten van efficiëntie op de sociale welvaart worden afgewogen tegen de negatieve effecten van het (mogelijk) exploiteren van marktmacht op de sociale welvaart. Dit uitgangspunt ligt ook ten grondslag aan de regels voor het beoordelen van fusies door de Europese Commissie.<sup>85</sup> Op grond van wat in paragraaf 4.3 is gesteld, zijn er geen aanwijzingen dat fusies in Nederland zullen leiden tot grote schaal- en scopevoordelen. De volgende paragraaf gaat in op marktmacht.

#### 4.5.2 Ervaring met het uitoefenen van marktmacht

Gelet op het feit dat gereguleerde concurrentie in de ziekenhuiszorg pas op 1 februari 2005 zal starten, is nog weinig (kwantitatief) onderzoek naar de Nederlandse zorgmarkten verricht. In de Verenigde Staten wordt veel onderzoek gedaan naar de werking van concurrentie op zorgmarkten. In deze paragraaf wordt met name de buitenlandse literatuur met betrekking tot de uitoefening van marktmacht besproken.

Nagenoeg alle studies over marktmacht gaan over prijs. Prijsverschillen kunnen echter ook veroorzaakt worden door verschillen in kwaliteit, dus niet alleen door verschillen in marktmacht of verschillen in kosten. De mededingingspraktijk in de Verenigde Staten heeft zich – door een gebrek aan data over kwaliteit – uitsluitend gericht op prijzen.

Dranove en White<sup>86</sup> geven een overzicht van literatuur die de uitoefening van marktmacht in de VS bestudeert. Bijna alle studies concluderen dat in meer geconcentreerde markten sprake is van hogere prijzen. Daarnaast verwijzen Gaynor en Haas-Wilson<sup>87</sup> naar onderzoek waarin geconcludeerd wordt dat fusies in markten die meer geconcentreerd zijn tot lagere efficiëntiewinsten leiden dan fusies in markten die minder geconcentreerd zijn. Deze conclusies gelden ook voor non-profitziekenhuizen.

Er bestaat geen consistent bewijs voor een impact van fusies op de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar Gaynor<sup>88</sup> verwijst naar onderzoek waarin een relatie tussen de concentratiegraad en de sterftcijfers na een hartaanval wordt aangetoond. Hij concludeert dat er meer bewijs is voor een goede kwaliteit in minder geconcentreerde markten dan voor de omgekeerde stelling.

---

<sup>85</sup> Zie de Guidelines on the assessment of horizontal mergers under the Council Regulation on the control of concentrations between undertakings (2004/C 31/03) section VII. (77), van 5 februari 2004.

<sup>86</sup> Dranove, D. en White, W.D. 'Recent Theory and Evidence on Competition on Hospital Markets', *Journal of Economics and Management Strategy*, 1994 3(1), p.p. 169-204

<sup>87</sup> Gaynor, M. en Haas-Wilson, D. 'Change, Consolidation and Competition in Health Care Markets' *The Journal of Economic Perspectives*, 1999 13(1), p.p. 141-164

<sup>88</sup> Gaynor, M. 'Quality and Competition in Health Care. What do we know? What don't we know' Testimony before Joint Federal Trade Commission/Department of Justice Hearings on Health Care and Competition Law and Policy, February 26, 2003.

De ervaringen met marktwerking in de Verenigde Staten leren dat zorgaanbieders marktmacht uitoefenen, ook als zij geen winststreven hebben. De uitoefening van marktmacht heeft betrekking zowel op het vaststellen van hoge prijzen als – naar het lijkt – op het verminderen van de kwaliteit. De gevolgen van het uitoefenen van marktmacht voor de sociale welvaart zijn enorm en kunnen eigenlijk niet ongedaan worden gemaakt.

#### 4.5.3 Huidig mededingingsbeleid in Nederland

In de analyse die de NMa maakt met betrekking tot zorginstellingen, is de afbakening van de relevante product- en geografische markt<sup>89</sup> een noodzakelijke stap. Om de productmarkt af te bakenen, wordt normaal gesproken beoordeeld welke gevolgen een prijsverhoging van ongeveer 5 tot 10% heeft voor het aantal klanten en/of de productie van de gefuseerde ondernemingen (de zogenoemde SSNIP-test). Deze test is in de zorgsector niet mogelijk doordat gegevens ontbreken over prijzen in een geliberaliseerde markt en kwaliteit. De NMa vermeldt bij een beoordeling van een fusie tussen twee zorginstellingen<sup>90</sup>: “Vanwege het ontbreken van prijsgegevens voor de Nederlandse ziekenhuiszorg, kan een marktafbakening niet plaatsvinden op grond van de standaardtests waarin gebruik wordt gemaakt van gegevens over onder meer afzet en prijzen.” Een fundamenteel probleem voor een dergelijke test is het feit dat consumenten maar een fractie betalen van de werkelijke kosten, vanwege de verplichte verzekering voor alle consumenten. Bij de genoemde beoordeling van een fusie tussen twee zorginstellingen voor de geografische markt maakt de NMa gebruik van de Elzinga-Hogarty test, die kijkt naar de importen en exporten van ziekenhuisdiensten tussen regio's.

#### *Verzekeraars*

Hoewel de verzekeringsmarkt in het algemeen gekarakteriseerd wordt als een nationale markt (waardoor marktafbakening minder problematisch lijkt) en kwaliteit veel beter meetbaar is, wordt verondersteld dat de verzekeringsmarkt gekarakteriseerd kan worden als een ‘tight oligopoly’.<sup>91</sup> Dit betekent dat de randvoorwaarden in deze markten zodanig zijn dat er een risico bestaat dat de ondernemingen welvaartsverminderend gedrag vertonen. Welvaartsverminderend houdt in dat ondernemingen hun gedrag onderling afstemmen (daarvoor zijn expliciete afspraken niet altijd nodig) of door individueel excessieve prijzen of roofprijzen te hanteren, et cetera. De mogelijkheden hiertoe worden vergroot doordat verzekeraars onderling informatie (moeten) uitwisselen ten behoeve van de risicoverevening. De markt voor ziekenfondsen kent sinds 1992 prijsconcurrentie.

CTG/ZAio wil op termijn de gevolgen van horizontale fusies voor prijzen, efficiëntie en de uitoefening van marktmacht een plaats willen geven in het monitoren van de marktwerking.

#### **4.6 Verticale integratie<sup>92</sup>**

Bij verticale marktmacht wil een onderneming haar dominante positie op de ene markt uitbreiden naar een andere markt in dezelfde bedrijfskolom. Overigens kan verticale integratie ook gericht zijn

<sup>89</sup> De relevante productmarkt omvat alle producten en/of diensten die op grond van hun kenmerken, prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd door de consument als onderling inwisselbaar worden beschouwd. De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen de betrokken ondernemingen een rol spelen in de vraag naar en het aanbod van goederen en diensten, waarbinnen de mededingingsverhoudingen voldoende homogeen zijn en dat van aangrenzende gebieden kan worden onderscheiden doordat daar duidelijk afwijkende mededingingsvoorwaarden heersen. De relevante geografische markt kan groter, kleiner of gelijk zijn aan Nederland.

<sup>90</sup> Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis Ziekenhuis en het Leyenburg ziekenhuis (besluit 3524/47)

<sup>91</sup> CPB, ‘Tight Oligopolies, In Search of Proportionate Remedies’ CPB document No 29, February 2003

<sup>92</sup> De inleiding van deze paragraaf is gebaseerd op Bogetoft en Olesen (2003).

op het afbreken van marktmacht van anderen<sup>93</sup>. Verzekeraars zouden zorginstellingen kunnen starten om een economische machtspositie van de bestaande zorginstellingen te ondermijnen.

Een belangrijk doel van contracten is coördinatie tussen onafhankelijke beslissers. De coördinatie dient voor een optimale productie. Een gebrek aan coördinatie leidt tot suboptimalisatie, als onafhankelijke beslissers hun eigen beslissingen optimaliseren zonder de consequenties voor andere beslissers in de productieketen in ogenschouw te nemen. Het decentraliseren van beslissingsbevoegdheden heeft twee voordelen. Ten eerste wordt het beslisrecht over verschillende onderdelen toebedeeld aan de best geïnformeerde partijen en ten tweede wordt overmatig overleg (met hoge communicatiekosten) voorkomen (zie ook hoofdstuk 2). Aan de andere kant heeft zo'n contract een groter risico van ongecoördineerde beslissingen. De mogelijkheid van informatie-uitwisseling is een belangrijk criterium bij de beslissing over de mate van decentralisatie. Als het niet mogelijk is om belangrijke aspecten van de coördinatie tussen de verschillende beslissers te coördineren, is verticale integratie een oplossing.

Voorbeeld: Stel dat een ziekenhuis een specifieke investering doet voor een maatschap van medisch specialisten en de vergoeding die de specialisten betalen voor het gebruik daarvan slechts voor korte tijd in het contract vastgelegd en gespecificeerd kan worden. In dat geval kan de groep specialisten bij de nieuwe contractonderhandelingen een lage prijs bedingen als het ziekenhuis tenminste geen alternatieve aanwending heeft voor de investering. Een ziekenhuis dat deze strategie voorziet, zal niet of te weinig investeren, omdat het de verliezen kan voorspellen.<sup>94</sup> Om toch te komen tot een optimaal investeringsniveau, zijn langlopende contracten of verticale integratie nodig.

Eenzijds kan verticale integratie bijdragen aan het optimaliseren van beslissingen in de hele productieketen, doordat allerlei beslissingen die onderling samenhangen, beter gecoördineerd kunnen worden. Anderzijds kan verticale integratie onder omstandigheden bijdragen aan marktmacht<sup>95</sup> respectievelijk afbreken van marktmacht.

Alleen voor specifieke gevallen kan door gericht onderzoek de vraag of verticale integratie de efficiëntie of de marktmacht (per saldo) vergroot, worden beantwoord.

#### 4.6.1 Verticale integratie in de zorgsector

Verticale integratie kan in de zorgsector verschillende vormen aannemen:

1. verzekeraars integreren met zorgaanbieders;
2. zorginstellingen integreren met medisch specialisten;
3. zorginstellingen integreren met andere zorginstellingen<sup>96</sup>.

<sup>93</sup> Als er voldoende aanbieders op de markt zijn speelt dit probleem dus niet.

<sup>94</sup> Dit wordt het "hold-up" probleem genoemd.

<sup>95</sup> Verticale integratie leidt tot een vergroting van marktmacht, bijvoorbeeld als een bedrijf integreert met de enige leverancier van een bepaald product en dat product nodig is om op de desbetreffende markt te kunnen functioneren. In zo'n geval kunnen concurrenten dus niet of nauwelijks of tegen hoge kosten aan dit product komen, zodat zij feitelijk niet meer kunnen concurreren op deze markt, het argument van 'fore closure' en 'raising rivals cost'. Daarnaast kan het voorkomen dat een bedrijf in zo'n hoge mate verticaal geïntegreerd is dat een nieuwe toetredster indien hij wil concurreren zowel actief moet zijn op de inkoopmarkt als op de verkoopmarkt, ook wel bekend staand als 'two level entry'. Een dergelijke toetreding is veel riskanter, moeilijker en tijdrovender van aard dan toetreding op een enkele markt. Verticale integratie kan daarnaast de marktwerking verstoren als lastige (in concurrerende zin) aanbieders en kopers van de markt verdwijnen door integratie en kan leiden tot vergaande samenwerking op bijvoorbeeld de ziekenhuismarkt als de verzekeraar beter inzicht krijgt in de concurrentiestructuur op de ziekenhuismarkt doordat hij nu ook aan de aanbodkant opereert.

<sup>96</sup> Meer specifiek betreft dit ziekenhuizen die integreren met hun voor- dan wel achterportaal in de zorgketen (thuiszorg, verpleeghuiszorg, eerstelijns). De analyse hiervan sluit aan bij die van de integratie van zorginstellingen met medisch specialisten.

Het is een ziekenfonds verboden om zelf diensten of zaken te leveren die tot de ziekenfonds- of AWBZ-verstrekingen behoren, behalve als het gaat om het in gebruik geven van medische hulpmiddelen. Ook is het ziekenfondsen verboden om bestuurlijk en financieel deel te nemen in zorgverlenende instellingen. Het College voor zorgverzekeringen kan ontheffing voor deze bepaling verlenen. Van die mogelijkheid tot ontheffing is gebruik gemaakt waar het gaat om farmaceutische zorg<sup>97</sup> en huisartsenzorg.<sup>98</sup> In de Regeling administratievoorschriften eigen instellingen<sup>99</sup> is bepaald dat de baten en lasten van deze activiteiten afzonderlijk in de administratie van het ziekenfonds moeten zijn vastgelegd.

Op grond van de Wet toezicht verzekeringsovername 1993 mag een particuliere zorgverzekeraar geen ander bedrijf uitoefenen dan hetzij het schadeverzekeringsovernamebedrijf hetzij het levensverzekeringsovernamebedrijf. Dat verbod op het uitoefenen van handelsactiviteiten die vreemd zijn aan het verzekeringsovernamebedrijf, is bedoeld om de belangen van de verzekerden te beschermen tegen het gevaar van dergelijke activiteiten voor de solvabiliteit van die onderneming. Doordat het een particuliere zorgverzekeraar wel is toegestaan om in een andere rechtspersoon een ander bedrijf dan het verzekeringsovernamebedrijf uit te oefenen, is verticale integratie voor hen de facto toch mogelijk.

Bij verticale integratie tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar kan het probleem ontstaan dat de toegankelijkheid tot de diensten van de zorgaanbieder voor de eigen verzekerden beter is dan die voor elders verzekerde personen.

Op dit moment werken de meeste medisch specialisten uitsluitend in een ziekenhuis, hetzij in dienstverband, hetzij als medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar. Vanuit mededingingsoogpunt is de focus gericht op de relatie tussen de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en de zorginstelling waarin zij praktijk uitoefenen. Met ingang van 1 februari 2000 is het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB) geïntroduceerd (zie paragraaf 4.4). Het GMSB is gebaseerd op de gedachte dat medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Een belangrijk kenmerk van het GMSB is dat de beslissingen van de medisch specialisten en ziekenhuizen worden gecoördineerd. Zo is bijvoorbeeld het operatiekamerpersoneel in dienst van het ziekenhuis en is de medisch specialist in zijn planning afhankelijk van de beschikbaarheid van het operatiekamerpersoneel. Een gebrek aan coördinatie leidt tot suboptimalisatie als beslissers hun eigen doelen nastreven, zonder dat de consequenties voor andere beslissers worden meegewogen. De belangen van het ziekenhuis als onderneming kunnen botsen met de belangen van de onderneming(en) van medisch specialisten.

Marktwerking geeft prikkels om tot een goed werkende organisatievorm te komen. Als coördinatie een belangrijk aspect is, zullen verticale integratie en/of langdurige contracten de norm zijn. Bij Röhn-Klinikum<sup>100</sup> bijvoorbeeld zijn alle medewerkers (inclusief de medisch specialisten) in loondienst. Alle medewerkers wordt een sterke (financiële) prestatieprikkel gegeven. Daardoor wordt het belang van de medewerkers gelijk gemaakt aan dat van het ziekenhuis en wordt er optimaal gecoördineerd.<sup>101</sup>

Ook kunnen verschillende zorginstellingen met elkaar integreren. Een probleem dat bij verticale integratie kan ontstaan tussen ziekenhuizen en een deel van de huisartsen, apothekers of

---

<sup>97</sup> Stct. 1998, nr. 246, blz. 36.

<sup>98</sup> Stct. 30 oktober 2002, nr. 209, blz. 24.

<sup>99</sup> Stct. 24 december 2002, nr. 248, blz. 74.

<sup>100</sup> Een beursgenoteerde eigenaar van ziekenhuizen in Duitsland.

<sup>101</sup> Zie "Tel uit je winst: De Duitse Ziekenhuis NV als voorbeeld voor Zorgvernieuwing", door H. Keuzenkamp en J. van Seters, ING Bank Gezondheidszorg, 2003.

fysiotherapeuten in hun verzorgingsgebied is dat deze verticaal geïntegreerde zorgaanbieders kunnen functioneren als *preferred providers* van het ziekenhuis. Hierdoor kan de toegankelijkheid van niet-geïntegreerde zorgaanbieders tot de diensten van deze aanbieders een lagere prioriteit krijgen dan de dienstverlening aan de *preferred providers*. Bij de NMa-beoordeling van verticale integratie moet dit nadeel meegewogen worden.

#### 4.6.2 Ervaringen uit het buitenland

In de Verenigde Staten bestond begin jaren negentig een trend naar meer verticale integratie tussen verzekeraars en ziekenhuizen enerzijds en ziekenhuizen en (huis)artsen anderzijds. Sinds het eind van de jaren negentig is er een trend naar lossere verticale banden (minder verticale integratie en minder exclusieve verticale overeenkomsten), zie Gaynor en Haas-Wilson.<sup>102</sup> Uit interviews, die CTG/ZAio in de Verenigde Staten heeft gehouden, blijkt dat deze trendbreuk vooral wordt toegeschreven aan het feit dat verticale integratie minder efficiënt blijkt te zijn dan deze contractuele lossere verbanden die ook wel beter bekend staan als 'virtual integration'<sup>103</sup>. De voordelen van losse contractuele relaties (samenwerking) ten opzichte van verticale integratie liggen vooral in het feit dat bij verticale integratie de geïntegreerde partij (bijvoorbeeld specialisten of huisartsen) minder prikkels heeft om adequaat te reageren of te anticiperen op veranderende marktomstandigheden. Verticaal geïntegreerde bedrijven zijn dus vaak minder efficiënt en innovatief. Zelfs als er met prestatiegerichte bonussen wordt gewerkt, zijn deze prikkels toch van een andere aard dan het winstmotief van zelfstandige aanbieders. Daarnaast heeft verticale integratie als nadeel dat integratie beheerskosten met zich brengt. Deze kosten kunnen vooral hoog zijn bij interne verdeeldheid over de bestemming van middelen van de geïntegreerde organisatie over haar verschillende afdelingen.

Er bestaat in de Verenigde Staten geen empirisch onderzoek naar de relatie tussen verticale integratie en de uitoefening van marktmacht. De Amerikaanse mededingingsautoriteiten krijgen nagenoeg nooit klachten over verticale integratie.

#### 4.6.3 Conclusie

Verticale integratie kan leiden tot een betere coördinatie en tot het afbreken van marktmacht. Op grond van de ervaringen in de Verenigde Staten is er geen reden te veronderstellen dat verticale integratie in het algemeen zal leiden tot uitoefening van marktmacht. Verticale fusies worden ook getoetst door de NMa. Als zij van mening is dat als gevolg van een dergelijke fusie de mededinging beperkt wordt, zal zij hieraan geen goedkeuring verlenen. Er is derhalve geen aanleiding tot aanvullende regelgeving.

Op verzoek van VWS zal CTG/ZAio een incidentele analyse verrichten van de gevolgen van verticale integratie. Uit de consultatieronde kwam namelijk naar voren dat dit een zorgpunt is van partijen. CTG/ZAio zal dit daarom meenemen in zijn monitoringswerkzaamheden met betrekking tot marktontwikkelingen. Om deze monitoringstaak goed uit te kunnen voeren, is gedetailleerde informatie nodig over kosten, prijzen en kwaliteit. Daarnaast moet CTG/ZAio ook kunnen beschikken over de verzekeringscode en (een gedeelte van) de postcode van patiënten.

<sup>102</sup> Gaynor, M. en Haas-Wilson, D. 'Change, Consolidation and Competition in Health Care Markets' *The Journal of Economic Perspectives*, 1999 13(1), p.p. 141-164

<sup>103</sup> Zie ook Robinson, J.C. en Casalino, L.P. , *Vertical Integration and Organizational Networks in Healthcare*, *Health Affairs*, Spring 1996, pp 7-22

#### **4.7 Aanbevelingen per partij**

Op basis van voorgaande analyse zijn beleidsvoornemens voor CTG/ZAio te formuleren, alsmede aanbevelingen voor VWS, WfZ en NMa.

##### *Beleidsvoornemens CTG/ZAio*

- Als het zorginstellingen wordt toegestaan te streven naar winst, dient CTG/ZAio bij het monitoren aandacht te besteden aan de verschillen tussen naar winst strevende instellingen en niet naar winst strevende instellingen met betrekking tot prijs, kwaliteit en ongewenst gedrag. Doel is om VWS inzicht te kunnen geven in de effecten van de maatregelen.
- Onderzoek naar mogelijkheden om de opleidingscapaciteit te vergroten via financiële prikkels (§ 4.4.2).
- Afhankelijk van de resultaten van onderzoek door de NMa de contractuele relatie tussen medisch specialist vrij beroepsoefenaar en ziekenhuis onderzoeken (§ 4.4.2).
- Monitoring van de gevolgen van horizontale fusies voor prijzen, efficiëntie en de uitoefening van marktmacht om de effectiviteit van de Mededingingswet te vergroten en de rol van CTG/ZAio te toetsen (§ 4.5).
- Monitoring van marktontwikkelingen omtrent verticale integratie om de effectiviteit van de Mededingingswet te vergroten en de rol van CTG/ZAio te toetsen (§ 4.6)

##### *Aanbevelingen aan VWS*

- Conform voornemen winststreven voor zorgverzekeraars toestaan (§ 4.4.1).
- Onderzoek doen naar de mogelijkheid om de BTW-vrijstelling te beperken tot werkelijke zorgproducten en -diensten (§ 4.4.1).
- Verruiming opleiding en toetreding nieuwe medisch specialisten (§ 4.4.2).
- Heroverwegen rol van zittende marktpartijen bij het ramen van de behoefte aan nieuwe medisch specialisten (§ 4.4.2).

##### *Aanbevelingen aan het WfZ*

- Uitvoering van de voorgenomen initiatieven om tegemoet te komen aan eventuele mededingingsrechtelijke discussiepunten (§ 4.4.1).

##### *Aanbevelingen aan de NMa*

- Onderzoek, conform voornemen, de mogelijke implicaties van MTO en DMS in mededingingsrechtelijke zin (§ 4.4.2).



## 5. OVERSTAPMOGELIJKHEDEN

### 5.1 Inleiding

De mogelijkheid voor afnemers om over te stappen (switchen) naar een andere aanbieder is een cruciale prikkel voor concurrentie in de zorg.<sup>104</sup> Voor een concurrentieprikkel is het niet altijd nodig dat afnemers daadwerkelijk overstappen; de dreiging voor aanbieders om klanten te verliezen of de kans om klanten te winnen, is vaak voldoende. Patiënten en zorgverzekeraars kunnen overstappen naar een andere zorgaanbieder, verzekerden kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Om overstappen mogelijk te maken, moeten de zorgverzekeringsmarkt, de zorgverleningsmarkt en de zorginkoopmarkt aan drie voorwaarden voldoen:

1. voldoende aanbod om uit te kunnen kiezen;
2. geen belemmering door kosten om over te stappen naar een andere aanbieder;
3. voldoende inzicht in prijs en kwaliteit van het aangeboden product.

Indien aan een van de genoemde voorwaarden niet wordt voldaan, is het voor afnemers moeilijk om over te stappen. Hiermee wordt de keuzevrijheid van afnemers beperkt en de concurrentie tussen aanbieders belemmerd.

In een pas geopende markt kan, in aanvulling op bovenstaande, sprake zijn van overstapbelemmeringen doordat mensen pas langzaam bewust worden van de voordelen van vrije keuze. Zo was bij telefonie lang (en voor sommige, met name oudere consumenten nog steeds) het credo 'Ik wil niet hoeven kiezen, ik wil gewoon een telefoon die werkt'. Ook in de zorg lijkt het besef ver weg dat een behandeling iets is dat je kunt kopen bij verschillende aanbieders. De dokter is gewoon de dokter. Dat bewustwordingsproces kan in de beginfase van marktwerking resulteren in hoge overstapkosten (en daarmee toetredingsdrempels). In dit licht is het wenselijk om consumenten actief te informeren over de mogelijkheden en de voordelen van een overstap naar een andere verzekeraar. Dit is vergelijkbaar met de informatiecampagne bij de liberalisering van de energiemarkt over de mogelijkheid om over te stappen naar een andere energieleverancier.

De vraag in dit hoofdstuk is of en op welke wijze CTG/ZAio een rol moet spelen bij het stimuleren van afnemers om over te stappen. De inventarisatie van het aanbod van zorg en de daaraan gerelateerde analyse van toetreding van nieuwe aanbieders en mogelijke toetredingsdrempels, is behandeld in hoofdstuk 4. In paragraaf 5.2 vindt de analyse plaats van factoren die het overstappen naar een andere aanbieder belemmeren: de zogenoemde overstapkosten. Paragraaf 5.3 gaat vervolgens dieper in op informatievoorziening en transparantie van zorg. Ten slotte bevat paragraaf 5.4 per partij aanbevelingen om overstappen te bevorderen.

In deze paragraaf komt grotere transparantie van de kwaliteit van zorg als belangrijkste voorwaarde naar voren om verzekeraars en verzekerden te stimuleren tot overstappen. Met het recent opgestarte onderzoek van ZonMw voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren worden hierin grote stappen gezet. Indien de ontwikkeling en implementatie van de indicatoren via ZonMw

---

<sup>104</sup> Waterson, M., "The role of consumers in competition and competition policy", International journal of industrial organization, vol. 26, 2003

goed verloopt, zal CTG/Zaio zelf geen initiatieven ontplooiën om de transparantie van zorg te verbeteren.

## 5.2 Overstapkosten

In het algemeen zijn overstapkosten te definiëren als:

*'Het geheel aan financiële en niet-financiële belemmeringen die een afnemer van een product of dienst ervaart, wanneer hij wil overstappen van zijn huidige naar een alternatieve aanbieder, product of dienst'<sup>105</sup>.*

De afnemer kan in dit geval een consument zijn of een zorgverzekeraar. In een markt zonder overstapkosten zou een afnemer zijn keuze voor een aanbieder of een product iedere keer laten afhangen van de prijs en de kwaliteit van het aanbod. Overstapkosten hebben tot gevolg dat afnemers minder snel van aanbieder zullen veranderen. Hierdoor geven overstapkosten de aanbieder marktmacht, die de aanbieder vervolgens kan verzilveren in een hogere marge.

Overstapkosten hebben een directe relatie met toetredingsdrempels: indien het voor afnemers van zorg moeilijk is om over te stappen (als gevolg van de hoge overstapkosten), dan wordt het voor potentiële zorgaanbieders lastig om toe te treden tot de desbetreffende markt. Anderzijds hebben aanbieders, ten behoeve van het vergroten van hun eigen marktaandeel, belang bij zo laag mogelijke overstapkosten. Aanbieders zullen trachten de overstapkosten van hun eigen afnemers hoog te houden en de overstapkosten van de afnemers van de concurrent te verlagen.

### 5.2.1 Directe overstapkosten

Hieronder volgt een ordening van soorten overstapkosten, zoals die door de MDW-werkgroep Overstapkosten is opgesteld en die is gebaseerd op een overzichtartikel van Klemperer<sup>106</sup>:

#### 1. *Kosten van het zoeken naar informatie over alternatieve aanbieders*

Het zoeken naar een nieuwe aanbieder kan zeer tijdrovend zijn. Naarmate het product complexer is en aanbieders moeilijker vergelijkbaar zijn, zijn de zoekkosten doorgaans hoger. Aanbieders kunnen zoekkosten naar alternatieve aanbieders niet of nauwelijks verhogen, maar zullen voortdurend trachten de zoekkosten naar hun eigen product zo laag mogelijk te houden. Hiermee wordt echter niet de transparantie van de markt vergroot, maar alleen de zichtbaarheid van hun eigen product. Informatievoorziening en transparantie zijn belangrijke voorwaarden voor een goed functioneren van de markt. Paragraaf 5.3 gaat hier nader op in.

#### 2. *Onzekerheid over de kwaliteit van een overstap*

Onzekerheid over en onbekendheid met het alternatief werpt een overstapbarrière op. Ook hiervoor geldt dat aanbieders de onzekerheid over de kwaliteit van de alternatieve zorgaanbieders niet of nauwelijks kunnen beïnvloeden. Wel kunnen aanbieders investeren in het vertrouwen in de kwaliteit van hun eigen product, door een betrouwbaar imago te creëren. Ook deze vorm van overstapkosten heeft een directe relatie met informatievoorziening en transparantie en komt aan de orde in paragraaf 5.3.

<sup>105</sup> "Kosten nog moeite", eindrapport interdepartementale MDW-werkgroep Overstapkosten, 2003

<sup>106</sup> Klemperer, P., "Competition when consumers have switching costs: an overview with applications to industrial organization, macroeconomics, and international trade", *Review of economic studies*, 62, 1995.

Een ander aspect met betrekking tot onzekerheid over de kwaliteit van zorg betreft databeheer en toegankelijkheid van patiëntinformatie in geval van overstappen. In dit licht wijst de RVZ erop dat de communicatie tussen professionals in de zorgketen te wensen overlaat.<sup>107</sup> Patiëntgegevens zijn niet structureel beschikbaar op het juiste moment, in de juiste vorm en op de plaats waar de zorg verleend wordt. Dit leidt tot medische fouten, waaronder medicatiefouten.<sup>108</sup> Vanwege de onzekerheid die hieruit voortvloeit lijkt het recht dat patiënten toegang hebben tot hun dossier en een kopie mogen opvragen, niet voldoende om overstappen door patiënten te bevorderen. Een elektronisch patiëntendossier, ook beschikbaar voor andere zorgaanbieders, kan hiervoor een oplossing bieden.

### 3. *Kosten als compatibiliteitseisen*

Dit betreft bijkomende kosten als gevolg van een overstap om bijvoorbeeld systemen/netwerken met elkaar te laten communiceren. Deze overstapkosten zijn voor de zorg alleen relevant binnen de zorginkoopmarkt. Inmiddels bestaan vele technische mogelijkheden en standaarden om informatie uit te wisselen en zijn compatibiliteitseisen zeer ruim gedefinieerd. Op basis van huidige inzichten behoeven deze overstapkosten geen bijzondere aandacht van CTG/ZAio.

### 4. *Kosten van het leren gebruiken van een alternatief product*

Hoe complexer het product, hoe meer tijd het zal kosten om het optimaal te leren gebruiken. Vanwege de complexiteit van verzekeringspolissen kunnen deze overstapkosten mogelijk een rol spelen in de zorgverzekeringsmarkt. De markt probeert zelf deze overstapkosten te verminderen, bijvoorbeeld doordat tussenpersonen en zorgverzekeraars verzekerden helpen bij het gebruiken van de verzekeringspolis. Op basis van huidige inzichten is de conclusie dat deze overstapkosten geen bijzondere aandacht behoeven van CTG/ZAio.

### 5. *Kosten in verband met aanverwante investeringen*

Hierbij moet worden gedacht aan bijvoorbeeld briefpapier, nieuwe telefoonnummers en het inlichten van relaties/klanten. Op basis van huidige inzichten is de conclusie dat deze overstapkosten geen bijzondere aandacht behoeven van CTG/ZAio.

### 6. *Administratieve kosten van een overstap*

Voor verschillende switches worden administratiekosten of transactiekosten in rekening gebracht. Dit betreft vooral de zorgverzekeringsmarkt, waarbij consumenten worden geconfronteerd met deze kosten op het moment dat ze willen overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Verzekeraars zullen de instapkosten minimaliseren en naar achteren schuiven in de tijd, zodat ze in plaats van een instapbarrière een overstapdrempel opwerpen. De markt lost dit meestal zelf op doordat de nieuwe aanbieder de desbetreffende overstapkosten voor zijn rekening neemt; deze initiële kosten worden vervolgens wederom opgeworpen als overstapdrempel in geval de consument nogmaals wil overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Voorlopige conclusie is dat deze overstapkosten geen aandachtspunt behoeven te zijn voor CTG/ZAio.

---

<sup>107</sup> "Gepaste zorg", RVZ, 2004.

<sup>108</sup> Onderzoek heeft uitgewezen dat jaarlijks waarschijnlijk ca. 90.000 ziekenhuisopnamen toe te schrijven zijn aan medicatiefouten. Bij jaarlijks 18.000 opnamen in een gemiddeld ziekenhuis betekent dit dat in Nederland hiermee vijf ziekenhuizen worden 'beziggehouden'. Uit een meer recent onderzoek door TNS NIPO in opdracht van NPCF en NICTIZ blijkt dat zich jaarlijks ca. 1,3 miljoen medische overdrachtsfouten voordoen als gevolg van het niet goed bijhouden of het niet (kunnen) inkijken van het medisch dossier van de patiënt. De meeste fouten hebben betrekking op verkeerd medicatie, het niet behandeld worden door ontbrekende informatie en het verkeerd opereren of behandelen. De kosten hiervan bedragen naar schatting 1,4 miljard euro op jaarbasis, waarvan 300 miljoen directe zorgkosten.

## 7. Overstapkosten als gevolg van contractuele bepalingen

Indien een zorgaanbieder of zorgverzekeraar zijn 'multi-product-karakter' wil behouden, kan hij gebruik maken van koppelverkoop: minder aantrekkelijke DBC's/verzekeringen aanbieden in combinatie met de zeer gewilde DBC's/verzekeringen. Dit komt aan de orde in paragraaf 6.5.

Daarnaast kunnen overstapkosten voortkomen uit contractuele bepalingen over eenzijdige of gezamenlijke investeringen in kwaliteit, efficiëntie en/ of doelmatigheid. Hierbij is de levering van bepaalde producten voor een bepaalde periode contractueel vastgelegd, als garantie om de desbetreffende investeringen terug te verdienen en te voorkomen dat de baten van de investering wegvloeien naar derden. Deze overstapkosten berusten op een vorm van samenwerking en wordt verder uitgewerkt in paragraaf 6.7.

Een andere vorm van contractbepalingen die overstapkosten betekenen, is de periode en vereiste termijn voor het opzeggen van een contract bij een zorgverzekeraar. De inachtneming van zo'n termijn en de vereiste administratieve handelingen beperken in de praktijk de mogelijkheden van de consument om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Het is wenselijk dat deze overstapkosten worden geminimaliseerd.

## 8. Overstapkosten als gevolg van klantenbindingsprogramma's

Een klantenbindingsprogramma bindt een afnemer aan zijn huidige aanbieder doordat de voordelen (de waarde) die de afnemer in de loop der tijd heeft opgebouwd, vervallen zodra hij overstapt naar de concurrent. Deze vorm van overstapkosten komt vooral voor in de zorgverzekeraarsmarkt: consumenten krijgen kortingen wanneer ze meer polissen afnemen bij de desbetreffende zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht hun verzekerden ieder jaar de mogelijkheid te bieden om over te stappen gedurende een periode van drie maanden (januari – maart). Daarnaast zijn de kortingen die worden geboden bij afname van meer polissen, ook te bedingen bij andere verzekeraars. Op basis van huidige inzichten is de conclusie dat klantenbindingsprogramma's geen bijzondere aandacht behoeven van CTG/ZAio.

## 9. Overstapkosten als gevolg van wet- en regelgeving

Overstapkosten die voortkomen uit wet- en regelgeving komen in hoofdstuk 4. aan de orde. Dergelijke overstapkosten zijn niet beïnvloedbaar door de aanbieders en gelden voor alle aanbieders.

Ten slotte is het nog van belang dat een markt die aan alle genoemde voorwaarden voldoet, nog niet garandeert dat afnemers ook daadwerkelijk gaan overstappen. Consumenten lijken de neiging te hebben om te blijven zitten waar ze zitten (status-quo bias).<sup>109 110</sup>

Naast de hiervoor gehanteerde causale indeling van overstapkosten is het mogelijk de overstapkosten te categoriseren naar *soort kosten*: geld, tijd of onzekerheid.<sup>111</sup> De waarde die wordt toegekend aan geld, tijd of onzekerheid kan behoorlijk verschillen per afnemer. Daarbij speelt de perceptie van overstapkosten eveneens een rol: deze kan sterk afwijken van de werkelijke kosten. In dit licht is vooral informatievoorziening en transparantie belangrijk: hoe beter

<sup>109</sup> "Zorg voor Concurrentie", Centraal Plan Bureau, 2003.

<sup>110</sup> Schut, F.T., S. Gres en J Wasem, 2002, "Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands, werkdocument, revised version, september 2002, Erasmus Universiteit. Uit schattingen uit dit onderzoek blijkt dat de prijselasticiteit niet significant van nul verschilt voor ziekenfondsverzekerden in de periode 1996-2000. Zij reageren dus niet op prijsverschillen tussen zorgverzekeraars. Interessant is wel dat uit hun schattingen blijkt dat zelfstandigen in het jaar 2000, toen zij verplicht moesten toetreden tot het ziekenfonds, een grote mate van prijsgevoeligheid vertoonden, een prijselasticiteit van -4,3. Een dergelijke prijselasticiteit wil zeggen dat een 1% verhoging van de nominale premie tot een verlaging van het marktaandeel met 4,3% leidt. Door de relatief forse stijging in de nominale premies in 2005 bestaat wel de verwachting dat consumenten prijsbewuster worden, actiever de verschillende polissen van zorgverzekeraars zullen bestuderen en aan de hand hiervan sneller geprikkeld zullen zijn om naar een andere zorgaanbieder over te stappen.

<sup>111</sup> "Kosten noch moeite", eindrapport interdepartementale MDW-werkgroep Overstapkosten, 2003

prijs en kwaliteit van het aanbod inzichtelijk zijn gemaakt en het aanbod toegankelijk is voor de afnemers, des te meer komen perceptie en werkelijkheid overeen.

Overstapkosten voor collectieve contracten (meestal via werkgevers) verschillen van die voor individuele polissen. Het is echter moeilijk te zeggen in welk geval de prikkel tot overstappen het grootst is. Enerzijds bevorderen collectieve contracten overstapgedrag doordat werkgevers professionele inkopers zijn, voor wie kosten als gevolg van onzekerheid, administratieve lasten, het opvragen van informatie en dergelijke minder zwaar wegen dan voor consumenten. Anderzijds ervaren juist werkgevers de overstapkosten van klantenbindingsprogramma's, doordat kortingen gebruikelijk zijn wanneer werkgevers naast zorgverzekeringen ook andere soorten verzekeringen afsluiten. Bovendien zullen werknemers bij collectieve contracten vanwege de lage premie niet snel overstappen, ook als de verzekering op andere aspecten niet geheel in hun behoeften voorziet. Ten slotte hebben collectieve contracten waarschijnlijk een negatieve invloed op de mogelijkheden van verzekeraars om selectief te contracteren, doordat de verzekeraar rekening moet houden met de uiteenlopende behoeften van de werknemers.

Met de inwerkingtreding van de nieuwe Zorgverzekeringswet (naar verwachting in 2006) wordt de korting voor collectieve contracten gemaximeerd tot 10% van de nominale premie.<sup>112</sup> Door deze beperking zou het minder aantrekkelijk kunnen worden collectieve contracten te sluiten. Daarnaast moeten werkgevers een percentage van het loon van de werknemers aan de Centrale Kas betalen (ten behoeve van risicoverevening tussen zorgverzekeraars), ongeacht de verzekeringspremie. Gelet op bovenstaande tegengestelde invloeden is niet goed in te schatten wat de invloed van deze verandering zal zijn op de prikkel tot overstappen.

### 5.2.2 Indirecte overstapkosten

De zorgsector wijkt af van veel andere sectoren doordat alle marktpartijen afnemersrelaties met elkaar aangaan. De consument is bijvoorbeeld afnemer zowel van de verzekeraar, als van de zorgaanbieder. Wanneer een verzekeraar wil overstappen naar een andere zorgaanbieder, zullen dus vaak ook patiënten moeten overstappen. De mogelijkheid voor verzekeraars consumenten te laten overstappen naar een andere zorgaanbieder is derhalve een belangrijke voorwaarde voor marktwerking.<sup>113</sup> Naarmate een zorgverzekeraar zijn patiëntenstromen beter kan sturen heeft de zorgverzekeraar een betere onderhandelingspositie en kan hij zorgaanbieder beter prikkelen tot doelmatigheidsafspraken.<sup>114</sup> De literatuur laat een wisselend beeld zien. IOO laat zien dat de particulier verzekerden keuzevrijheid van medisch specialisten een belangrijk aspect vinden bij een zorgverzekeraar.<sup>115</sup> Schut en Laske-Aldershof laten zien dat 15% tot 20% van de verzekerden kiest voor een pakket met geselecteerde aanbieders als zij een korting krijgen van 8 euro op hun nominale ziekenfondspremie.

De mogelijkheid voor zorgverzekeraars om voorkeursaanbieder te contracteren is vanaf 2006 geregeld in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars kunnen dan onder andere via prijsprikkels hun verzekerden sturen naar voorkeursaanbieder. Hierbij moet worden gedacht aan kortingen op de nominale premie en eigen bijdrage, of extra bijbetalingen indien een verzekerde

<sup>112</sup> Momenteel is de premiekorting die mag worden gegeven, onbegrensd.

<sup>113</sup> Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte", NYFER, 2004.

<sup>114</sup> M. Varkevisser, S.A. van der Geest, F.T. Schut; Concurrentie tussen Nederlandse Ziekenhuizen

<sup>115</sup> IOO (2000) Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars, Onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie van Financiën, IOO bv, Zoetermeer.

kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Tot 2006 zijn deze mogelijkheden er niet voor de huidige ziekenfondsen.

Vanaf 1 februari 2005 is het binnen het B-segment mogelijk dat verzekeraars een gedeeltelijke vergoeding geven wanneer een patiënt zorg wil afnemen bij een zorgaanbieder die niet door de desbetreffende verzekeraar is gecontracteerd. Die gedeeltelijke vergoeding mag echter niet zo laag zijn dat de keuzevrijheid van de verzekerde wezenlijk wordt belemmerd. De Minister van VWS heeft aangegeven dat verzekeraars met het oog op een ondergrens voor de vergoeding kunnen uitgaan van de laagste onderhandelde prijs, mits die gecontracteerde zorg substantieel wordt geconsumeerd, en onder aftrek van een percentage in verband met de transactiekosten die verzekeraars nu eenmaal hebben bij restitutie<sup>116</sup>. Hierbij dient een verzekeraar zich er wel van te vergewissen dat de gecontracteerde zorg die hij als uitgangspunt neemt voor de hoogte van de vergoeding bij restitutie, voor al zijn verzekerden bereikbaar is. Als dit niet zo is, kan er, zonder nadere voorziening, sprake zijn van belemmering van de keuzevrijheid.

Niettemin kan een verzekeraar uit overwegingen van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt ook een andere keuze maken, bijvoorbeeld voor procentuele vergoeding, al dan niet tot, of van, een bepaald maximumbedrag. Dat kan van invloed zijn op de hoogte van de nominale premie die hij aan zijn verzekerden in rekening brengt. Wederom mag deze vergoedingsregeling niet leiden tot een wezenlijke belemmering van de keuzevrijheid van de verzekerde.

Het is onzeker of de huidige situatie uitnodigt tot selectief contracteren. Alhoewel nog geen eenduidige conclusies zijn te trekken, lijken we uit de ervaringen in de VS te kunnen leren dat consumenten hun zorgaanbieder pas willen kiezen als ze zorg nodig hebben. Zodra verzekerden patiënten worden, nemen ze geen genoegen met de beperking van de keuzevrijheid. Dit wordt versterkt doordat de vertrouwensrelatie tussen consumenten en medisch specialisten groter is dan de vertrouwensrelatie met de zorgverzekeraar. Mede hierdoor komt selectief contracteren in de VS niet vaak meer voor; nagenoeg alle verzekeraars contracteren alle zorgaanbieders in de regio. Overigens lijkt er sinds 2001 weer een opleving in de mate van selectief contracteren in de VS<sup>117</sup>.

Conclusie uit deze ervaringen:

- Zorgverzekeraars kunnen de keuze van consumenten voor een zorgverlener het best sturen op het moment dat consumenten zorg nodig hebben en niet zozeer op het moment dat zij een keuze moeten maken voor een verzekering. Mocht selectief contracteren onvoldoende van de grond komen, dan kunnen verzekeraars extra sturingsinstrumenten gebruiken zoals een bonus, indien wordt gekozen voor de goedkopere gespecialiseerde kliniek in plaats van het algemeen ziekenhuis in de buurt. Een andere optie is om extra service (zoals kortere wachtlijsten of een luxere ziekenhuiskamer) te bieden indien de verzekerde kiest voor een geselecteerde zorgaanbieder. Een nadeel van deze optie is dat patiënten eerst contact moeten opnemen met hun verzekeraar, voordat ze de keuze voor een zorgaanbieder maken.
- De transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod dient verbeterd te worden, zodat consumenten zelf beter inzicht krijgen in de kwaliteit van medisch specialisten bij de keuze van hun zorgaanbieders.

---

<sup>116</sup> Kamerstuk 2004-2005, 28994, Nr.J, Eerste Kamer.

<sup>117</sup> Mays, G.P., G. Claxton and J. White, Managed Care Rebound? Recent changes in Health Plans' cost containment strategies, Health affairs, August 11, 2004.

### 5.3 Transparantie in de zorg

Voor het bevorderen van concurrentie is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van betrouwbare en vergelijkbare informatie over de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg van alle aanbieders cruciaal. Afnemers van een product zullen pas overstappen naar een concurrerende aanbieder indien zij voldoende informatie hebben over de prijs en de kwaliteit van andere aanbieders. Zonder deze informatie kunnen aanbieders niet worden vergeleken en ervaren afnemers geen prikkels om over te stappen. Dit resulteert in marktmacht voor de aanbieders, ondanks de aanwezigheid van concurrenten, wat zich kan uiten in bijvoorbeeld hoge prijzen.

Om te kunnen kiezen hebben consumenten informatie nodig over de prijs en kwaliteit van de producten en diensten van zorgaanbieders en verzekeraars. Bij informatie over verzekeraars gaat het zowel om de dienstverlening door de verzekeraars, als om de gecontracteerde zorg.

Verzekeraars hebben behoefte aan informatie over de prijs en de kwaliteit van de zorg die zorginstellingen aanbieden. De verzekeraars gebruiken deze informatie om zorgaanbieders onderling te kunnen vergelijken en hun eigen onderhandelingsmacht te vergroten. Ook dienen verzekeraars te beschikken over informatie betreffende de indicatiestelling van de geleverde zorg, om te kunnen beoordelen of oneigenlijke DBC's zijn geregistreerd en/of onnodig veel DBC's per patiënt zijn geopend.<sup>118</sup> Zonder deze informatie is het voor zorgverzekeraars niet te controleren of zorgaanbieders de DBC-systematiek in hun eigen (financiële) voordeel misbruiken. Dat dit niet ondenkbaar is wordt wel aangetoond in landen als Australië en Canada, waar zich een geheel nieuwe bedrijfstak heeft ontwikkeld die zorgaanbieders adviseert in het zo gunstig mogelijk registreren (upcoding).<sup>119</sup> In Nederland zijn ter waarborging van de betrouwbaarheid van het DBC-systeem minimale eisen gesteld aan de administratieve organisatie en interne controle bij zorgaanbieders. Deze minimale eisen zijn opgenomen in de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) inzake DBC-registratie en facturering.

Verzekeraars hoeven voor de contractonderhandelingen in principe geen inzicht te eisen in zorgprofielen van individuele zorgaanbieders om de kwaliteit van de in te kopen zorg te bepalen. Ten eerste geven zorgprofielen alleen informatie over het zorgproces, terwijl kwaliteit juist betrekking heeft op zorgresultaten. Ten tweede is het in het belang van zorgaanbieders zelf om aan te geven wanneer hun zorgprofielen uitgebreider zijn dan gemiddeld (bijvoorbeeld omdat het patiëntenbestand veel complexe gevallen bevat). Zolang zorgaanbieders geen afwijkingen melden, kunnen verzekeraars uitgaan van gemiddelde zorgprofielen. Een zorgaanbieder die de uitgebreide zorgprofielen niet meldt, snijdt zichzelf in de vingers, omdat zijn hogere kosten niet gedekt worden door de zorgverzekeraar.

Over verzekeringen (prijzen en dienstverlening) komt steeds betere informatie beschikbaar via de Consumentenbond en vergelijkingssites op Internet. Informatie over de prijs van zorg is inmiddels geregeld via de verplichte aanlevering van de MDS aan de Trusted Third Party (TTP) en de verplichte standaardprijzlijsten van zorgaanbieders. Voor de beoordeling van de prijs van zorg is echter ook informatie noodzakelijk over de kwaliteit van de geleverde zorg. Zo blijkt in de VS een relatie tussen kwaliteit en efficiency. Bij de toenemende aandacht voor efficiëntie in het begin van 'managed care' bestond onvoldoende aandacht voor kwaliteitsaspecten. Het gevolg was dat, zoals bij het interview van CTG/ZAio met de Amerikaanse 'National Committee for Quality Assurances'

<sup>118</sup> "Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte", NYFER, 2004.

<sup>119</sup> Lakerveld, A.A., "Negatieve prikkels in ziekenhuizen", Economisch Statistische Berichten, 87e jaargang, 2002.

(NCQA) werd opgemerkt: “patients went home quicker and sicker”. Toen in een later stadium zorgaanbieders wel werden beoordeeld op kwaliteit bleek daarentegen dat efficiëntieverbetering goed samengaat met kwaliteitsverbetering. In de volgende subparagraaf staat daarom het meten van kwaliteit centraal.

Uit de ervaringen in de Verenigde Staten met gereguleerde marktwerking blijkt dat de marktprikkel om kwaliteitsverschillen zichtbaar te maken, mogelijk te zwak is. De overheid kan bijdragen aan het verkleinen van de informatieasymmetrie tussen patiënten en verzekeraars enerzijds en de zorgaanbieders anderzijds door het vergroten van de transparantie over de geleverde zorgkwaliteit. Elk systeem dat prikkels geeft om efficiënter te opereren, leidt tot verminderde aandacht voor die aspecten die niet of moeilijk meetbaar zijn. Dit benadrukt het belang van de taak van de IGZ om een minimum aan kwaliteit te borgen door eisen te stellen aan de processen binnen zorgaanbieders.

### 5.3.1 Kwaliteit nog onvoldoende transparant

#### *Kwaliteit van zorgaanbieders*

In de zorg wordt kwaliteit vaak als vanzelfsprekend verondersteld. Kwaliteitsbeleid is voor veel partijen dan ook een relatief nieuw terrein<sup>120</sup>. In een situatie van concurrentie is de kans reëel dat ondoorzichtigheid van de kwaliteit op termijn leidt tot kwaliteitserosie dat wil zeggen voorzover er een uitruil bestaat tussen kosten en kwaliteit<sup>121</sup>. Zorgverzekeraars en patiënten kunnen de prijs van een zorgproduct pas beoordelen indien informatie beschikbaar is over de kwaliteit. Ook voor de vergelijking en beoordeling van zorgaanbieders onderling is informatie over de kwaliteit onontbeerlijk. In de VS wordt kwaliteitsinformatie vooral gebruikt door de aanbieders zelf en door de toezichthouders.

In Nederland is pas de afgelopen jaren gestart met het meetbaar maken van kwaliteit. Dat dit nog niet eerder is opgestart, heeft verschillende oorzaken:

- Zorgaanbieders beschikten zelf nauwelijks over de gevraagde informatie. De complexe interne organisatie als gevolg van een ‘eilandenrijk’ aan maatschappen van medisch specialisten<sup>122</sup> is daar mede debet aan.
- Verzekeraars zijn vaak niet in staat de kwaliteitsinformatie af te dwingen en aanbieders zelf zijn vaak niet zo geneigd transparantie te verschaffen.
- In de onderhandelingen tussen verzekeraar en zorgaanbieders staan van oudsher afspraken over prijs en met name volume centraal. Weliswaar werd wel verwacht dat verzekeraars afspraken maakten over kwaliteit, maar in de praktijk waren hiervoor weinig instrumenten en prikkels. Kwaliteit van zorg was meer de verantwoordelijkheid van de IGZ.
- De (private) partijen die zich bezighouden met onderzoek naar kwaliteitsniveau van prestaties, ontbrak het aan de benodigde financiële middelen.

Het CVZ heeft samen met het CBO, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de patiëntenorganisaties het begrip kwaliteit van zorg gedefinieerd:

*“Het steeds beter voldoen aan de noden en wensen van de patiënt/cliënt.”<sup>123</sup>*

<sup>120</sup> CTZ/verwey Jonker Instituut, De rol van ziekenfondsen bij kwaliteit van zorg, mei 2003

<sup>121</sup> Pauly, M.V., Competition in medical services and the quality of care: concepts and history.

<sup>122</sup> Kam, F. de en F. Nypels, “De zorg van Nederland: waarom de gezondheidszorg tekortschiet”, Contact, 2001.

<sup>123</sup> Schellekens W., Everdingen J van, “Definiering van kwaliteit. Kwaliteit in de gezondheidszorg. In: Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg. Houten: Bohn en Stafleu Van Loghum, 2001: 29-33.

Vervolgens hebben ze dit begrip kwaliteit verder geconcretiseerd naar zes dimensies van kwaliteit, die zijn overgenomen van de Committee on the quality of healthcare in de VS.<sup>124</sup> Deze dimensies zijn: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiëntie, tijdigheid en toegankelijkheid. Vervolgens is vastgesteld dat deze dimensies kunnen verschillen per zorgvorm: zo zullen aan patiëntgerichtheid bij het leveren van chronische zorg veel hogere eisen worden gesteld dan bij acute zorg, waar bereikbaarheid en effectiviteit weer de nadruk zullen hebben.

Deze methodiek om afspraken over kwaliteit tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te concretiseren, kan een belangrijke prikkel zijn om meer te sturen op kwaliteit. Het is een eerste stap naar het meetbaar maken van kwaliteit.

Het is vanuit theoretisch oogpunt niet verwonderlijk dat de marktpartijen in de zorg onvoldoende meetbare en vergelijkbare informatie over kwaliteit publiceren op het niveau van (clusters van) DBC's. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren vergt namelijk veel tijd, geld en samenwerking met alle marktpartijen. Zorgvuldigheid is bovendien geboden, omdat de publicatie van onjuiste kwaliteitsindicatoren veel negatieve effecten kan oproepen, zoals het vermijden van risicovolle patiënten. Vaak begint de ontwikkeling van een kwaliteitsindicator daarom met wetenschappelijk onderzoek. De tijd die en het geld dat een individuele marktpartij hierin moet steken, kan ze vaak niet terugverdienen, omdat een eenmaal ontwikkelde kwaliteitsindicator gemakkelijk door anderen is te kopiëren. Daarbij is het met het oog op transparantie en beperking van administratieve lasten wenselijk dat een kwaliteitsindicator door alle marktpartijen wordt geaccepteerd en gebruikt (geen wildgroei van indicatoren).

Doordat initiatieven ter verbetering van transparantie recentelijk zijn gestart, is het niet verwonderlijk dat de transparantie van de zorg met het oog op concurrentie nog onvoldoende is. Zorgaanbieders zijn momenteel voor het publiek het best vergelijkbaar op basis van een basisset van indicatoren die de IGZ samen met de brancheorganisaties heeft ontwikkeld. Deze basisset geeft enige informatie over het algemeen functioneren van zorginstellingen, maar geeft nog geen informatie over de kwaliteit van de behandelingen bij specifieke aandoeningen in het B-segment (met uitzondering van cataract chirurgie). In aanvulling hierop ontwikkelen diverse verzekeraars prestatie-indicatoren voor eigen gebruik. Het probleem van deze op zich positieve ontwikkeling is het risico op een wildgroei aan prestatie-indicatoren, met hoge administratieve lasten voor zorginstellingen als gevolg. Bovendien dragen de initiatieven van verzekeraars niet bij aan transparantie vanwege een gebrek aan standaardisatie en doordat informatie niet publiek beschikbaar komt.

Uit het voorgaande volgt dat een actieve rol van de overheid wenselijk is bij het publiek beschikbaar maken van onderling vergelijkbare informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders. VWS heeft dit eveneens geconstateerd<sup>125</sup> en onderstreept dat goede keuze-informatie niet 'vanzelf' ontstaat en hier dus een duidelijke verantwoordelijkheid voor de overheid ligt. In dit kader wordt met behulp van onderzoeksgeld van VWS (ZonMw) gewerkt aan uitbreiding van de basisset van indicatoren, waarbij wederom ook brancheorganisaties zijn betrokken. Het onderzoek bestaat uit twee delen: 1) de ontwikkeling en implementatie van externe aandoeningspecifieke prestatie-indicatoren over patiëntveiligheid en effectiviteit en 2) de ontwikkeling en implementatie van aandoeningspecifieke prestatie-indicatoren over patiëntgerichtheid. Met het oog op bovenbeschreven behoefte aan transparantie is vooral het eerste deel van het ZonMw-onderzoek

<sup>124</sup> Committee on the quality of healthcare in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Boston: institute of medicine, 2001.

<sup>125</sup> Beleidsbrief nota Met zorg kiezen, VWS, kenmerk: Z/TPC/EPC-U-2462483

van belang. De prestatie-indicatoren over patiëntveiligheid en effectiviteit zullen betrekking hebben op zeventien aandoeningen uit het B-segment en vier aandoeningen uit het A-segment. Voor de ontwikkeling van de indicatoren wordt gebruik gemaakt van 'best practices' in binnen- en buitenland. CTG/ZAio omarmt het onderzoek van ZonMw, aangezien het daadwerkelijk kan bijdragen aan verbetering van transparantie van kwaliteit (gunstig voor marktwerking) en aan standaardisatie (gunstig voor administratieve lasten). Een aandachtspunt is wel dat de door ZonMw ontwikkelde indicatoren ook snel en volledig worden geïmplementeerd door marktpartijen.

Het huidige project van ZonMw om te komen tot standaardisering van indicatoren is in de ogen van CTG/ZAio geen eindpunt. Het valt te voorzien dat afnemers van zorg in de toekomst voor een groter aantal DBC-clusters transparantie van kwaliteit willen. Om wildgroei te voorkomen, zijn dan nieuwe ZonMw-achtige initiatieven tot standaardisering noodzakelijk.

Indien de ontwikkeling en implementatie van de prestatie-indicatoren via ZonMw goed verloopt, zal CTG/ZAio zelf geen initiatieven ontplooiën om de transparantie van zorg te verbeteren. Meer in het algemeen draagt CTG/ZAio verantwoordelijkheid om de transparantie te verbeteren, indien dit onvoldoende gebeurt door andere partijen. Maar ook in dergelijke gevallen dient CTG/ZAio intensief samen te werken met andere organisaties en zo veel mogelijk gebruik te maken van bestaande instrumenten en informatiestromen. Wat betreft de rolverdeling tussen de IGZ en CTG/ZAio zal de IGZ zich als keurmeester manifesteren en de minimale kwaliteit van zorg bewaken terwijl CTG/ZAio als marktmeester zo veel mogelijk inzicht zal geven in de geleverde kwaliteit van zorg, om daarmee de vergelijkbaarheid van en de concurrentie tussen zorgaanbieders te vergroten (zie ook de tekst in navolgend kader). Maar – zoals gezegd – zijn initiatieven van CTG/ZAio op het gebied van transparantieverbetering voorlopig niet aan de orde.

#### *Taakverdeling tussen CTG/ZAio en de IGZ*

CTG/ZAio en de IGZ richten zich beide op het vergroten van inzicht in de kwaliteit van zorg. De doelstellingen verschillen echter:

- De IGZ is de primaire toezichthouder op het gebied van medische kwaliteit. De IGZ bewaakt de minimale kwaliteit van zorg ten aanzien van randvoorwaarden (opleidingsniveau, dossieropbouw, bouw, inrichting, werk en rusttijden et cetera), de behandeling/verzorging/verpleging zelf (de door de beroepsgroep/sector vastgestelde normen) en de borging van het kwaliteitssysteem van de instelling (incidentenregistratie, overlegafspraken, bijscholing et cetera).
- CTG/ZAio heeft als doelstelling het inzicht in de geleverde kwaliteit van zorg te vergroten om daarmee de vergelijkbaarheid van en de concurrentie tussen zorgaanbieders te vergroten.

De IGZ zal zich als keurmeester manifesteren en CTG/ZAio als marktmeester.

De IGZ heeft op grond van onder andere de Gezondheidswet, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) de bevoegdheid informatie te verzamelen. Informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg is noodzakelijk om consumenten in staat te stellen gefundeerde keuzes te maken. Tot nu toe was de IGZ vooral actief in het beoordelen van instellingen en professionals, soms naar aanleiding van incidenten. De huidige basisset prestatie-indicatoren geeft de consument vooral informatie over de zorginstelling, maar nog niet over veel voorkomende behandelingen. Mede daarom heeft de IGZ besloten te onderzoeken welke kwaliteitsindicatoren gebruikt kunnen worden bij de DBC's uit het B-segment. CTG/ZAio sluit zich hierbij aan en zal in 2005 niet zelf initiatieven ontplooiën. Momenteel vindt overleg plaats tussen de IGZ en CTG/ZAio over formalisering van de samenwerking.

### *Kwaliteit van zorgverzekeraars*

Naast het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorgaanbieders en hun prestaties, is het eveneens van belang informatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars transparant en beschikbaar te maken. Ook hier zijn al goede ontwikkelingen waarneembaar: de Consumentenbond ontwikkelt met subsidie van VWS een publieksinformatiesysteem waarmee zorgverzekeraars onderling vergeleken kunnen worden. Dit gebeurt via een 'Report Card Zorgverzekeraars'<sup>126</sup> waarin naast algemene gegevens, de premies, pakketten, zorginkoop, aanmeld- en opzegprocedures, klachtenafhandeling, keuzevrijheid, inspraak en verzekerdentevredenheid worden vergeleken. Ingekochte zorg kan vervolgens weer gekoppeld worden aan de te ontwikkelen data over de kwaliteit van zorgaanbieders, zodat de consument bij de keuze van zorgverzekering ook dit belangrijke aspect kan meewegen. Bij de ontwikkeling van deze 'Report Card Zorgverzekeraars' werkt VWS samen met de relevante partijen als CVZ, CTZ en NPCF.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opdracht gekregen om een portalorganisatie op te starten. RIVM komt eind 2004 met de eerste resultaten op internet: een keuzegids zorgverzekeraars, een keuzegids ziekenhuizen en een keuzegids bijbetalingen geneesmiddelen. In 2005 wordt de informatie op internet uitgebreid met een keuzegids voor verpleging, verzorging en thuiszorg. De gidsen bevatten onder andere vergelijkende kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders.<sup>127</sup> In beginsel zal de portalorganisatie zelf geen informatie genereren<sup>128</sup>. Dit betekent dat zolang andere partijen niet over kwaliteitsinformatie beschikken, overeenkomstig de eisen van CTG/ZAio, de portalorganisatie ook niet over deze informatie kan beschikken.

Wat betreft het aanleveren van informatie door marktpartijen leren ervaringen in de VS dat financiële prikkels bevorderend kunnen werken. Een voorbeeld hiervan is dat verzekeraars een deel van de financiering van zorginstellingen koppelen aan de kwaliteit en volledigheid van de te leveren data. Verzekeraars leveren op hun beurt de gevraagde informatie aan CTG/ZAio om voor accreditatie in aanmerking te komen.

#### 5.3.2 Voorwaarden voor het meten van kwaliteit

CTG/ZAio acht het wenselijk een aantal voorwaarden aan het meten van kwaliteit te stellen. De informatie over kwaliteit van zorg moet vergelijkbaar en betrouwbaar zijn, publiek toegankelijk, onder meer betrekking hebben op de uitkomsten per cluster van DBC's, en dient zich niet beperken tot een toets of aan minimumkwaliteitsnormen is voldaan. Op basis van deze voorwaarden toetst CTG/ZAio of bestaande initiatieven daadwerkelijk de transparantie vergroten.

#### *Vergelijkbaarheid*

Kwaliteit van zorg dient op een zodanig gestandaardiseerde manier te worden weergegeven dat een goede kwaliteitsvergelijking mogelijk is. Hiertoe dienen standaardeenheden te worden geformuleerd waarin kwaliteit wordt gemeten en uitgedrukt. Daarmee wordt voorkomen dat allerlei goedbedoelde initiatieven leiden tot onderling onvergelijkbare data. Wanneer elke zorgaanbieder

<sup>126</sup> <http://www.consumentenbond.nl/nieuws/persberichten/471718?ticket=nielid>

<sup>127</sup> VWS, brief RIVM start portalorganisatie, kenmerk: Z/TPC-2513352

<sup>128</sup> Cap Gemini Ernst & Young Nederland B.V., Programma van eisen voor het opzetten en continueren van een portalorganisatie voor zorggebruikers.

op zijn eigen manier kwaliteit meet, is het voor een consument moeilijk om een keuze te maken waardoor er geen sprake is van een 'level playing field'. Verder maken zorgaanbieders bij uniforme meting allemaal dezelfde kosten. Zorgaanbieders die de kwaliteit 'goed' meten en hiervoor extra kosten maken, zijn dan ook niet langer in het nadeel bij onderhandelingen.

Corrigeren voor patiëntenverschillen is noodzakelijk voor de vergelijkbaarheid van de kwaliteit van zorg tussen zorgaanbieders. Dit is onder andere van belang om zorgaanbieders niet te ontmoedigen risicovolle en complexe patiënten te behandelen.<sup>129</sup> Op dit gebied kan gebruik gemaakt worden van de ervaring van risicoverevening voor de ziekenfondsen via het systeem van normuitkeringen. Het systeem van risicoverevening op de ziekenfondsmarkt is in de afgelopen jaren sterk verbeterd. Deze verbetering trad op doordat er bij de risicoverevening met steeds meer verschillende kenmerken van verzekerden werd rekening gehouden. Naast leeftijd en geslacht bevat het systeem van risicoverevening tegenwoordig ook regionale, sociaal-economische en gezondheidskenmerken van verzekerden<sup>130</sup>.

#### *Betrouwbaarheid*

Gebruikers van prestatie-indicatoren moeten erop kunnen vertrouwen dat de informatie betrouwbaar is (valide en objectief). Het beschikbaar krijgen van betrouwbare informatie staat of valt met een goede zorggerichte registratie. Dit impliceert dat bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren ook aandacht moet worden besteed aan de ontwikkeling van richtsnoeren voor registratie door zorginstellingen.

#### *Publieke toegankelijkheid*

Consumenten dienen bij het maken van een keuze gebruik te kunnen maken van vergelijkbare indicatoren die openbaar zijn en een goed beeld geven van de kwaliteit van de desbetreffende zorg, inzicht te hebben in wat er gemeten wordt, op welke wijze er wordt gemeten en of de uitkomsten valide zijn. Openbaarheid van indicatoren van zowel de uitkomsten als de meetmethode is een voorwaarde van kwaliteitsmeting. Zonder deze openbaarheid blijft kwaliteit van zorg een interne aangelegenheid van de beroepsgroep<sup>131</sup>.

#### *Per cluster van DBC's*

Voor een goed inzicht in de kwaliteit van zorg, is het wenselijk dat informatie beschikbaar is op het niveau van individuele aandoeningen (per cluster van DBC's), zoals de effectiviteit en veiligheid van cataract chirurgie, liesbreuk chirurgie, borstverkleining, et cetera.

#### *Ook toetsing van uitkomsten*

Voor het verlenen van kwalitatief goede zorg zijn de structuur, het proces en de uitkomst van belang. Om als voorbeeld hartfalen te nemen: een structuurindicator is bijvoorbeeld de aanwezigheid van een hartfalenpoli (ja,nee), een procesindicator is bijvoorbeeld een eventuele heropname en een uitkomstindicator is dat er geen opname nodig is. Omdat een goede structuur en een goed zorgproces niet altijd een garantie is voor een goed resultaat, dient informatie over kwaliteit waar mogelijk ook betrekking te hebben op resultaten van behandeling. Randvoorwaarde voor proces- en structuurindicatoren is dat een relatie met de uitkomsten van zorg vaststaat.

<sup>129</sup> Uit onderzoek van Dranove et al. (JPE, 2003), Is more Information better? The effects of "Report cards" on Health Care, blijkt een effect van kwaliteitsmeting te zijn dat op korte termijn gezondere patiënten voor een coronary artery bypass graft (CABG) behandeld worden.

<sup>130</sup> Douven, R., Risk adjustment in the Netherlands: an analysis of insurers' health care expenditures, CPB Discussionpaper 39, oktober 2004.

<sup>131</sup> Marshall M.N et al, The public release of performance data, JAMA vol. 283, 12 april 2000.

### *Meer dan toetsing van minimum kwaliteitsnormen*

Kwaliteitsdifferentiatie is een onontkoombaar en gewenst effect van de introductie van marktwerking. Als bodem voor kwaliteit gelden medische kwaliteitsstandaarden waaraan altijd moet worden voldaan (vastgelegde kwaliteitsnormen en -richtlijnen). Belangrijk voordeel van kwaliteitsdifferentiatie is dat inzicht wordt verkregen in de verschillende kwaliteitsniveaus van zorgaanbieders. Inzicht in kwaliteitsdifferentiatie is bijvoorbeeld mogelijk door de meting van de kans op infecties, complicaties of sterfte, het risico van decubitus, herhalingsbehandelingspercentages, et cetera.

### 5.3.3 Voorkomen neveneffecten transparantieverbetering

Voortdurende verbetering van prestatie-indicatoren is nodig:

- voor betere aansluiting bij de informatiebehoefte van de consument;
- om beoogde informatie beter overeen te laten komen met de interpretatie van de consument;
- ter voorkoming van te hoge administratieve lasten;
- ter vergroting van de toegankelijkheid van de informatie.

Bij de verbetering van transparantie is aandacht nodig voor potentiële ongunstige neveneffecten. Door hier in een vroeg stadium aandacht aan te besteden, kunnen ze grotendeels worden ondervangen. Een aantal ongunstige neveneffecten kunnen zijn:

#### *Misleidende reclame*

Het is niet uit te sluiten dat zorgaanbieders misleidende informatie bieden via reclame. Bij een goed persmechanisme zal zo'n reclame-uiting worden herkend als onjuist en zal de desbetreffende zorgaanbieder negatieve publiciteit krijgen. Deze dreiging van negatieve publiciteit zal een belangrijke prikkel zijn om geen onjuistheden te uiten. In 2001 heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) een aantal van de gedragsregels omtrent reclame op basis van de Mededingingswet opgesteld:

- Publiciteit voor en door medisch specialisten moet feitelijk, controleerbaar en begrijpelijk zijn.
- Het is medisch specialisten niet toegestaan in publiciteit tot personen herleidbare gegevens vrij te geven, tenzij met schriftelijk gerichte toestemming van betrokkene.

Of de gedragsregels afdoende zijn, zal verder onderzocht moeten worden; gedacht kan worden aan de op te richten consumententoezichthouder<sup>132</sup>, die de implementatie van de Richtlijn oneerlijke handelspraktijken (waaronder misleidende reclame) zal gaan handhaven.

#### *Bescherming persoonsgegevens*

Een aandachtspunt bij de beoogde transparantie van kwaliteit van zorg is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en het medisch beroepsgeheim. Inmiddels is hieromtrent overleg tussen VWS, ZN en het College Bescherming Persoonsgegevens opgestart. CTG/ZAio is hier eveneens bij betrokken.

---

<sup>132</sup> 'Strategisch actie programma', beleidsbrief Consumenten, Ministerie van Economische Zaken, juni 2004

### *Informatievoorziening en kartelvorming*

Informatievoorziening en transparantie van de zorg hebben als potentieel risico gedragsafstemming of zelfs kartelafspraken<sup>133</sup>. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld onderlinge prijsafspraken beter handhaven wanneer recente prijsinformatie van alle zorgaanbieders publiek beschikbaar is. Onderzoek<sup>134</sup> toont aan dat de kans op dergelijke gedragsafstemming kleiner wordt naarmate er meer aanbieders op de markt zijn.

Het is wenselijk criteria te ontwikkelen voor de uitwisseling en beschikbaarheid van informatie, om het risico van gedragsafstemming te verminderen. Hierbij moet worden gedacht aan een onafhankelijke partij die de informatie verzamelt (zoals de TTP bij de MDS), de toegankelijkheid van de informatie, het aggregatieniveau van de informatie en het moment van het beschikbaar stellen van de informatie. Om een goed evenwicht te vinden tussen verbetering van transparantie en het voorkomen van kartelvorming als gevolg van informatievoorziening, is het wenselijk dat de NMa de criteria verduidelijkt aan de hand van praktijkvoorbeelden. Hierdoor weten marktpartijen beter wat wel en niet is toegestaan.

De NMa en CTG/ZAio hebben aangegeven dat het uit hoofde van marktwerking niet is toegestaan dat zorgverzekeraars informatie over zorgprofielen en kostprijzen bijeen brengen, ongeacht of het lokale of landelijke zorgprofielen betreft. Wel krijgen zorgverzekeraars in de aanlooperperiode ondersteuning bij het opbouwen van medisch inhoudelijke kennis. De CGAO-informatie<sup>135</sup> over 2003 is hiertoe beschikbaar gesteld aan de zorgverzekeraars en ook de CGAO-informatie over 2004 komt beschikbaar. Behoudens nieuwe ontwikkelingen of omstandigheden zullen zorgverzekeraars daarna geen landelijke informatie over kostprijzen meer ontvangen, maar zelf kennis moeten vergaren.

### **5.4 Aanbevelingen per partij**

Uit de analyse van de mogelijkheden voor overstappen volgen beleidsvoornemens voor CTG/ZAio en enkele aanbevelingen voor VWS, de NMa en zorgverzekeraars.

#### *Beleidsvoornemens CTG/ZAio*

- ondersteunen van initiatieven om de transparantie van de kwaliteit van zorg te verbeteren. Meer concreet ondersteunt CTG/ZAio de onderzoeken van ZonMw (§ 5.3.1);
- formaliseren van de samenwerking met IGZ (§ 5.3.1);
- onderzoek naar instrumenten om mogelijkheden te verbeteren voor consumenten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, met name de logistiek (§ 5.2 punt 8).

#### *Aanbevelingen aan VWS*

- verbeteren overdracht patiëntinformatie, bijvoorbeeld door het bevorderen van elektronische patiëntendossiers (§ 5.2.1);
- consumenten actief informeren over de mogelijkheden en voordelen van het overstappen naar een andere verzekeraar (§ 5.1);

<sup>133</sup> "Zorg voor Concurrentie", Centraal Plan Bureau, 2003.

<sup>134</sup> Møllgaard, H.P. en P.B. Overgaard, Market transparency: a mixed blessing?, draft paper for Department of Economics, Copenhagen Business School, 2000.

<sup>135</sup> CGAO-tarieven zijn op een uniform kostprijsmodel gebaseerde DBC-tarieven die sinds enige tijd op basis van data uit enkele geselecteerde ziekenhuizen worden berekend.

- ontwikkelen randvoorwaarden (inclusief toezicht) omtrent reclame-uitingen van zorgaanbieders (§ 5.3.3).

*Aanbeveling aan NMa*

- criteria ontwikkelen voor de uitwisseling en toegankelijkheid van informatie en die criteria verduidelijken aan de hand van praktijkvoorbeelden (§ 5.3.3).

*Aanbeveling aan zorgverzekeraars*

- consumenten sturen door prikkels (bijvoorbeeld een bonus of extra service) op het moment dat consumenten zorg nodig hebben en niet zozeer op het moment van de keuze voor een verzekering (§ 5.2);
- om informatie over kwaliteit van zorgaanbieders te verkrijgen, kunnen verzekeraars een deel van de financiering van zorginstellingen koppelen aan de kwaliteit en volledigheid van de te leveren data (§ 5.3.1).



## 6. ANTI-COMPETITIEVE GEDRAGINGEN

### 6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk belicht gedragingen van zorginstellingen, medisch specialisten en verzekeraars in het B-segment die de mededinging kunnen beperken. De centrale vragen zijn:

1. Volstaat de Mededingingswet en monitoring op basis van informatie uit de MDS in het geval van machtsmisbruik<sup>136</sup> en verschillende samenwerkingsvormen tussen concurrenten?
2. Welke gedragingen zijn onwenselijk met het oog op concurrentiebevordering, betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, terwijl die gedragingen niet zijn te bestempelen als misbruik van een economische machtspositie in de zin van artikel 24 van de Mededingingswet?
3. Welke huidige vormen van samenwerking zijn strijdig met het bevorderen van de concurrentie?
4. Voor welke wenselijke vormen van samenwerking neemt de prikkel af als gevolg van concurrentie?
5. Welke instrumenten kan CTG/ZAio toepassen, indien noodzakelijk? Hier geldt de beperking dat CTG/ZAio tot inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (voorzien per 1 januari 2006) alleen instrumenten kan toepassen op zorginstellingen en niet op zorgverzekeraars. Dit hoofdstuk besteedt daarom meer aandacht aan zorginstellingen dan aan zorgverzekeraars, ondanks dat op de markt voor zorgverzekeraars ook mogelijkheden zijn voor anti-competitief gedrag.

In paragraaf 6.2, 6.3 en 6.4 komen de prijsgerelateerde vormen van misbruik aan de orde: excessieve prijzen, lage prijzen of 'roofprijzen' (waaronder ongewenste kruissubsidiëring) en sommige vormen van prijsdiscriminatie. Deze paragrafen spitsen zich vooral toe op misbruik door zorgaanbieders, omdat die vanaf februari 2005 voor het eerst het prijsinstrument kunnen inzetten (zorgverzekeraars kennen al langer prijsconcurrentie). Paragraaf 6.5 volgt daarna met aandacht voor koppelverkoop door zorginstellingen en zorgverzekeraars. Paragraaf 6.6 gaat vervolgens in op inkoopmacht van zorgverzekeraars. Ten slotte richt paragraaf 6.7 zich op samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg en de mogelijke belemmeringen die hiervoor ontstaan bij het invoeren van gereguleerde concurrentie in de sector.

De analyse in dit hoofdstuk heeft voor een belangrijk deel een theoretisch karakter. Doordat er in Nederland nog geen ervaring is met prijsconcurrentie in de zorg zijn empirische gegevens niet voorhanden. Waar relevant bevat de analyse ervaringen uit andere sectoren en/of uit internationale ervaringen met prijsconcurrentie in de zorg.

#### *Informatie over spelregels*

Vanwege de ingrijpende transitie van vaste tarieven naar vrije prijzen is het niet waarschijnlijk dat de markt meteen goed zal werken wanneer aan de randvoorwaarden (toetreding, overstappen, geen anti-competitief gedrag) is voldaan. Verzekeraars, zorginstellingen en patiënten zullen moeten wennen aan hun nieuwe rol. Het is bovendien mogelijk dat de partijen de 'spelregels' van concurrentie nog niet helemaal onder de knie hebben: Meer concreet gaat het om kennis over de Mededingingswet en de mogelijkheden van CTG/ZAio om in te grijpen op grond van de WTG wanneer de markt niet goed werkt. Daarbij gaat het niet alleen om kennis over wat niet mag, maar ook over wat wel mag. Een belangrijk instrument voor het bevorderen van marktwerking is daarom het informeren van de sector over de spelregels van marktwerking en de kansen die het hun biedt. Hier ligt een gezamenlijke taak voor CTG/ZAio en de NMa.

<sup>136</sup> Voor de goede orde dient hier gesteld te worden dat in de eerste zes paragrafen van dit hoofdstuk een uitspraak wordt gedaan over het volstaan van artikel 24 van de Mededingingswet. Dit artikel verbiedt het misbruiken van een economische machtspositie door ondernemingen, maar heeft geen betrekking op het beoordelen van een fusies ter voorkoming van het ontstaan van economische machtsposities. Op deze plaats worden derhalve geen uitspraken gedaan over het al dan niet volstaan van het fusietoezicht door de NMa op basis van de Mededingingswet.

## 6.2 Excessieve prijzen

Er is sprake van een excessieve prijs wanneer een onderneming met een economische machtspositie een dusdanig hoge prijs in rekening brengt dat deze niet in een redelijke verhouding staat tot de economische waarde van de geleverde prestatie<sup>137</sup>. Het buitensporige karakter van een prijs zou onder meer objectief kunnen worden vastgesteld door de verkoopprijs van het product te vergelijken met de kostprijs en aldus de grootte van de winstmarge aan te tonen. Wanneer deze marge zowel in absolute zin als in vergelijking met bijvoorbeeld de marges op eenzelfde product in een andere meer concurrerende geografische markt of in vergelijking met de marge op andere vergelijkbare producten zeer hoog te noemen is, kan de desbetreffende prijs als excessief worden getypeerd.

In de relatie tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars in het B-segment, zouden zorginstellingen met een machtspositie misbruik kunnen maken door het hanteren van excessieve DBC-tarieven jegens patiënten en de zorgverzekeraar. In dit geval kan de NMa ingrijpen en een boete opleggen. Het in rekening brengen van excessieve tarieven door een instelling met een economische machtspositie is namelijk misbruik in de zin van artikel 24 Mededingingswet (parallel aan artikel 82 EG-Verdrag). De Mededingingswet wordt in de praktijk echter alleen gebruikt om excessieve prijzen aan te pakken als sprake is van een statisch (bijna) monopolie, dat door het slechten van toetredingsdrempels niet kan worden opgelost. Daarbij zijn de procedures voor het bewijzen van misbruik van excessieve prijzen op grond van de Mededingingswet vaak moeilijk en langdurig. Hieruit kunnen we concluderen dat de Mededingingswet dus niet altijd volstaat. De ervaringen en verwachtingen van sectoredkundigen die door de projectgroep zijn opgetekend, wijzen erop dat het gevaar van een te hoge prijs in het B-segment wordt ingedamd door de machtige onderhandelingspositie van zorgverzekeraars, door de kans op toetreding van nieuwe aanbieders en door de dreiging van het eventuele ingrijpen door de NMa.

Uit de economische literatuur blijkt echter dat ziekenhuizen met marktmacht inderdaad zullen overgaan tot het verhogen van de prijzen om deze marktmacht te gelde te maken. Er is empirisch onderzoek gedaan naar de vraag of er bij misbruik van een machtspositie verschil is tussen *non-profit*- en *for-profit*-instellingen.<sup>138</sup> De meerderheid van deze onderzoeken wijst uit dat zowel *non-profit*- als *for-profit*-ziekenhuizen hun prijzen zullen verhogen naarmate ze over meer marktmacht beschikken en dat er dus geen fundamenteel verschil bestaat.<sup>139</sup>

Het kan natuurlijk ook zo zijn dat een DBC-prijs in de perceptie van verzekeraars, ministerie, politiek, media of consument te hoog is, omdat bijvoorbeeld de betaalbaarheid van de zorg in het geding komt, met eventueel daarvan afgeleid ook de toegankelijkheid. Dat kan zich onder andere laten voelen bij de consument (eigen bijdrage), de verzekeraars (opwaartse druk op de premies) en VWS (druk op het Budgettair Kader Zorg (BKZ)). Het in het geding komen van de betaalbaarheid is echter vanuit marktwerkingsoogpunt geen criterium om in te grijpen in de prijzen. CTG/ZAio vindt het alleen wenselijk om in te grijpen in de prijzen als het gaat om hoge prijzen die tot stand zijn gekomen door misbruik van marktmacht van een instelling. Bovendien is betaalbaarheid een complexe norm. Het is niet eenvoudig/eenduidig om vooraf vast te stellen wanneer overschrijding van de norm precies zal optreden<sup>140</sup>.

<sup>137</sup> Zie het arrest van het Europese Hof van Justitie van 14 februari 1978, *United Brands vs Europese Commissie*, zaaknummer 27/76, Jur. 1978, 207.

<sup>138</sup> Zie onder andere: *Do Nonprofit Hospitals Exercise Market Power?* J. Simpson & R. Shin; Federal Trade Commission Bureau of Economics, 1996; [www.ftc.gov/be/workpapers/wp214.pdf](http://www.ftc.gov/be/workpapers/wp214.pdf); *Market Power and Hospital Pricing: Are Nonprofits Different?* G. Melnick, E.B. Keeler, J. Zwanziger; *Health Affairs* may/june 1999, 167 – 173; <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/18/3/167.pdf>.

<sup>139</sup> Veel van deze onderzoeken zijn in Amerika gedaan, waar het mededingingsrecht het begrip excessieve prijzen in het algemeen niet kent. In tegendeel, het rekenen van monopolieprijzen door een monopolist wordt gezien als een gerechtvaardigde beloning voor de winnaar van het concurrentieproces.

<sup>140</sup> De ervaringen die door CTG/ZAio zijn opgedaan met de meerkosten van het zogeheten Bomhoff experiment bieden wel belangrijke inzichten over de oorzaken van hogere zorguitgaven. Zo bleken het voortbestaan van de contracteerplicht en de onderhandelbaarheid van de uurtarieven van medisch specialisten in dit experiment hogere uitgaven te veroorzaken.

Overigens wil het signaleren van hoge prijzen (of verhoging van prijzen) niet automatisch zeggen dat er sprake is van excessieve prijzen/te hoge prijzen. Er zijn namelijk verschillende situaties denkbaar waarin prijzen hoog zijn zonder dat er sprake is van anti-competitieve gedragingen:

- Situaties van schaarste: schaarste wordt veroorzaakt door een grote of groeiende vraag, of door achterblijvend aanbod. Om te kunnen beoordelen of deze situaties dusdanige problemen veroorzaakt dat ingrijpen gerechtvaardigd is, is het nodig om vast te stellen of de schaarste
  - a. structureel van aard is (bijvoorbeeld toetredingsdrempels) of
  - b. incidenteel van aard is (aanpassing naar een betere allocatie van mankracht, goederen en middelen).

In geval van een structurele schaarste kan een markt moeilijk op gang komen, waarbij het gebrek aan concurrentie wellicht lang hoge prijzen blijft veroorzaken. Daarom is het wenselijk om aanvullende maatregelen te nemen. Bijvoorbeeld, als de structurele schaarste veroorzaakt wordt door toetredingsdrempels, dan moeten deze geslecht worden. Deze taak ligt bij het Ministerie van VWS. CTG/ZAio heeft hier wel een signalerende en adviserende rol.

In geval van een incidentele schaarste zoals een conjunctuuraanpassing, zijn tijdelijk hoge prijzen een normaal verschijnsel van een goed werkende markt. Aanvullende maatregelen door CTG/ZAio of enige andere partij zullen in deze situatie waarschijnlijk slechts het marktproces verstoren, met ongewisse en wellicht ongewenste uitkomsten.

Er bestaat een belangrijk verschil tussen de afwegingen voor de korte termijn en de afwegingen voor de langere termijn. Voor de langere termijn staat voorop dat het gunstiger is als de markt kan werken en belemmeringen daartoe zo veel mogelijk worden geslecht. Dat pleit dus voor het verkleinen van toetredingsbelemmeringen en het achterwege laten van ingrepen om incidentele schommelingen te corrigeren. Voor de korte termijn kunnen echter overwegingen gelden die reden zijn voor aanvullende maatregelen.

- Situaties van productdifferentiatie: wanneer aanbieders de door hen aangeboden producten differentiëren, komen goedkopere en duurdere varianten beschikbaar. Hierdoor kunnen er prijsverschillen zijn binnen het aanbod van een DBC en kan er dus ook een hoge DBC-prijs zijn die gebonden is aan een bepaalde tijd en plaats.

Productdifferentiatie is over het algemeen wenselijk, aangezien de keuzemogelijkheden van consumenten daardoor toenemen. Wel kan het bestaan van (forse) prijsverschillen in sommige gevallen tot maatschappelijke en/of politieke druk leiden. Met name in het geval dat lager geprijsde varianten beperkt beschikbaar zijn of van een lage kwaliteit (lijken te) zijn.

- Situaties waarin tussen zorginstellingen prijsverschillen voor een bepaalde DBC ontstaan als gevolg van bijvoorbeeld verschillen in efficiëntie, boekhouding, kwaliteit, medisch profiel patiënten, zogenoemde bakstenen of bijdragen aan nuttige doelen<sup>141</sup>.

---

141 Overige mogelijke oorzaken spreiding prijzen:

- Efficiëntie: verschillen in kostprijzen per DBC die niet zijn terug te voeren op een van onderstaande oorzaken.
- Boekhouding: verschillende toepassing van de administratieve boekingsmethoden en kostprijsmodellen, alsmede onzorgvuldigheden in boekhouding.
- Kwaliteit: verschillen in medische kwaliteit.
- Medisch profiel patiënten: dit kan het geval zijn wanneer in de omgeving van het ziekenhuis veel patiënten wonen met een ongunstig medisch profiel dat zich vertaalt in hogere kosten per DBC.
- Bakstenen: kosten als gevolg van investeringen in het verleden, die terug zijn te voeren op oude overheidsregels en -budgetten en die met de huidige regels niet zouden zijn gemaakt.

Wat is nu de rol voor CTG/ZAio bij te hoge oftewel excessieve prijzen? Zoals hierboven is beschreven, bestaat het risico dat bij vrije prijsvorming instellingen met een economische machtspositie excessieve tarieven hanteren. Het hanteren van excessieve tarieven kan grote schade toebrengen aan concurrentie en de betaalbaarheid/toegankelijkheid van de zorg. Daarom is het noodzakelijk dat er wordt ingegrepen in de markt als een instelling excessieve prijzen hanteert. De NMa is hiertoe in staat op basis van de Mededingingswet. De hiervoor beschreven overwegingen leiden echter tot de conclusie dat de Mededingingswet wellicht niet in alle voorkomende gevallen zal volstaan. Daarom is het wenselijk dat CTG/ZAio ook kan ingrijpen bij te hoge prijzen en om de transparantie op de markt te vergroten. Het vergroten van de transparantie op de markt is wenselijk, omdat zo de marktmacht van instellingen vermindert en (daarmee) de mogelijkheid om te hoge prijzen te hanteren. Daarnaast loert het gevaar bij dergelijke remedies dat de vragende partij bij de onderhandelingen – in casu de zorgverzekeraar – te veel inzicht krijgt in de kostenstructuren van aanbieders. Dit kan al gauw een te sterke kostengerichte benadering tot gevolg hebben waarmee de efficiëntieprikkel van aanbieders wordt geremd. Mogelijke instrumenten, in volgorde (oplopend) naar zwaarte zijn:

1. Monitoren van prijsontwikkelingen op basis van de prijs- en kostengegevens uit de MDS. Om de prijs- en kostengegevens te kunnen beoordelen, is daarbij ook kwaliteitsinformatie nodig. De beoogde invoering van uniforme kostentoerekeningsprincipes zal de effectiviteit van de monitoring verbeteren. Via de monitoring dient CTG/ZAio de oorzaak van eventuele hoge prijzen te onderzoeken. Daarbij kunnen eventueel aanwijzingen naar voren komen dat structurele oorzaken (als toetredingsdrempels) ten grondslag liggen aan de hoge tarieven. Dit kan leiden tot adviezen aan het Ministerie van VWS, als eerst verantwoordelijke voor deze toetreding. Ook kan naar voren komen dat het wenselijk is dat CTG/ZAio een van onderstaande instrumenten inzet.
2. Publicatie van 'best-practices' ter vergroting van de onderhandelingsmacht van vragers en als richtpunt voor efficiëntieverbetering door aanbieders<sup>142</sup>.
3. Hypothetische kostprijsberekening: kijk naar de ideale wereld (prijs is gelijk aan marginale kosten), bereken de kostprijs en vergelijk deze met de werkelijke wereld. Deze fictieve prijzen kunnen vervolgens worden gepubliceerd en gebruikt als 'benchmark' of maatstaf.
4. Een beleidsregel op grond van de WTG formuleren waarmee CTG/ZAio kan ingrijpen bij te hoge prijzen die door een instelling met een economische machtspositie worden gerekend. Hoewel een dergelijke ingreep enkele kenmerken vertoont van een generieke maximumprijs, zijn de nadelen van deze remedie minder groot. Er wordt namelijk alleen een uitspraak gedaan over een redelijk rendement, terwijl kostenniveaus tussen instellingen kunnen verschillen. Het is wenselijk dat de beleidsregel zo veel mogelijk aansluit bij de voorgenomen wetswijziging voor 2006 waarbij de WTG wordt vervangen door een Wet marktordening gezondheidszorg. Het voornemen is dat de Zorgautoriteit op grond van de nieuwe wet de bevoegdheid heeft zorgaanbieders met een aanmerkelijke marktmacht aanvullende verplichtingen op te leggen. Aanmerkelijke marktmacht betreft een zo krachtige positie op de markt dat deze niet bevorderlijk kan zijn voor (het ontstaan van) concurrentie.
5. Prijsregulering van individuele DBC's bij alle zorginstellingen: Voor een dergelijke ingreep kan door VWS gekozen worden wanneer de betaalbaarheid/toegankelijkheid van de zorg in het geding komt. De prijsregulering kan op verschillende manieren uitgevoerd worden. De eerste mogelijkheid is het opleggen van kostenoriëntatie. Ziekenhuizen worden verplicht om prijzen vast te stellen die aan bepaalde criteria voldoen. Gedacht kan worden aan een kostprijsmodel

---

• Bijdrage aan nuttige doelen: bijvoorbeeld de kosten gemaakt voor de opleiding van specialisten, preventie en innovatieve projecten die ten goede komen aan de hele sector. Een ander voorbeeld betreft de hogere kosten van kleine ziekenhuizen (minder schaalvoordelen), terwijl die kleine ziekenhuizen nodig zijn vanuit de bereikbaarheidsdoelstelling.

<sup>142</sup> Omdat het gaat om marktvoelige informatie dient hierbij rekening te worden gehouden met de randvoorwaarden van de Mededingingswet.

met een vastgestelde rendementsfactor. Een andere vorm is 'Price-cap'-regulering: een maximale prijs rekening houdend met een rendementsvergoeding en mogelijke efficiëntieverbeteringen. Een derde vorm is maatstafconcurrentie, waarbij prijzen worden gereguleerd op basis van onderlinge vergelijking van zorgaanbieders. Al deze vormen van prijsregulering kunnen op basis van een beleidsregel op grond van de WTG vastgelegd worden. In de beleidsregel dient zo veel mogelijk concreet te worden gemaakt wat met betaalbaarheid wordt bedoeld.

De laatstgenoemde twee opties zijn gedragsregulerend. Prijsregulering beperkt de ondernemingsvrijheid en behelst een risico van overheidsfalen<sup>143</sup>. Bovendien vormt een (dreigend) prijsingrijpen door de overheid een risicoverhogende factor voor investeerders. Een grote overheidsbemoediging zorgt voor extra onzekerheid waarmee investeerders rekening moeten houden. Dit kan onderinvesteringen tot gevolg hebben. Prijsregulering die alle zorginstellingen betreft schakelt in feite prijsconcurrentie uit, waarmee de desbetreffende DBC uit het B-segment materieel weer teruggaat naar het A-segment (voor de desbetreffende zorginstelling). Prijsregulering – en dan vooral prijsregulering die alle zorginstellingen betreft – is derhalve alleen een instrument als 'last resort'.

### **6.3      Roofprijzen/ongewenste kruissubsidiëring**

Het doel van concurrentie is onder andere het bevorderen van de efficiëntie, wat zou moeten leiden tot lagere prijzen (of hogere kwaliteit). Vanuit het perspectief van de consument, de zorgverzekeraar, de toezichthouder en het ministerie kan een DBC-prijs intuïtief gezien niet laag genoeg zijn. Toch zijn er situaties denkbaar waarbij het in ieders (langere termijn) belang is dat prijzen niet te laag te zijn. Zo kunnen bestaande aanbieders met marktmacht bepaalde producten en/of diensten tijdelijk zeer goedkoop – dat wil zeggen onder de kostprijs – aanbieden om nieuwe toetreders van de markt te weren en prijsconcurrentie te frustreren. Een dergelijke strategie wordt in de economische literatuur 'predatory pricing' of roofprijzen genoemd. Hoewel een strategie van roofprijzen voor een aanbieder op korte termijn tot verliezen leidt, kunnen de (extra) winsten op de lange termijn deze verliezen meer dan compenseren. Door de toetreders van de markt te drukken kan de instelling namelijk op de lange termijn bijvoorbeeld een monopoliepositie creëren en haar prijzen verhogen tot een bovencompetitief niveau. Toetreders zullen ondanks de hogere prijzen niet meer willen toetreden, wanneer ze bang zijn dat de instelling weer roofprijzen gaat hanteren als zij toetreden.

Evenals te hoge prijzen zijn te lage prijzen bijzonder lastig exact vast te stellen. Theoretisch kan men een competitieve prijs vaststellen in een markt en vervolgens bezien of, en hoeveel de daadwerkelijke prijzen hiervan afwijken. Praktisch is dit vrijwel ondoenlijk. Net als bij hoge prijzen is dan ook een belangrijke rol weggelegd voor (indirecte) aanwijzingen. Hierbij kan gedacht worden aan het uitblijven van (succesvolle) toetreders op een markt die in principe voldoende mogelijkheden lijkt te bieden voor toetreding. Ook is het mogelijk dat marktpartijen een formele klacht indienen bij de NMa. Roofprijzen zijn namelijk op grond van de Mededingingswet verboden.

Ook het Europese Mededingingsrecht veroordeelt roofprijzen. In het AKZO-arrest<sup>144</sup> is bepaald dat een onderneming met een economische machtspositie misbruik van haar positie maakt indien zij

<sup>143</sup> Overheidsfalen is de tegenhanger van marktfalen. Het kan in dit verband optreden doordat de overheid een bepaald gedrag voorschrijft dat achteraf onjuist geformuleerd blijkt te zijn.

<sup>144</sup> Zie HvJ EG 3 juli 1991, zaak C62-86, AKZO Chemie B.V. tegen de Commissie, Jur EG 1991, p. I-3359, overw. 71 en 72.

haar producten verkoopt tegen prijzen die liggen beneden de gemiddelde totale kosten (dat wil zeggen vaste plus variabele kosten) met de intentie om hiermee haar concurrent uit te schakelen. In hetzelfde arrest wordt ook bepaald dat prijzen beneden de variabele kosten worden aangemerkt als misbruik. De intentie van de onderneming hoeft in een dergelijk geval niet te worden aangetoond door de mededingingsautoriteit. In CEWAL<sup>145</sup> achtte de Europese Commissie het niet nodig de verhouding tussen de kosten en gehanteerde prijzen te analyseren nu de intentie duidelijk was gericht op uitschakeling van een concurrent. Voldoende werd toen geacht dat de partij(en) met een economische machtspositie als gevolg hiervan inkomsten had(den) gederfd. Overigens zijn er goede redenen om te verlangen dat in dergelijke gevallen de intentie van het uitschakelen van concurrenten aangetoond dient te worden, gelet op het feit dat het soms vanuit het oogpunt van welvaart niet nadelig is om te prijzen beneden de gemiddelde totale kosten.

De Mededingingswet biedt dus mogelijkheden om rofprijzen tegen te gaan, maar de bewijsvoering is erg lastig en tijdrovend.

Het hanteren van rofprijzen is pas winstgevend als de initiële verliezen daarvan kleiner zijn dan de winsten die zijn te behalen nadat de (potentiële) toetreders de markt heeft verlaten of in zijn geheel niet is toegetreten. Uit de economische literatuur<sup>146</sup> blijkt dat het hanteren van rofprijzen in markten slechts in uitzonderlijke situaties een winstgevende strategie kan zijn. Dit is bijvoorbeeld alleen het geval indien er sprake is van informatieasymmetrie en slecht werkende kapitaalmarkten. Het is onwaarschijnlijk dat in de zorgsector aan deze voorwaarde van informatieasymmetrie wordt voldaan<sup>147</sup>, terwijl onduidelijk is in welke mate de kapitaalmarkten goed zullen werken in de nieuwe situatie met gereguleerde concurrentie<sup>148</sup>.

Toch bestaat juist in de markt voor ziekenhuiszorg, die immers voor een belangrijk deel gereguleerd blijft, de vrees dat instellingen kruissubsidiëring gaan toepassen om rofprijzen in het B-segment te financieren. Dit betekent dat een aanbieder de tijdelijke verliezen tengevolge van rofprijzen financiert door hogere (of te hoge) prijzen op andere producten of diensten die hij aanbiedt. Instellingen kunnen die tijdelijke in het B-segment financieren vanuit:

- het gereguleerde A-segment waarvoor contracteerplicht en een budgetsystematiek geldt. N.B.: dit geldt alleen voor instellingen met financiële ruimte in het A-segment. Afhankelijk van de verhouding van de opschoningsprijzen tot de werkelijke kosten van een instelling, hebben sommige instellingen hier meer of minder financiële ruimte voor dan andere;
- klinische DBC's in het A- of B-segment (want die mogen ZBC's vooralsnog niet uitvoeren);
- neveninkomsten van de ziekenhuisorganisatie (bijvoorbeeld parkeergelden).

<sup>145</sup> Zie Beschikking van de Commissie 93/82/EEG van 23 december 1992, Cewal, PbEG 1993 L 034/20, GEa EG 8 oktober 1996, gev. zaken T-24/93, T-25/93, T-26/93 en T-28/93, Compagnie maritime belge, Jur EG 1996, p. II-1201 en HvJ EG 16 maart 2000, gev. zaken C-395/96 P en C-396/96 P, Compagnie maritime belge, Jur. EG 2000, p. I-1365.

<sup>146</sup> Zie bijvoorbeeld Martin S. 'Advanced Industrial Economics', Blackwell Publishers, Malden, Massachusetts, USA, second edition 2002 of Tirole, J. 'The Theory of Industrial Organization', The MIT press, Cambridge, Massachusetts, tenth printing 1998.

<sup>147</sup> Het hanteren van rofprijzen heeft geen zin als (potentiële) toetreders voorzien dat zij efficiënter zijn en daarom de markt niet verlaten. Het proces van (potentiële) toetreding kan zich ook steeds herhalen. Rofprijzen kunnen in deze context alleen succesvol worden gehanteerd als een bestaande aanbieder veel meer informatie heeft over kost(prijzen), vraagontwikkeling en de technologische veranderingen in de sector. Door het tijdelijk hanteren van rofprijzen zou een bestaande aanbieder aan (potentiële) toetreders kunnen signaleren dat hij bijvoorbeeld efficiënter werkt dan de (potentiële) toetreders. Een dergelijke strategie werkt dus alleen als (potentiële) toetreders onvoldoende informatie hebben om deze strategie te kunnen doorzien. Op dit moment is er een groot aantal aanbieders dat onderling moet gaan concurreren. Tegelijkertijd is er op dit moment ook al een aantal nieuwe toetreders (ZBC's) op de markt actief en werkt VWS aan verlaging van toetredingsbarrières. Daarnaast wordt de sector gekarakteriseerd door een grote mate van informatie-uitwisseling en openheid. Het is dus onwaarschijnlijk dat aan de voorwaarde van informatieasymmetrie wordt voldaan.

<sup>148</sup> Rofprijzen kunnen zich alleen voordoen als de kapitaalmarkt imperfect werkt. Als een bestaande marktpartij succesvol (potentiële) toetreders van de markt kan duwen en daarna overwinst kan maken op deze markt, dan is het ook winstgevend voor een (potentiële) toetreders om op deze markt actief te blijven. Kapitaalverschaffers hebben er dus belang bij om de (potentiële) toetreders te blijven steunen, zodat zij zodra de rofprijzen weer afgeschaffd zijn, kunnen delen in de winsten. Rofprijzen kunnen derhalve geen succesvolle strategie zijn als de kapitaalmarkten perfect werken. Er is veel discussie over de vraag of kapitaalmarkten perfect werken.

Deze vormen van kruissubsidiëring zijn onwenselijk indien de instelling hierdoor bestaande concurrenten uit de markt duwt en de toetreding van nieuwe concurrenten belemmert. Toetreding is immers juist cruciaal voor het op gang komen van meer marktwerking in het B-segment (zie Hoofdstuk 4) Kruissubsidiëring is nadrukkelijk alleen niet wenselijk als die dient om rooftprijzen te financieren. Het is niet het doel van CTG/ZAio om kruissubsidiëring in het algemeen te voorkomen. Integendeel, het toepassen van kruissubsidiëring kan welvaartsverhogend werken. Bovendien is kruissubsidiëring niet te voorkomen, aangezien zij binnen het FB-systeem eerder regel dan uitzondering was.

Ook de Minister is hiervoor blijkbaar beducht, aangezien hij een duidelijke rol voor CTG/ZAio voorziet op het gebied van rooftprijzen/kruissubsidiëring. Behalve dat CTG/ZAio de mogelijkheid moet hebben om in te grijpen, moet de Zorgautoriteit ook regels gaan stellen voor de wijze van kostentoerekening om gestandaardiseerde kosteninformatie te kunnen krijgen<sup>149</sup>. Verder streeft de Minister van VWS er naar kruissubsidiëring tussen het A-segment en het B-segment onaantrekkelijk te maken door efficiënte outputbekostiging van het A-segment<sup>150</sup>.

Efficiënte outputbekostiging van het A-segment is ook belangrijk om ongewenste capaciteitsverschuivingen van zorginstellingen te voorkomen. Wanneer de tarieven in het A-segment bijvoorbeeld onder de kostprijs liggen, of wanneer in het B-segment bovennormale winsten worden behaald, kan het aantrekkelijk zijn voor een instelling om capaciteit van het A-naar het B-segment te verschuiven. Capaciteitsverschuivingen kunnen ook optreden wanneer het honorarium voor medisch specialisten in het A-segment lager is dan in het B-segment. Capaciteitsverschuiving is onwenselijk, omdat hierdoor wachtlijsten kunnen ontstaan in het A-segment. Het is echter niet verboden en vaak een bedrijfseconomisch rationele beslissing van de instelling, omdat zij hiermee haar winst kan vergroten.

Om rooftprijzen/ongewenste kruissubsidiëring te voorkomen, worden de volgende beleidsaanbevelingen gedaan:

1. aan VWS en CTG/ZAio: Formuleer een consistent beleid voor instellingen in financiële problemen. Dit beleid zou de continuïteit van de zorg moeten garanderen in plaats van de continuïteit van de instelling. Als zorginstellingen in financiële problemen namelijk verwachten dat die financiële problemen worden opgelost of verminderd, doordat CTG/ZAio (al dan niet op aanwijzing van VWS) de budgetten (en daarvan afgeleid de tarieven) in het A-segment verhoogt, kan het hanteren van rooftprijzen in het B-segment een aantrekkelijke strategie worden. Vandaar deze aanbeveling.
2. Beperk de financiële speelruimte voor zorginstellingen waardoor het moeilijker wordt om rooftprijzen te hanteren. Dit kan worden bereikt door een systeem in te voeren van maatstafconcurrentie in het gereguleerde A-segment (waaronder ook onderzoek, onderwijs, topklinische en topreferente zorg). In deze vorm van kunstmatige concurrentie worden de prijzen in het gereguleerde deel gebaseerd op een onderlinge vergelijking (benchmarking) van relatieve prestaties. De ontwikkeling van dit beleid is door de Minister aangekondigd.<sup>151</sup>
3. Het is wenselijk om te monitoren in welke mate rooftprijzen zich voordoen en welke schade die aanrichten. De bevindingen kan CTG/ZAio gebruiken voor toepassing van de beleidsregel over rooftprijzen/te lage prijzen (zie punt 4 hierna). Het constateren of er rooftprijzen worden

<sup>149</sup> Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het opleggen van de wijze van kostentoerekening niet mag leiden tot verstarring bij de instellingen.

<sup>150</sup> 29800 XVI, Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005, Vergaderjaar 2004-2005, Nr.25.

<sup>151</sup> brief VWS aan Tweede Kamer, 21 november 2003.

gehanteerd en of deze rooftprijzen gefinancierd kunnen worden door een vorm van kruissubsidie, is erg lastig in de praktijk. De monitoring is mogelijk via gegevens uit de MDS als de instellingen op een uniforme manier kostentoe rekeningsprincipes hanteren. Zoals al eerder vermeld, start CTG/ZAio hiertoe in 2005 met instellingen en hun vertegenwoordigende organisaties een werkgroep op. Bij invoering van uniforme kostentoe rekeningsprincipes moeten regels worden opgenomen voor het gebruik en de toerekening van kosten van faciliteiten (zoals personeel, operatiekamers) voor zowel het A-segment als het B-segment. Om te voorkomen dat het gedeelde gebruik van faciliteiten leidt tot een tekort aan capaciteit, moeten in de prijzen in het A-segment de kosten van het veroorzaken van wachtlijsten worden verdisconteerd. Het maken van uniforme kostentoe rekeningsprincipes moet een administratieve scheiding tussen de verschillende markten mogelijk maken.

N.B.: De monitorbevindingen zal CTG/ZAio (conform de afspraak met de NVZ en de NFU) niet gebruiken om in te grijpen bij individuele instellingen (zie paragraaf 7.4).

4. Het is wenselijk om een beleidsregel op grond van de WTG te formuleren waarmee CTG/ZAio kan ingrijpen bij rooftprijzen. Deze beleidsregel moet zo veel mogelijk aansluiten bij de voorgenomen wetswijziging voor 2006 waarbij de WTG wordt vervangen door een Wet marktordening gezondheidszorg (zie instrument 4 in paragraaf 6.2).
5. Ten slotte is een optie om minimumprijzen voor DBC's in te stellen in het B-segment. Een minimumprijs werkt als bodem. Aanbieders kunnen dan geen lagere prijzen aanbieden, wat de mogelijkheden voor kruissubsidiëring beperkt. Een minimumprijs kent belangrijke nadelen zoals de praktische moeilijkheid voor de overheid om een juiste minimumprijs vast te stellen. Het is bovendien een zeer vérgaande ingreep in de ondernemersvrijheid en het effect van een minimumprijs op het gedrag van marktpartijen is onzeker. Deze optie wordt niet aanbevolen.

#### **6.4 Prijsdiscriminatie**

Er is sprake van prijsdiscriminatie indien één onderneming voor hetzelfde product/dienst verschillende prijzen rekent aan verschillende klanten of groepen klanten, waarbij de verschillen in prijs niet een gevolg zijn van kwantiteit, kwaliteit of andere karakteristieken van het geleverde product/dienst.

Prijsdiscriminatie is een neutrale term; soms spreekt men wel van prijsdifferentiatie indien het vanuit maatschappelijk oogpunt wenselijk is en van prijsdiscriminatie indien het onwenselijk is. In vergelijking met uniforme prijzen betalen sommige afnemers meer en andere minder voor dezelfde dienst/hetzelfde product. Het streven naar maximale winst vormt een prikkel voor de aanbieder van het product/dienst.

Vanuit de literatuur worden de volgende condities gehanteerd voor het kunnen toepassen van prijsdiscriminatie:

- controle over prijzen: er moet sprake zijn van enige economische marktmacht van de aanbieder, om prijzen te kunnen bepalen;
- onderscheiden van verschillende consumentengroepen;
- beperkte mogelijkheden voor doorverkoop van geleverde producten/diensten tussen verschillende consumentengroepen.

Al deze condities zijn binnen de zorg aanwezig, wat erop duidt dat prijsdiscriminatie zich kan voordoen. De volgende typen prijsdiscriminatie kunnen worden onderscheiden:

- eerstegraadsprijdiscriminatie: perfecte prijsdiscriminatie. Hierbij betaalt iedere consument precies het gereserveerde bedrag (maximum van wat hij bereid is te betalen). Dit is met name een theoretische vorm die als referentie wordt gebruikt;
- tweedegraadsprijdiscriminatie: prijs per eenheid is gekoppeld aan het aantal eenheden dat wordt afgenomen. Voorbeelden: 1) bundelen van producten/diensten en aanbieden tegen gereduceerde prijs; 2) verschillende prijzen op basis van koophistorie; 3) verschillende prijzen hanteren als reactie op concurrentie in een bepaalde deelmarkt;
- derdegraadsprijdiscriminatie: consumenten worden op basis van extern observeerbare karakteristieken verdeeld. Vervolgens worden per groep verschillende prijzen berekend voor hetzelfde product/dienst.

Prijdiscriminatie kan voorkomen wanneer sprake is van een inkooprelatie. In de zorg betreft dit de relatie zorginstelling–zorgverzekeraar en de relatie zorginstelling–medisch specialist. In de relatie zorginstelling–zorgverzekeraar kan de zorginstelling prijsdiscriminatie toepassen, bijvoorbeeld door getrouwheidskortingen (volumekortingen die geen verband houden met schaalvoordelen), door de DBC-prijs te koppelen aan de geografische ligging (verschil in prijs niet te verklaren door de onderliggende kostenopbouw) of de DBC-prijs te koppelen aan een zorgprofiel (voor één DBC met dezelfde kostprijsoopbouw verschillende prijzen hanteren bij verschillende zorgprofielen).

#### *Beoordelen van prijsdiscriminatie*

In het algemeen is prijsdiscriminatie wenselijk zolang het volume van de producten/diensten toeneemt. Indien sprake is van concurrentie, dalen zowel uniforme als discriminerende prijzen. Het effect op marktwerking en publieke doelen bepaalt of prijsdiscriminatie wenselijk is of niet.

- Marktwerking: Ondernemingen kunnen prijsdiscriminatie als instrument hanteren om mededinging tegen te gaan. Prijsdiscriminatie werkt hierbij als een toetredingsdrempel. Bij het beoordelen van prijsdiscriminatie op basis van de Mededingingswet kunnen de volgende criteria worden gehanteerd: is er sprake van een dominante marktpositie? Kunnen de verschillen in prijs worden verklaard door verschillen in variabele kosten? Leidt prijsdiscriminatie tot een toename van het volume (van producten/diensten) in het totale marktsegment? Leidt prijsdiscriminatie tot een afname van het volume van de desbetreffende producten/diensten?
- Publieke doelen: Te hoge prijzen voor bepaalde marktsegmenten (bepaalde consumentengroepen) kunnen de betaalbaarheid van deze zorg schaden. Ook kan de toegankelijkheid van zorg in het geding komen wanneer verzekerden als gevolg van geografische discriminatie gedwongen worden grote afstanden te overbruggen voor bepaalde DBC's.

In de praktijk blijken de NMa en de Europese Commissie slechts in zeldzame gevallen sancties op te leggen vanwege prijsdiscriminatie. Dit heeft onder andere te maken met de ambivalentie rondom het welvaartseffect van prijsdiscriminatie in relatie tot de onderliggende kosten. Op grond hiervan is er geen reden om aan te nemen dat prijsdiscriminatie in de zorgsector een groot risico vormt. Dit leidt tot de constatering dat het probleem van prijsdiscriminatie door de Mededingingswet voldoende wordt ondervangen, zeker gezien het feit dat ook hier de NMa geholpen is bij de opsporing en bewijsvoering met de data die door de monitoring van CTG/ZAio en de MDS geleverd kunnen worden. Voor de monitoring is informatie uit de MDS en kwaliteitsinformatie nodig.

## 6.5 Concurrentiebeperkende contractvoorwaarden

Als een zorginstelling met een machtspositie een zorgverzekeraar in vergaande mate contractueel aan zich bindt, kan sprake zijn van misbruik van een economische machtspositie, bijvoorbeeld wanneer het contract een (zeer) lange looptijd heeft, getrouwheidskortingen bevat, Engelse clausules<sup>152</sup> bevat en/of er exclusieve afnamebepalingen in zijn opgenomen. Ook het verhogen van de kosten van een verzekeraar om over te stappen naar een andere zorginstelling kan een verzekeraar in vergaande mate binden aan een zorginstelling. Een zorginstelling kan bijvoorbeeld informatie op een zodanig specifieke wijze aanleveren, dat een zorgverzekeraar kosten moet maken om zijn organisatie en administratie aan te passen als hij een contract met een andere zorginstelling wil aangaan. Al deze voorbeelden kan een zorgverzekeraar met een machtspositie ook toepassen op zorginstellingen. Op vergelijkbare wijzen kunnen machtige medisch specialisten dergelijke contractvoorwaarden ook hanteren richting zorginstellingen. Als er sprake is van misbruik van een economische machtspositie dan zijn deze gedragingen verboden onder artikel 24 van de Mededingingswet. In de rest van deze paragraaf gaat de aandacht uit naar een specifieke vorm van anti-competitief gedrag bij het vaststellen van de contractvoorwaarden, te weten koppelverkoop.

### 6.5.1 Koppelverkoop

Koppelverkoop betekent dat een onderneming het sluiten van overeenkomsten afhankelijk stelt van het aanvaarden van bijkomende prestaties, die naar hun aard of volgens het handelsgebruik geen verband houden met het onderwerp van deze overeenkomsten. Vaak gebeurt dit in contractonderhandelingen tussen inkopers en leveranciers van producten of diensten. Koppelverkoop is in principe niet verboden, maar kan dat op grond van de Mededingingswet wél zijn voor ondernemingen met een machtspositie. De Europese Commissie heeft bijvoorbeeld geoordeeld dat Microsoft misbruik heeft gemaakt van haar marktmacht door haar product *Windows Media Player*, een product waarvoor concurrentie bestond, te koppelen aan haar universeel aanwezige *Windows*-besturingssysteem. De Europese Commissie heeft Microsoft hiervoor een boete opgelegd en onder andere verordonneerd dat zij consumenten de keuze moet bieden om *Windows* al dan niet met *Media Player* af te nemen.<sup>153</sup>

#### *Zorginkoopmarkt*

Een zorginstelling kan een zorgverzekeraar verschillende combinaties van producten aanbieden:

- a. een combinatie van verschillende producten uit het A-segment;
- b. een combinatie van verschillende producten uit het B-segment;
- c. een combinatie van producten uit het A-segment en uit het B-segment;

De onder a. genoemde combinatie valt buiten de reikwijdte van dit visiedocument en wordt niet verder besproken.

Indien een zorgaanbieder of zorgverzekeraar zijn 'multi-product-karakter' wil behouden, kan deze gebruik maken van koppelverkoop: minder aantrekkelijke DBC's aanbieden in combinatie met de DBC's waarop ze een sterke positie hebben. Zorgverzekeraars daarentegen zullen juist selectief willen contracteren op het niveau van clusters DBC's die in een specifieke zorginstelling zeer lucratief en tegen een goede kwaliteit worden aangeboden. Een zorginstelling met een

---

<sup>152</sup> Engelse clausules zijn bepalingen waarbij in dit geval de verzekeraar informatie over concurrerende aanbiedingen moet geven aan de dominante instelling.

<sup>153</sup> Persbericht EU, 24 maart 2004, DN: IP/04/382; <http://europa.eu.int/rapid/start/cgi/>

machtspositie kan koppelverkoop gebruiken om te voorkomen dat verzekeraars voor bepaalde clusters DBC's overstappen naar een andere zorginstelling. Meer in het bijzonder kunnen ziekenhuizen de verkoop van DBC's in het B-segment koppelen aan de verkoop van DBC's in het gereguleerde deel (A-segment en klinische DBC's).

Op deze wijze behalen ziekenhuizen op oneigenlijke gronden een concurrentievoordeel ten opzichte van ZBC's, die immers geen klinische DBC's mogen aanbieden en geen budgetgaranties hebben voor het A-segment. Dit kan een uitsluitingseffect hebben waardoor ZBC's geen plaats op de markt kunnen veroveren. Zeker in een zich openende markt kan dat toetreding verhinderen en schadelijke gevolgen hebben voor de nog prille marktwerking.

Afgaand op de ervaringen in de Verenigde Staten en van sectordeskundigen in Nederland lijkt het niet nodig in deze fase extra instrumenten te ontwikkelen om koppelverkoop tegen te gaan. De Mededingingswet en het gegeven dat zorgverzekeraars een zekere mate van onderhandelingsmacht hebben, waarborgen vooralsnog voldoende een goede marktwerking. De wijze waarop zorgverzekeraars gaan contracteren met aanbieders in het B-segment, zal in de komende periode sterk aan ontwikkeling onderhevig zijn. De uitkomst daarvan laat zich niet eenvoudig voorspellen. In dit licht is het wel belangrijk de ontwikkelingen met betrekking tot koppelverkoop te monitoren. CTG/ZAio kan de bevindingen uit de monitor doorgeven aan de NMa en zo de effectiviteit van de Mededingingswet versterken. Klachten zullen de voornaamste informatiebron zijn voor de monitoring, maar ook informatie over contractvoorwaarden kan helpen. Als op basis van deze monitor blijkt dat er wél herhaaldelijk sprake is van een mededingingsprobleem, kan een gebod op het aanbieden van ongebundelde producten worden afgekondigd door middel van een beleidsregel. Dit is een instrument dat bijvoorbeeld ook de *telecomregulator* OPTA kan inzetten, waarbij de eventuele anti-competitieve effecten grotendeels kunnen worden ingedamd.

### *Zorgverzekeringsmarkt*

Ziekenfondsen hebben richting verzekerden de mogelijkheid om de aanvullende verzekeringen te koppelen aan het verplichte basispakket.<sup>154</sup> Uit onderzoek blijkt dat non-acceptatie en toegangsdrempels in de aanvullende verzekeringen een belangrijke reden zijn voor verzekerden om weinig van ziekenfonds te wisselen<sup>155</sup>. De mobiliteit (overstapedrag) van verzekerden is na de verkleining van het ziekenfondspakket per 1 januari 2004 verder afgenomen door het vasthouden van de koppeling en de toegenomen aandacht voor risicoselectie van zorgverzekeraars.<sup>156</sup> Aangezien er vaak geen sprake is van marktmacht door ziekenfondsen, is deze vorm van koppelverkoop moeilijk aan te pakken op grond van de Mededingingswet. Met het oog op het bevorderen van concurrentie kunnen daarom aanvullende oplossingen nodig zijn<sup>157 158</sup>. Het is de vraag of het Ministerie van VWS de koppeling tussen het verplichte basispakket en de aanvullende verzekering kan verbieden, omdat zo'n verbod in strijd zou kunnen zijn met de Europese Schaderichtlijnen voor de verzekeringsmarkt. In dat licht moet de oplossingrichting vooral worden

<sup>154</sup> Het is ziekenfondsen toegestaan om een aanvullende verzekering uit te voeren, mits deze aanvullende verzekering is ondergebracht in een aparte rechtspersoon.

<sup>155</sup> Er zijn ook andere redenen waarom verzekerden niet vaak overstappen. Zo blijkt uit een onderzoek van Schut, Laske-Aldershof en de Bruijn dat weinig verschil in premie en/of verzekerd pakket en te veel rompslomp/ingewikkeld belangrijke redenen zijn voor verzekerden om niet over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Zie Schut, F.T., T. Laske-Aldershof en D. de Bruijn, "Effecten van de aanvullende ziekenfondsverzekering op de hoofdverzekering: een theoretische en empirische analyse", iBMG, CONCEPT Eindrapport, mei 2004. Zie verder hoofdstuk 5.

<sup>156</sup> De markt van aanvullende zorgverzekeringen", IOO, februari 2004.

<sup>157</sup> Schut, F.T., T. Laske-Aldershof en D. de Bruijn, "Effecten van de aanvullende ziekenfondsverzekering op de hoofdverzekering: een theoretische en empirische analyse", iBMG, CONCEPT Eindrapport, mei 2004.

<sup>158</sup> Een belangrijke vraag in de kwestie van koppelverkoop tussen verschillende verzekeringsproducten is of in het beoogde nieuwe zorgstelsel particuliere zorgverzekeraars voor de aanvullende verzekering een aparte rechtspersoon moeten oprichten. Zo niet, dan wordt koppelverkoop nog lastiger tegen te gaan. Bovendien is dan de vraag of koppelverkoop ook niet bij andere (schade)verzekeringen kan worden toegepast. Een daarmee samenhangend punt is de informatieoverdracht (tussen verschillende verzekeringen binnen eenzelfde concern) en kostentoekening. Ook hier liggen risico's voor risicoselectie en concurrentievervalsing (kruissubsidiëring).

gezocht in de verbetering van de transparantie van de aanvullende verzekeringsmarkt. Daarmee wordt bedoeld dat de regels omtrent acceptatieplicht en productvoorwaarden voor consumenten volstrekt helder dienen te zijn. Dit is belangrijk omdat zelfs zonder koppelverkoop en selectieve acceptatie de kans groot is dat de consument de twee verzekeringen als een twee-eenheid beschouwt en de differentiatie van de aanvullende verzekeringen mobiliteitsbeperkend werkt.

## 6.6 Inkoopmacht verzekeraars

In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de vraag of zorgverzekeraars inkoopmacht hebben, en dan met name in het contracteren van medisch-specialistische zorg in het B-segment. Aan de orde is de vraag of verzekeraars zodanig misbruik kunnen maken van hun inkoopmacht dat die marktverstoring werkt en dat aanvullende maatregelen nodig zijn.

Inkoopmacht is marktmacht aan de inkoopzijde van een markt en betreft de positie die een afnemer of inkoper heeft ten opzichte van leveranciers. Indien een afnemer over een zekere marktmacht beschikt, is deze mogelijk in staat zodanige inkoopvoorwaarden af te dwingen dat de mededinging en uiteindelijk de consument hier schade van ondervinden<sup>159</sup>. In veel gevallen wordt onderhandelingsmacht overigens ten onrechte geïnterpreteerd als inkoopmacht. Onderhandelingsmacht geeft aan dat één partij een sterkere positie heeft aan de onderhandelingsstafel dan de ander. Ondanks het feit dat dit voor de minder machtige partij vervelend kan zijn, hoeft dit geen negatieve gevolgen te hebben voor de marktwerking. In veel gevallen werkt dit zelfs welvaartsverhogend, mits de genoten onderhandelingsvoordelen voldoende worden doorgegeven aan de consument in de vorm van bijvoorbeeld een lagere premie<sup>160</sup>.

Bovendien is het voordeel dat een grote onderhandelingsmacht een verzekeraar, in staat stelt tegenwicht te bieden aan een zorgaanbieder met een economische machtspositie. Dit wordt ook wel 'countervailing buying power' genoemd. In hoeverre de verzekeraar daadwerkelijk in staat is om zijn afnemersmacht te effectueren, is afhankelijk van de mogelijkheden van een verzekeraar om uit te wijken naar alternatieven. Dit wordt voor verzekeraars bemoeilijkt, omdat verzekeraars hun zorgvraag niet zonder meer kunnen verplaatsen. Een verzekerde uit Limburg zal bijvoorbeeld niet snel geneigd zijn om naar een ziekenhuis in Groningen te gaan<sup>161</sup>. Mogelijk verandert dit in de ( nabije) toekomst en zal inkoopmacht in deze zin een belangrijkere rol kunnen spelen<sup>162</sup>.

In de afgelopen jaren heeft de NMa diverse zaken behandeld waarin de vraag centraal stond of er sprake was van misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars<sup>163</sup>. In de meeste gevallen oordeelde de NMa dat in de desbetreffende casussen geen sprake was van misbruik van inkoopmacht door de verzekeraars. In die conclusies betrof de NMa naast de vraag of de desbetreffende zorgverzekeraars misbruik maakten van hun economische machtspositie, ook de vraag of er sprake was van mededingingsbeperkende afspraken.

Uit de casussen komt wel naar voren dat ziekenfondsen niet verplicht zijn om met iedere zorgaanbieder te onderhandelen, wat de onderhandelingsmacht van het ziekenfonds vergroot<sup>164</sup>. Toch lijkt het zeer

<sup>159</sup> Een verzekeraar met inkoopmacht kan bijvoorbeeld zo een lage prijs afdwingen bij een zorginstelling dat de zorginstelling in de financiële problemen raakt.

<sup>160</sup> Dit betekent dat er voldoende concurrentie moet zijn tussen inkomende bedrijven.

<sup>161</sup> Dit is natuurlijk ook afhankelijk van het zorgproduct. Voor zeer specialistische zorg zal een patiënt eerder geneigd zijn verder te reizen dan voor standaard chronische zorg.

<sup>162</sup> Reactie Nma. Zie besluiten van de d-g NMa d.d. 15 juli 2004 in de zaak Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi Noord.

<sup>163</sup> Zie besluiten van de d-g NMa d.d. 18 juni 1999 in de zaak Oostnederland-Leverancier hulpmiddelen en d.d. 20 april 2000 in de zaak ONT.

<sup>164</sup> Na 1 februari 2005 verdwijnt bovendien in het b-segment de contracteerplicht t.o.v. toegelaten zorginstellingen.

aannemelijk dat ziekenfondsen vaak niet in staat zijn zich onafhankelijk van de zorgaanbieders te gedragen. Patiënten zijn namelijk vaak trouwer aan hun ziekenhuis dan aan hun ziekenfonds wat de marktmacht van zorgaanbieders versterkt en ze dus tegenwicht kunnen bieden<sup>165</sup>. Daarbij, zo concludeert Sorenson (2003)<sup>166</sup>, heeft het aantal verzekerden dat een verzekeraar vertegenwoordigt, maar een klein effect op de onderhandelingsmacht van de verzekeraar. Bovendien dienen verzekeraars voldoende zorg te contracteren op de voor hen relevante markt (vaak geheel Nederland). De ruimte die de zorgverzekeraars hebben om selectief te contracteren, is ook afgenomen met de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg<sup>167</sup>. Daarnaast is het zo dat de NMa nauwlettend de regiovertegenwoordiging in de gaten houdt (zie paragraaf 6.7.2). Zo oordeelde de NMa negatief over een voorgenomen samenwerkingsverband (op structurele basis)<sup>168</sup>. De ziekenfondsen zouden door het te vormen samenwerkingsverband op hun regionale markten een zodanig marktaandeel krijgen dat er geen alternatieve dan wel gelijkwaardige afnemers actief zouden kunnen zijn.

De NMa heeft in 2004 een consultatieronde gehouden, waarin verschillende partijen hun visie kunnen geven op de situaties waarin inkoopmacht een probleem kan opleveren voor de werking van de markt<sup>169</sup>. Op basis van de casussen is de verwachting dat inkoopmacht van verzekeraars op het B-segment van de ziekenhuiszorg geen groot risico is voor de marktwerking en dat de Mededingingswet afdoende is om misbruik van inkoopmacht door verzekeraars tegen te gaan.<sup>170</sup> CTG/Zaio gaat monitoren in welke mate inkoopmacht zich manifesteert in de ziekenhuiszorg. De bevindingen uit de monitor kan CTG/Zaio doorgeven aan de NMa, zodat de effectiviteit van de Mededingingswet wordt versterkt. Gegevens in de MDS volstaan grotendeels voor deze monitor.

Verder bleek uit de reacties van de partijen dat verzekeraars terughoudend zijn met het contracteren van nieuwe toetreders (zie tekstblok hieronder).

*Verzekeraars zijn terughoudend met het contracteren van nieuwe toetreders*<sup>171</sup>

Door de bestaande financieringsstructuur zijn verzekeraars vaak terughoudend met het contracteren van nieuwe toetreders. Verzekeraars betalen door de financieringsstructuur namelijk tóch voor de leegstand die in het ziekenhuis zou kunnen ontstaan. Hoe werkt dat? Als een verzekeraar een nieuwe toetreders contracteert, kan dit voor het bestaande ziekenhuis leegstand tot gevolg hebben, omdat patiënten die voorheen naar dit ziekenhuis gingen, nu naar de nieuwe toetreders gaan. De kosten van die leegstand zullen echter gedeeltelijk op het bordje van de verzekeraar terecht komen via het sluittarief in het A-segment<sup>172</sup>. Dus ondanks dat het ziekenhuis de behandelingen niet meer uitvoert ten behoeve van de verzekeraar, draait de verzekeraar nog voor een deel van de kosten op. Het zal voor een verzekeraar dan ook alleen maar wenselijk zijn om een ZBC te contracteren als het tarief van het ZBC veel lager is dan de prijs die het ziekenhuis hanteert. Een verzekeraar zal dus terughoudend zijn met het contracteren van nieuwe toetreders. Gezien de huidige financieringsstructuur is een dergelijke opstelling rationeel en is die niet zozeer terug te voeren op misbruik van inkoopmacht, hoewel die wél belemmerend werkt op de concurrentie.

<sup>165</sup> Zie voor een goede uitleg hiervan Melnick, G.A., J. Zwanziger, A. Bamezai and R. Pattison (1992), The effects of market structure and bargaining position on hospital prices, *Journal of Health Economics*, vol. 11(3), blz. 217-233.

<sup>166</sup> Sorensen, A.T. (2003), Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulated Connecticut, *Journal of Industrial Economics*, vol.51(4), pp.469-490.

<sup>167</sup> Naar aanleiding van het amendement Schippers is bepaald dat het ziekenfonds de hoogte van de restitutie zodanig vaststelt dat de verzekerde niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuze tussen zorg die door zijn ziekenfonds ten behoeve van hem is overeengekomen en zorg waarvoor hij vergoeding kan krijgen.

<sup>168</sup> ONT en van 13 oktober 2000 in de zaak inkoopcooperatieovereenkomsten ziekenfondsen VGZ, OZ en CZ. Tot 1 augustus 2004 bestond de mogelijkheid om ontheffing aan te vragen voor samenwerkingsverbanden bij de NMa. Thans voorziet de wet niet langer in een vrijstelling, maar laat het aan de betrokken onderneming over om te bepalen of het samenwerkingsverband wel of niet onder de verbodsbepaling valt.

<sup>169</sup> "Inkoopmacht" consultatiedocument Nederlandse Mededingingsautoriteit; juni 2004; [http://www.nmanet.nl/nl/Images/11\\_19817.pdf](http://www.nmanet.nl/nl/Images/11_19817.pdf)

<sup>170</sup> Een kanttekening bij dit punt vormt de huidige onzekerheid over de geldigheid van de Mededingingswet voor ziekenfondsen in het licht van het 'AOK'-arrest. De uitkomst van deze kwestie kan gevolgen hebben voor het belang van de monitorfunctie van CTG/Zaio betreffende inkoopmacht van ziekenfondsen.

<sup>171</sup> Gebaseerd op reacties van partijen op het consultatiedocument.

<sup>172</sup> Alle verzekeraars waarmee het ziekenhuis contracten heeft, betalen mee aan de kosten van leegstand via het sluittarief. Een individuele verzekeraar hoeft dus niet de volledige kosten van leegstand te betalen.

## 6.7 Samenwerking

Het onderwerp in deze paragraaf betreft huidige vormen van samenwerking tussen verschillende partijen in de gezondheidszorg. Centrale vraag daarbij is of instrumenten nodig zijn om na introductie van gereguleerde concurrentie wenselijke samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg in stand te houden of samenwerkingsverbanden die de concurrentie belemmeren, af te schaffen. Uiteindelijk zal blijken dat veel mag, maar niet alles (zie ook algemene criteria samenwerking in paragraaf 3.1).

Er zijn verschillende soorten samenwerkingsverbanden te onderscheiden, horizontaal en verticaal. Horizontale samenwerkingsverbanden zijn afspraken tussen ondernemingen die op hetzelfde niveau van de markt werkzaam zijn: zorginstellingen onderling of verzekeraars onderling. Dit kunnen ook afspraken zijn tussen concurrenten. Bij verticale samenwerkingsverbanden maken ondernemingen afspraken die werkzaam zijn op verschillende niveaus van een bedrijfskolom: zorgaanbieders–zorgverzekeraars en zorgaanbieders–medisch specialisten. Alle soorten samenwerkingsverbanden worden door de NMa getoetst op onder andere het kartelverbod en het verbod op misbruik van een machtspositie. Het kartelverbod is niet van toepassing op afspraken tussen een beperkt aantal ondernemingen met een beperkte gezamenlijke omzet (bagatelafpraak)<sup>173</sup>.

De vraag of de samenwerkingsverbanden wenselijk zijn, heeft te maken met de mate waarin zij bijdragen aan de publieke doelen als toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Het kan zijn dat een samenwerkingsverband wenselijk is gezien vanuit de publieke doelen, maar vanuit het gezichtspunt van concurrentie verboden zou moeten worden. In dit geval zal beoordeeld moeten worden welk gezichtspunt moet prevaleren.

De beoordeling van de verschillende samenwerkingsverbanden gebeurt in deze paragraaf aan de hand van twee vragen:

- 1) Is er strijd met het bevorderen van de concurrentie?
- 2) Neemt door invoering van de gereguleerde concurrentie de prikkel om samen te werken af?

Bij een bevestigend antwoord op een van deze vragen zal gekeken worden of vanuit de publieke doelen het samenwerkingsverband toch wenselijk is.

In deze paragraaf wordt een aantal formele en informele samenwerkingsverbanden besproken. Het zijn niet alle denkbare verbanden, echter wel de verbanden die het meest voorkomen en die kenmerkend zijn voor de gezondheidszorgsector.

### 6.7.1 Zorgaanbieders onderling

#### *Specialisatieovereenkomsten*

In de gezondheidszorg bestaan zogenoemde productiesamenwerkingsverbanden. Dit zijn verbanden meestal tussen twee of meer ziekenhuizen die bijvoorbeeld hun apotheek- en/of hun

---

<sup>173</sup> Niet meer dan acht ondernemingen waarvan de totale omzet in het voorafgaande kalenderjaar niet meer bedraagt dan € 4.540.000 als het gaat om het leveren van goederen. Als het niet gaat om het leveren van goederen, ligt de grens op € 908.000. In concrete gevallen kan worden bepaald dat de bagatelbepaling niet van toepassing is als blijkt dat weliswaar aan de bagatelcriteria wordt voldaan, maar de afspraken desondanks in aanzienlijke mate afbreuk doen aan de mededinging op de relevante markt.

laboratoriumfunctie hebben ondergebracht in één (afzonderlijke) instelling of rechtspersoon. Op deze wijze ontstaan efficiëntievoordelen voor de deelnemers.

Een ander soort specialisatieovereenkomst betreft een aantal ziekenhuizen dat met elkaar samenwerkt op basis van een franchisemodel. Een voorbeeld hiervan is de St. Maartenskliniek en een aantal ziekenhuizen voor het opzetten van gespecialiseerde orthopedieafdelingen. Op deze wijze worden werkzaamheden uitbesteed en kan kennis worden uitgewisseld.

Na invoering van gereguleerde concurrentie neemt de prikkel toe tot specialisatieovereenkomsten die leiden tot efficiëntievoordelen. Specialisatieovereenkomsten kunnen als samenwerkingsvorm de concurrentie beperken wanneer die de marktmacht van betrokken partijen vergroten en/of als zij worden gebruikt om nieuwe toetreders te weren door bijvoorbeeld geen diensten van het samenwerkingsverband beschikbaar te stellen of alleen onder zeer ongunstige voorwaarden. Er kan daarentegen sprake zijn van concurrentiebevordering wanneer dergelijke overeenkomsten de enige commercieel gerechtvaardigde mogelijkheid zijn om een nieuwe markt te betreden of een product aan te bieden. Op grond van deze afweging, geldt een groepsvrijstelling voor specialisatieovereenkomsten indien het gezamenlijke marktaandeel van de betrokken partijen niet hoger is dan 20% (zodat voldoende restconcurrentie blijft bestaan) en zij tot wezenlijke efficiëntievoordelen leiden.

Deze vorm van samenwerking hoeft geen belemmering op te leveren voor de concurrentie en vice versa. De groepsvrijstelling in de Mededingingswet biedt genoeg ruimte om deze vorm van samenwerking te faciliteren. Aanvullende beleidsregels zijn daarom niet nodig.

#### *Inkoopcombinaties*

In veel sectoren komen inkoopcombinaties voor. In de gezondheidszorg richten zorginstellingen vooral inkoopcombinaties op voor de inkoop van inventarissen en geneesmiddelen. Deze samenwerkingsverbanden hebben in het algemeen het doel om de kosten voor inkoop te verlagen en niet om de concurrentie te beperken.

De Richtsnoeren voor de zorgsector van de NMa gaan dieper op deze materie in. Hierin valt te lezen dat inkoopovereenkomsten worden gesloten tussen zorgaanbieders die ten minste op de inkoopmarkt met elkaar concurreren. Inkoop samenwerking zal zelden in strijd zijn met de Mededingingswet indien de zorgaanbieders op de verkoopmarkt geen concurrenten zijn, tenzij de partijen een zeer sterke positie op de inkoopmarkt bezitten. Inkoopcombinaties zijn niet specifiek voor de zorgsector en zolang de publieke doelen niet in gevaar komen, is CTG/ZAio van mening dat de Mededingingswet in dezen volstaat.

#### *Doorverwijzen patiënten*

In de praktijk komt het voor dat medisch specialisten hun patiënten (voor behandelingen die de medisch specialist niet zelf kan doen) niet doorverwijzen naar de beste medisch specialisten. Deels kan dit worden teruggevoerd op een gebrek aan transparantie: een medisch specialist heeft niet altijd goed inzicht in de kwaliteit van medisch specialisten uit een ander vakgebied. Mede hierdoor is het voor een medisch specialist het gemakkelijkst om terug te grijpen op bestaande netwerken. Voor een ander deel is verstoring van de mededinging niet uitgesloten.

- Er kan een verband bestaan tussen de ziekenhuizen waar medisch specialisten hun opleiding hebben gehad en hun doorverwijzingpatroon. Het is niet zozeer een formeel samenwerkingsverband, maar in de praktijk heeft het hetzelfde effect.
- Specialisten kunnen een 'dubbel dienstverband' hebben, waarbij specialisten praktijk uitoefenen in twee zorginstellingen (bijvoorbeeld een ziekenhuis en een privé-kliniek of ZBC).

Onzorgvuldige doorverwijzing van patiënten is ongunstig voor de publieke doelstellingen, omdat patiënten hierdoor niet altijd de beste zorg krijgen. Bij doorverwijzing naar privé-klinieken kan bovendien verzekerde capaciteit weglekken. Maar het is de vraag in welke mate dergelijke vormen van doorverwijzing van patiënten ook de marktwerking verstoren. Iedere medisch specialist heeft immers een eigen netwerk uit de opleidingstijd en diverse specialisten hebben een dubbel dienstverband. Bovendien is een patiënt niet verplicht om de doorverwijzing op te volgen.

De invoering van gereguleerde concurrentie kan tegenstrijdige effecten hebben op doorverwijsgedrag. Enerzijds neemt bij medisch specialisten de prikkel af om bij de uitwisseling van patiënten eenzijdig terug te grijpen op bestaande netwerken uit de opleidingstijd. Concurrentie stimuleert immers dat medisch specialisten meer vraaggericht gaan werken, waaronder ook valt dat ze hun patiënten doorverwijzen naar de beste medisch specialisten. Anderzijds neemt de prikkel toe om patiënten door te verwijzen naar de instelling waarin ze ook een dienstverband hebben, omdat ze daar zelf (indirect) financieel voordeel bij kunnen hebben.

Na invoering van gereguleerde concurrentie lijken eventuele problemen met doorverwijzen zich toe te spitsen op medisch specialisten met een dubbel dienstverband. In dit licht zijn enkele oplossingsrichtingen mogelijk:

- Bevorderen transparantie van de kwaliteit van medisch specialisten, zodat patiënten (en doorverwijzende medisch specialisten) beter geïnformeerd hun keuze voor een medisch specialist kunnen maken. Deze taak ligt zowel bij CTG/ZAio als bij de IGZ.
- Een verbod voor specialisten met een dubbel dienstverband om door te verwijzen naar andere medisch specialisten bij de instelling waar ze ook een dienstverband hebben. Een dergelijk verbod heeft echter als nadeel dat het ook wenselijke doorverwijzingen verbiedt. Doorverwijzing naar een instelling die de medisch specialist goed kent heeft bijvoorbeeld voordelen voor kwaliteitsbewaking en informatie-uitwisseling.
- Een verbod voor specialisten met een dubbel dienstverband om door te verwijzen naar zichzelf bij de andere instelling waar ze een dienstverband hebben. Een dergelijk verbod kan echter een averechts effect hebben. Er zijn immers gevallen denkbaar dat patiënten in een ander ziekenhuis moeten worden geholpen door dezelfde specialist, omdat daar bijvoorbeeld de benodigde apparatuur aanwezig is. Bovendien zal het handhaven van zo'n verbod zeer lastig zijn.

Vanwege de lastige controleerbaarheid op dit punt, is de aanbeveling dat CTG/ZAio in samenwerking met de IGZ en de Orde van Medisch Specialisten de transparantie inzake de kwaliteit van medisch specialisten bevordert. Dit haakt tevens aan bij de algemene lijn van het CTG/ZAio om informatie over de kwaliteit te bevorderen mede onder de consumenten.

#### *Kennisverspreiding en wetenschappelijk onderzoek*

Samenwerking is van belang voor kennisverspreiding en wetenschappelijk onderzoek. N.B. het gaat hier niet alleen om topklinische zorg, maar ook om zorg uit het B-segment waarnaar onderzoek gedaan wordt.

- Veel kennis, onder meer over nieuwe ontwikkelingen, wordt op dit moment verspreid door academische ziekenhuizen. Zij worden geacht om informatie over nieuwe behandelvormen en nieuwe ingrepen te verspreiden onder collega-specialisten.
- Kennisverspreiding gebeurt ook door specialisten die gedetacheerd zijn bij zorginstellingen die niet over een bepaald specialisme beschikken.
- In het kader van wetenschappelijk onderzoek bestaan vaak formele of informele samenwerkingsverbanden. Zo kunnen er afspraken zijn om patiënten al of niet door te verwijzen naar een bepaalde medisch specialist uit hetzelfde vakgebied die bezig is met wetenschappelijk onderzoek, omdat voor dat onderzoek een bepaald aantal patiënten behandeld moet worden.

Het publieke belang van kennisverspreiding, wetenschappelijk onderzoek en opleidingen staat buiten kijf. Kostencategorieën als opleidingen en academische component zijn nog niet in de DBC-tarieven en -prijzen opgenomen, maar worden nog via het zogenoemde sluittarief van het ziekenhuis in segment A gefinancierd. Zorgaanbieders zouden daarmee na invoering van gereguleerde concurrentie in het B-segment dus de financiële ruimte moeten blijven behouden voor genoemde vormen van samenwerking.

Biedt de Mededingingswet mogelijkheden voor genoemde vormen van samenwerking? Het antwoord is positief als door de samenwerking de concurrentie niet wordt beperkt. Een samenwerkingsverband beperkt de concurrentie bijvoorbeeld als het nieuwe toetreders buitensluit. In de Richtsnoeren voor de zorg beschrijft de NMa dat bevordering van het algemene kwaliteitsniveau van zorgaanbieders via objectieve en transparante criteria in beginsel is toegestaan. Zorgaanbieders mogen volgens de Richtsnoeren ook samenwerken indien zij het project of de activiteit waarop de samenwerking betrekking heeft niet zelfstandig kunnen uitvoeren.

Het is moeilijk te beoordelen wat de effecten zijn van invoering van gereguleerde concurrentie op de prikkel tot kennisverspreiding en wetenschappelijk onderzoek. Hierbij speelt enerzijds de afweging dat door concurrentie de prikkel tot kennisontwikkeling, onderzoek en opleiding toeneemt, omdat instellingen zich hierdoor kunnen onderscheiden ten opzichte van concurrenten. Anderzijds vermindert om dezelfde reden de prikkel tot kennisverspreiding. Instellingen zullen minder geneigd zijn te investeren in kennis, onderzoek en opleiding wanneer onzeker is of ze zelf de vruchten van hun investeringen kunnen plukken (innovaties kunnen worden gekopieerd, een opgeleide medisch specialist kan elders gaan werken). Dit fenomeen wordt ook wel het liftersprobleem genoemd<sup>174</sup>. Het is echter niet duidelijk in welke mate dit zich zal voordoen. Ten slotte is het mogelijk dat zorginstellingen binnen een regio minder kennis gaan uitwisselen over bijvoorbeeld verbeteringen in het primaire proces als dat hun concurrentiepositie kan schaden. Hiervoor zouden wel andere vormen van samenwerking in de plaats kunnen komen bijvoorbeeld samenwerking tussen zorginstellingen in verschillende regio's.

Samenwerken om kennis te verspreiden en te onderzoeken is zeer essentieel voor de gezondheidszorg. Het is echter nog niet duidelijk wat de gevolgen zijn van concurrentie voor de verschillende samenwerkingsvormen. Het verdient daarom ook aanbeveling om dit aspect goed te monitoren. Bevindingen uit de monitor kunnen VWS en CTG/ZAio inzichten geven in de effecten van marktwerking op kennisverspreiding en onderzoek, en om te beoordelen of op dit punt aanvullend beleid wenselijk is. Aangezien de MDS geen informatie geeft over innovatie zal

<sup>174</sup> Zorgaanbieders investeren in ieder geval niet in kennis, wanneer zij zonder veel kosten te maken kunnen meeliften met de kennis die derden hebben vergaard. Dit zal zich vooral voordoen wanneer de investering in kennis onvoldoende te gelde kan worden gemaakt.

hiervoor aanvullende informatie moeten worden opgevraagd. Daarbij valt te denken aan een periodieke enquête waarin wordt gevraagd naar het investeringsbudget voor kennisverspreiding en wetenschappelijk onderzoek en de resultaten die ermee worden geboekt.

#### *Samenwerking ter bevordering van zorgkwaliteit*

Ziekenhuizen vormen steeds vaker samenwerkingsverbanden vanwege zorginhoudelijke motieven. Steeds hogere kwaliteitseisen met betrekking tot het (transmurale) zorgproces, het opstellen van behandelingsplannen, informatieoverdracht tussen hulpverleners en binnen behandelteams, vragen om een goede regionale afstemming en organisatie. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg eist in een aantal gevallen samenwerking tussen aanbieders in een regio. Deze samenwerkingsverbanden hebben allemaal het doel de zorg beter af te stemmen op de behoeften van de consument en belemmeren de concurrentie in het algemeen niet. Dat wil zeggen, zolang ze tot doel hebben om via transparante en objectieve criteria het algemene kwaliteitsniveau van de zorg te bevorderen. Wanneer dergelijke samenwerkingsverbanden mogelijkheden creëren om zorginstellingen op oneigenlijke gronden uit te sluiten, is ingrijpen door de NMa wel vereist (zie ook richtsnoeren voor de zorg van de NMa).

Om vergelijkbare zorginhoudelijke redenen vormen ziekenhuizen samenwerkingsverbanden met instellingen in andere delen van de zorgketen. Ketensamenwerking betreft bijvoorbeeld een huisarts en een ziekenhuis die met elkaar samenwerken om snel te kunnen doorverwijzen. Een ander voorbeeld van ketensamenwerking betreft een thuiszorgorganisatie die samenwerkt met een regionaal ziekenhuis. Ketensamenwerking beperkt over het algemeen de concurrentie niet, omdat sprake is van afspraken tussen niet-concurrenten. Een risico is wel dat patiënten, ook bij aandoeningen die buiten de samenwerking vallen, niet snel meer naar concurrerende instellingen zullen worden doorverwezen. Verder spelen bij deze vormen van samenwerking kwesties die vergelijkbaar zijn met samenwerking tussen zorgaanbieders en verzekeraars (zie onder) en daarom worden zij in deze paragraaf niet verder behandeld.

#### 6.7.2 Zorgverzekeraars onderling

Wanneer we over zorgverzekeraars praten dan hebben we het over ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars. Wat betreft de laatstgenoemde zijn momenteel geen samenwerkingsverbanden bekend die in beginsel tot problemen zouden leiden bij introductie van de gereguleerde concurrentie. Aan de kant van de ziekenfondsen zijn echter wel enkele samenwerkingsvormen te onderscheiden die nader bekeken moeten worden.

#### *Regiovertegenwoordiging*

Zo zijn er de regiovertegenwoordigers die, naast de regionale zorgverzekeraar (marktleider), namens de overige zorgverzekeraars (ziekenfondsen, particulier en publiekrechtelijk) gezamenlijk afspraken maken. Deze afspraken hebben betrekking op hoeveelheid, prijs en kwaliteit. De vertegenwoordigers werken in opdracht van de brancheorganisaties Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de KPZ<sup>175</sup>. De regiovertegenwoordiging dankt zijn bestaansrecht aan de contracteerplicht die ziekenfondsen hebben en aan de budgetteringssystematiek.

---

<sup>175</sup> KPZ staat voor Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

Dit soort samenwerkingsverbanden op het gebied van inkoop is vaak opgezet om de transactiekosten voor inkoop te verlagen, maar de samenwerking kan worden uitgebreid met activiteiten die de concurrentie beperken. In de Richtsnoeren van de NMa over de zorgsector wordt uitgebreid bij dit onderwerp stilgestaan. De Mededingingswet biedt mogelijkheden om ongewenste activiteiten bij deze samenwerkingsverbanden aan te pakken. ZN meldt desgevraagd dat de regiovertegenwoordiger geen taken heeft in het B-segment. Daarom is er geen reden om aanvullend beleid te formuleren.

#### *Vereveningssysteem*

Er bestaat een vereveningssysteem tussen de verschillende ziekenfondsen. Dit systeem is in de ZFW vastgelegd en is in zekere zin een samenwerkingsvorm. Op deze wijze kunnen namelijk kostenverschillen tussen verschillende ziekenfondsen worden gecompenseerd die voortvloeien uit de mix van de verzekerdenpopulatie. Mede doordat ziekenfondsen een acceptatieplicht kennen, worden zij voor een eventueel kostennadeel gecompenseerd.

Om de concurrentie te laten slagen en de publieke doelen tegelijk te behartigen, is het onder andere van groot belang dat alle verzekeraars onder gelijke condities werken, dus zonder grote kostenverschillen als gevolg van de patiëntenmix. Het is van belang dat de lage risico's de kosten van de hoge risico's compenseren (risicoverevening). Om dit te bereiken, is een goed werkend vereveningssysteem van belang. In internationaal perspectief is de kwaliteit van het Nederlandse vereveningssysteem goed.

#### *Netwerken (Vektis)*

Zorgverzekeraars hebben samen een informatiesysteem opgezet. Dit systeem wordt door Vektis beheerd. Vektis speelt in het berichtenverkeer tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen een centrale rol voor de standaardisatie van gegevens. Het gaat hierbij om de ontwikkeling en het beheer van standaarden voor elektronische uitwisseling van berichten, zoals declaraties tussen zorgverzekeraars en andere partijen. Daarnaast biedt Vektis diensten aan op het terrein van het routeren van berichten. Vektis speelt hierin de rol van sectoraal aanspreekpunt voor ziekenfondsen en zorgkantoren. Dit betekent dat berichten van en naar ziekenfondsen en zorgkantoren via Vektis met andere communicatiepartners worden uitgewisseld.

De elektronische gegevensuitwisseling die hierdoor mogelijk wordt leidt tot besparingen in de administratiekosten. Ter ondersteuning van de administratieve processen en het declaratieverkeer onderhoudt en exploiteert Vektis een groot aantal bestanden met referentiegegevens. Het gaat hierbij onder andere over tariefinformatie voor controleprocessen en nummeruitgiftesystemen voor bijvoorbeeld identificatieprocessen. Dit betreft concurrentiegevoelige informatie. In dit licht is het van belang dat Vektis de concurrentiegevoelige informatie vertrouwelijk behandelt, in die zin dat er geen gegevensuitwisseling plaatsvindt tussen concurrenten. Op grond van de Mededingingswet is het mogelijk om gegevensuitwisseling tussen concurrenten aan te pakken. Er zijn geen aanvullende instrumenten nodig.

### 6.7.3 Zorgaanbieders – zorgverzekeraars

Tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is onder andere sprake van verticale samenwerking op het gebied van protocollen, netwerken, zorgmakelaar, verticale integratie, preferred provider, Landelijke Adviescommissie Lokaal Overleg, zorgvernieuwing en innovatie.

#### *Protocollen*

Deze vorm van samenwerking betreft het aanvraag – machtigingstraject: bepaalde zorgproducten (behandelingen) moeten door de zorginstelling vooraf worden aangevraagd en goedgekeurd door de verzekeraar om voor vergoeding in aanmerking te komen. In protocollen met beoordelingscriteria kunnen dergelijke procedures worden vastgelegd. Aanvrager en beoordelaar weten waar ze op kunnen rekenen, waardoor de procedures doelmatig en efficiënt kunnen verlopen.

Protocollen kunnen echter ook worden ingezet als toetredingsdrempel voor nieuwe aanbieders en daarmee mededingingsbeperkend werken. Bovendien kunnen protocollen leiden tot gedragsafstemming van de betrokken zorgaanbieders (horizontale afspraken) en daarmee concurrentiebeperkend werken.

Protocollen zijn al jaren een gemeengoed in de gezondheidszorg en zijn gericht op verbetering van de doelmatigheid van zorg door snelle en efficiënte afhandeling van machtigingen. Daarmee zijn protocollen een wenselijke vorm van samenwerking. Alhoewel het oordeel is voorbehouden aan de NMa, zijn er op grond van de Richtsnoeren voor de zorg geen aanwijzingen dat protocollen in strijd zijn met de Mededingingswet.

#### *Netwerken*

Zorginstellingen en zorgverzekeraars kunnen gebruik maken van een gezamenlijk netwerk ten behoeve van een snelle en efficiënte communicatie en administratieve organisatie. Ook dit geldt in het algemeen als een wenselijke vorm van samenwerking. Een netwerk is een vorm van verticale samenwerking waarbij het grootste gevaar van mededingingsbeperking komt van een eventuele toetredingsdrempel en de mogelijkheid van gegevensuitwisseling van concurrentiegevoelige informatie tussen de zorginstellingen onderling. Om het effect van een netwerk als toetredingsdrempel te voorkomen, dient het netwerk als samenwerkingsverband toegankelijk te zijn op basis van objectieve en transparante toelatingseisen.

Op dit moment bestaan er administratieve systemen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Deze netwerken zijn vooral bedoeld om de facturering zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Net als bij Vektis is het van belang dat concurrentiegevoelige informatie vertrouwelijk wordt behandeld, zodat er geen gegevensuitwisseling plaatsvindt tussen concurrenten. Op grond van de Mededingingswet is het mogelijk om gegevensuitwisseling tussen concurrenten aan te pakken. Er zijn geen aanvullende instrumenten nodig.

#### *Zorgmakelaar*

Een zorgmakelaar (zorgbemiddelaar) onderhandelt namens een groep zorgaanbieders met de zorgvragers. Zorgmakelaars kunnen een groep medisch specialisten vertegenwoordigen en met de zorginstelling onderhandelen, of namens zorginstellingen met zorgverzekeraars onderhandelen. Zorgmakelaars zorgen voor een lastenverlichting van de zorgaanbieders en zijn daarmee in

principe een wenselijke vorm van verticale samenwerking. Het contract tussen zorgaanbieders en de zorgmakelaar is een verticale overeenkomst. Indien de zorgmakelaar verschillende zorgaanbieders vertegenwoordigt kan dit echter leiden tot afstemming tussen deze zorgaanbieders en is de verticale overeenkomst tussen zorgaanbieders en zorgmakelaar in feite een horizontale overeenkomst tussen zorgaanbieders onderling. Voorwaarden voor het vertegenwoordigen van verschillende zorgaanbieders door een zorgmakelaar zijn volgens de Richtsnoeren van de zorg van de NMa:

- De zorgaanbieders die worden vertegenwoordigd, zijn geen concurrenten van elkaar. Hierbij moet worden gedacht aan verschillende zorgtypen (huisartsen en fysiotherapeuten) of verschillende regio's.
- De zorgaanbieders die worden vertegenwoordigd zijn wel concurrenten van elkaar:
  - zorgmakelaar onderhandelt voor iedere zorgaanbieder apart;
  - er vindt geen horizontale informatie-uitwisseling/afstemming plaats.

Met name wanneer de zorgmakelaar onderhandelt namens verschillende concurrenten, kan in de praktijk een belangenverstrengeling optreden. Voor de verschillende zorgaanbieders is het zeer verleidelijk om vooraf af te stemmen welke prijs door de zorgmakelaar wordt gevraagd (kartelvorming). Bovendien is het behaalde onderhandelingsresultaat voor de éne zorgaanbieder, en daarmee de onderhandelingsruimte van de zorginkoper, gewilde informatie voor een andere (concurrerende) zorgaanbieder waar eveneens voor wordt onderhandeld.

De NMa en de Amerikaanse mededingingsautoriteiten hebben signalen ontvangen waaruit blijkt dat de positieve effecten van zorgmakelaars vaak niet opwegen tegen de risico's van kartelvorming en uitwisseling van concurrentiegevoelige informatie. In dit licht is het wenselijk dat de NMa de tekst hierover in de nieuwe Richtsnoeren voor de zorg heroverweegt.

#### *Preferred provider*

Een zorgverzekeraar kan werken met zogenoemde *preferred providers*: dit zijn zorgaanbieders die op bepaalde criteria zijn geselecteerd. Deze criteria kunnen bijvoorbeeld het (doelmatig) voorschrijfgedrag in het verleden betreffen of de bereidheid een lager tarief te hanteren. Deze vorm van verticale afspraken is te vergelijken met voorkeurslijsten voor hulpmiddelen en geneesmiddelen. Verzekeraars kunnen hun verzekerden stimuleren om naar de preferred providers te gaan door bijvoorbeeld kortingen op polissen of eigen bijdrages. In het algemeen leidt het hanteren van preferred providers tot een verhoging van concurrentie en worden consumenten gestimuleerd om kostenbewust voor een bepaalde zorginstelling te kiezen.

In het algemeen biedt de Mededingingswet de ruimte voor verzekeraars om met preferred providers te werken. Daarbij is wel een punt van aandacht dat zorgverzekeraars met een economische machtspositie objectieve criteria hanteren, zodat zij (onder het mom van preferred providers) niet hun macht misbruiken. Aanvullende regels om het werken met preferred providers mogelijk te maken, of om ongewenste vormen van preferred providers tegen te gaan, lijken niet nodig.

#### *Landelijke Adviescommissie Lokaal Overleg*

In de gezondheidszorg bestaat er een arbitragecommissie voor zorgverzekeraars en zorginstellingen, de zogeheten Landelijke Adviescommissie Lokaal Overleg (LALO). Ingeval een

zorgverzekeraar en zorginstelling wezenlijk van opvatting verschillen over de aan het budget ten grondslag liggende gegevens, dan kunnen deze partijen de LALO om zwaarwegend advies vragen. CTG/ZAio weegt dit advies mee in zijn besluitvorming. De mogelijkheid tot het vragen van advies moet in een gesloten overeenkomst tussen de zorginstelling en de zorgverzekeraar zijn bepaald. Wanneer er geen overeenkomst is tussen partijen, kunnen partijen op gezamenlijk verzoek de beslissing van een geschil aan de commissie opdragen. De LALO bestaat uit een aantal vaste leden benoemd door onder andere verzekeraars en zorginstellingen.

Uit de reglementen van de LALO blijkt dat de commissie uitspraak doet over de vraag of bepaalde gegevens terecht ten grondslag liggen aan het budget. Dit impliceert dat de LALO geen advies zal uitbrengen over de DBC's in het B-segment, omdat dit geen onderdeel van het budget vormt voor de zorginstellingen. Het is nog onduidelijk of de LALO haar reglementen zal aanpassen om ook over het B-segment beslissingen te kunnen doen.

### *Zorgvernieuwing en innovatie*

Samenwerking tussen zorgverzekeraar en zorginstelling kan ook gericht zijn op zorgvernieuwing en innovatie. Hierbij kunnen verschillende prikkels worden onderscheiden:

- toename van efficiëntie: een daling van de kostprijs van een DBC en/of een verhoging van de productie. Deze prikkel geldt zowel voor zorginstelling als voor de zorgverzekeraar;
- toename van kwaliteit: een hogere kwaliteit kan leiden tot een sterkere concurrentiepositie.

Het gevaar bestaat echter dat de prikkel voor innovatie vermindert of zelfs verdwijnt indien de *'return on investment'* te onzeker is. Dit kan een gevolg zijn van de onzekerheid van het beoogde resultaat, of van het feit dat zorgaanbieders de innovatie kopiëren. Zorgaanbieders gaan op zeker spelen en er vindt geen kwaliteitsverbetering meer plaats.

Het effect van concurrentie op innovatie is moeilijk in te schatten (zie alinea over kennisverspreiding en wetenschappelijk onderzoek). Daarom is het wenselijk ook de ontwikkelingen op dit punt te monitoren. Bevindingen uit de monitor kunnen VWS en CTG/ZAio inzicht geven in de effecten van marktwerking op innovatie en maken het mogelijk te beoordelen of op dit punt aanvullend beleid wenselijk is. Aangezien de MDS geen informatie geeft over innovatie, zal hiervoor aanvullende informatie moeten worden opgevraagd. Daarbij valt te denken aan een periodieke enquête waarin wordt gevraagd naar het investeringsbudget voor zorgvernieuwing en innovatie en de resultaten die ermee worden geboekt.

#### 6.7.4 Zorgaanbieders – medisch specialisten

Voor dit onderwerp wordt naar paragraaf 4.4.2 verwezen.

### **6.8 Aanbevelingen per partij**

Deze paragraaf vertaalt de voorgaande analyse in beleidsvoornemens voor CTG/ZAio en in enkele aanbevelingen gericht aan VWS en de NMa.

### *Beleidsvoornemens CTG/ZAio*

- Samen met de NMa zal CTG/ZAio de sector informeren over de spelregels voor mededinging in de zorg, dus over de Mededingingswet en de beleidsregels op grond van de WTG. Tevens wordt toegelicht dat er strengere beleidsregels zullen komen wanneer een probleem zich vaak voordoet (§ 6.1).
- Gedurende de transitiefase is het van belang marktontwikkelingen te monitoren. In de monitor moet worden gekeken in welke mate potentiële anti-competitieve gedragingen zich voordoen en in hoeverre de markt in staat is om publieke belangen (betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit) te waarborgen. Bij ongewenste marktontwikkelingen dient CTG/ZAio de oorzaken te analyseren (zover als mogelijk) en te adviseren of en hoe de ongewenste ontwikkelingen kunnen worden aangepakt. Afhankelijk van de oorzaak, kan CTG/ZAio de NMa vragen om in te grijpen, VWS adviseren beleid te veranderen of zelf ingrijpen. In de monitor is speciale aandacht nodig voor te hoge prijzen (§ 6.2) en roofprijzen (§ 6.3).
- Er komen beleidsregels op grond van de WTG, die CTG/ZAio de mogelijkheid geven om in te grijpen bij te hoge en te lage prijzen (§ 6.2 en § 6.3).
- Het is noodzakelijk om consistent beleid voor instellingen in financiële problemen te formuleren, waarbij de continuïteit van de zorg wordt gegarandeerd in plaats van de continuïteit van de instelling (§ 6.3).
- Om de kans op roofprijzen te verminderen door de financiële speelruimte te beperken, is het nodig om een systeem van maatstafconcurrentie in te voeren in het gereguleerde A-segment. De ontwikkeling van dit beleid is door de Minister aangekondigd (§ 6.3).
- Om ongewenste vormen van doorverwijzen van patiënten te verminderen, is het van belang de kwaliteit van medisch specialisten transparanter te maken (§ 6.7.3).

### *Aanbevelingen aan VWS*

- Toetredingsdrempels voor zorgaanbieders moeten lager worden als hoge prijzen hierop zijn terug te voeren (§ 6.2).
- Het is noodzakelijk om consistent beleid voor instellingen in financiële problemen te formuleren, waarbij de continuïteit van de zorg wordt gegarandeerd in plaats van de continuïteit van de instelling (§ 6.3).

### *Aanbevelingen aan de NMa*

- Samen met CTG/ZAio moet de NMa de sector informeren over de spelregels voor mededinging in de zorg. Daarbij wordt toegelicht dat handhaving via de Mededingingswet geschiedt, maar dat strengere beleidsregels zullen worden opgesteld wanneer een probleem zich vaak voordoet (§ 6.1).
- De Richtsnoeren van de NMa omtrent zorgmakelaars verdienen heroverweging (§ 6.7).

#### *Wanneer ingrijpen op grond van de WTG?*

In dit hoofdstuk komt naar voren dat de Mededingingswet vaak volstaat om anti-competitief gedrag aan te pakken. Een beleidsregel op grond van de WTG is wel wenselijk om in te grijpen als instellingen te hoge prijzen of te lage prijzen hanteren.

In een later stadium kan aanvullend uit de praktijk blijken dat het wenselijk is om ook bij andere anti-competitieve gedragingen in te grijpen. Hiervoor is dan een nieuwe beleidsregel op grond van de WTG nodig. Het CPB geeft hiervoor enkele aanknopingspunten.<sup>176</sup> De behoefte aan specifieke regels neemt toe naarmate:

- herhaald misbruik waarschijnlijker is (vanwege marktomstandigheden) en de afhandeling van individuele geschillen meer tijd vergt;
- er meer tijd nodig is om gedragingen achteraf te beoordelen en deze tijd hoge maatschappelijke kosten met zich brengt, bijvoorbeeld wanneer in het geval door misbruik van marktmacht levensbedreigende situaties ontstaan;
- er meer sprake is van een unieke technische en economische context van de markt.

In aanvulling hierop kan het wenselijk zijn dat CTG/ZAio ingrijpt wanneer de markt uit zichzelf onvoldoende de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) borgt.

Op grond van de bevindingen in de monitor kan CTG/ZAio besluiten op grond van de WTG al dan niet in te grijpen. Proportionaliteit is daarbij essentieel, want sectorspecifieke regels impliceren vaak een stevige beperking van de ondernemersvrijheid.

---

<sup>176</sup> CPB, Zorg voor concurrentie, CPB document 28, januari 2003

## **7. MONITOREN MARKTONTWIKKELINGEN**

Het uitvoeren van monitorwerkzaamheden is een van de kerntaken van CTG/ZAIo bij het toezicht op vrije concurrentie. Volgens de brief van VWS aan het CTG (van november 2003) zijn de taken van CTG/ZAIo het “monitoren en analyseren van prijsontwikkelingen en zo nodig ingrijpen of de minister van VWS adviseren in te grijpen op markten waar de prijzen al in meer of mindere mate zijn vrijgegeven.” In aanvulling hierop kan CTG/ZAIo op basis van de monitor ook rapporteren aan de NMa om in te grijpen in de markt op grond van de Mededingingswet.

Een dergelijke monitortoek is gebruikelijk voor toezichthouders. Zo publiceert de OPTA jaarlijks een visie op de telecom- en postmarkt en de NMa een Monitor financiële markten. De monitor is daarmee geen doel op zich, maar legt de basis voor ingrijpen door VWS, NMa en CTG/ZAIo. Ook marktpartijen kunnen beter functioneren naarmate ze beter zicht krijgen op de werking van de markt.

Dit hoofdstuk geeft een eerste globale indruk van de monitorwerkzaamheden van CTG/ZAIo in 2005. Hiertoe beschrijft dit hoofdstuk welke onderwerpen voor monitoring in aanmerking komen (paragraaf 7.1) en wat de baten zijn van monitoren (paragraaf 7.2). Vervolgens komt aan de orde welk type analyses CTG/ZAIo zal maken (paragraaf 7.3). Ten slotte gaat het hoofdstuk in op de informatie die CTG/ZAIo nodig heeft om zijn monitortoek uit te voeren (paragraaf 7.4), waarbij speciale aandacht is voor de bijzondere positie van academische ziekenhuizen en ZBC's en de beperking van administratieve lasten.

### **7.1 Keuze monitoronderwerpen**

VWS heeft CTG/ZAIo de taek gegeven om de ontwikkelingen in de zorgmarkt te monitoren. Vooral in de transitieperiode is dat van groot belang. Het is immers moeilijk te voorspellen hoe concurrentie zich zal ontwikkelen. Door te monitoren ontstaat meer zekerheid over de mate waarin de markt uit zichzelf goed werkt en de publieke belangen borgt (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Als uit de monitor blijkt dat de markt (op onderdelen) toch niet goed werkt, kan VWS, de NMa of CTG/ZAIo besluiten om in te grijpen in de markt.

Voor de invulling van de monitortoek laat CTG/ZAIo zich leiden door de behoefte van VWS en marktpartijen. In het Consultatiedocument Ziekenhuiszorg heeft CTG/ZAIo een risico-inschatting gemaakt van de voorwaarden voor goede marktwerking, anti-competitieve gedragingen en effecten van marktwerking op publieke belangen. Daarbij kwam een groot aantal onderwerpen naar voren die voor monitoring in aanmerking komen:

- te hoge prijzen (excessieve prijzen);
- te lage prijzen (rooiprijzen/ongewenste kruissubsidiëring);
- inkoopmacht;
- fusies;
- verticale integratie;
- koppeling aanvullende verzekering – basispakket ziekenfonds;
- toelaten winststreven zorginstellingen;
- specialisatieovereenkomsten;
- horizontale samenwerking voor kennisverspreiding en wetenschappelijk onderzoek;

- verticale samenwerking voor zorgvernieuwing en innovatie;
- wenselijkheid bundeling DBC's.

Deze bevindingen zijn voorgelegd aan overheidsinstellingen, wetenschappers, brancheorganisaties en marktpartijen in de zorg. Uit deze consultatie kwam naar voren dat met name verticale integratie en inkoopmacht van verzekeraars extra aandacht verdienen.

In de brief aan de Tweede Kamer over de Zorgautoriteit (september 2004) heeft VWS beschreven hoe CTG/ZAio zijn monitoringstaak moet invullen. VWS denkt hierbij aan monitoring om inzicht te krijgen in:

- het presteren van verschillende deelmarkten in termen van prijzen, hoeveelheden en prijs-kwaliteitsverhoudingen;
- de mate waarin per deelmarkt is voldaan aan voorwaarden voor goede marktwerking (bijvoorbeeld met betrekking tot transparantie);
- de mate waarin ondernemingen zich schuldig maken aan marktbederf met het oogmerk (potentiële) concurrentie te weren (bijvoorbeeld kartelvorming en machtsmisbruik via kruissubsidiëring/dumping/koppelverkoop/exclusieve contracten);
- de gevolgen van marktwerking voor efficiëntie (effecten op bijvoorbeeld de kostprijzen).

CTG/ZAio zal niet ieder jaar over alle onderwerpen even uitgebreid rapporteren. In overleg met VWS zal CTG/ZAio op basis van de risico-analyse, de aandachtspunten van marktpartijen en de behoefte van VWS specificeren welke onderwerpen prioriteit krijgen bij de invulling van de monitortask. Om de effecten van de beleidsveranderingen te meten, zal de monitor zowel de voorwaarden voor een goede marktwerking als de uitkomsten van de markt analyseren.

## 7.2 Type analyses

In het kader van de monitor worden verschillende typen analyses gemaakt:

- periodieke analyses van marktontwikkelingen en marktuitskomsten, op basis van een vaste set gegevens die CTG/ZAio periodiek krijgt aangeleverd.
- incidentele analyses van marktontwikkelingen, op basis van een vaste set gegevens en aanvullende gegevens. Deze analyses leggen een relatie tussen marktuitskomsten en de marktstructuur. Zij hebben betrekking op de in dit visiedocument beschreven mogelijke anti-competitieve gedragingen of specifieke marktstructuurkenmerken die concurrentiebeperkend kunnen zijn. In 2005 worden specifiek inkoopmacht en verticale integratie onderzocht.
- incidentele analyses van marktgedragingen op het niveau van één of enkele individuele instellingen en/of verzekeraars, op basis van een vaste set gegevens<sup>177</sup> en aanvullende gegevens van de individuele instellingen en/of verzekeraars. Indien uit de periodieke monitor blijkt dat er aanwijzingen zijn voor mededingingsrechtelijke overtredingen, zullen aanvullende analyses gedaan worden van marktgedragingen van individuele spelers. Hierbij ligt de focus op te hoge en te lage prijzen ten behoeve van handhaving van de voorgenomen beleidsregels van CTG/ZAio.

Voor de incidentele analyses die een verband leggen tussen marktstructuur en marktuitskomsten en -gedragingen is een goede afbakening van de relevante markten van groot belang. Het afbakenen van relevante markten zal daarom een eerste stap zijn in het analyseren van de markt voor ziekenhuiszorg.

---

<sup>177</sup> Dit betreft niet de kostengegevens (zie paragraaf 7.4.1).

CTG/ZAio zal ieder kwartaal rapporteren. De eerste monitorresultaten zullen medio juni worden gepresenteerd.

### **7.3 De baten van monitoren**

De baten van monitoren zijn groot, vooral gedurende de transitiefase van budgetregulering naar vrije prijzen. Monitoren ondersteunt vier taken van CTG/ZAio:

- informeren: De monitor vervult behoeften bij politiek en publiek om inzicht te krijgen in de gevolgen van de introductie van marktwerking. De politiek beschouwt de introductie van gereguleerde concurrentie als een experiment. Afhankelijk van de bevindingen in de eerste experimenten zal worden besloten of het wenselijk is om in meer delen van de zorg gereguleerde concurrentie in te voeren;
- adviseren: Door marktfalen en ongeoorloofd marktgedrag in een vroeg stadium op te sporen, kunnen gericht adviezen worden uitgebracht over specifieke verbeteringen van de marktstructuur en marktregels. In dit stadium zonder vrije prijzen is moeilijk te voorspellen hoe de markt precies zal werken. Geen enkel marktontwerp kan een goede marktwerking garanderen en misbruik van marktmacht geheel uitsluiten zonder ernstig in te grijpen;
- interveniëren: De monitor verbetert de mogelijkheid voor pro-actieve handhaving van mededingingsregels op grond van de Mededingingswet en (beleidsregels op grond van) de WTG<sup>178</sup>. Dit wil zeggen dat CTG/ZAio makkelijker zelf overtredingen kan opsporen (minder afhankelijk van klachten, tips etc) en dat geschillen sneller en beter kunnen worden geslecht (sneller en meer bewijsmateriaal op een rij). Voor goede werking van de markt is handhaving van mededingingsregels cruciaal. Direct vanaf het begin streng handhaven draagt bij aan de benodigde cultuurverandering in de sector richting marktconform en vraaggericht gedrag;
- vergroten transparantie: Door het overdragen van kennis draagt de monitor bij aan goede werking van de markt. Wanneer marktspelers zich uit zichzelf marktconform gedragen, komt er minder druk te liggen op handhaving. Bovendien vermindert de kennis onzekerheid bij potentiële toetreders over het functioneren van de markt, waardoor toetreding wordt bevorderd.

### **7.4 Benodigde informatie**

Om de effecten van marktwerking op prijzen en efficiëntie te kunnen meten, is gedetailleerde informatie nodig over prijzen, kosten, kwaliteit en exogene factoren die invloed kunnen hebben op de kosten van zorgaanbieders. Bij de monitoring worden zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve gegevens verzameld en beoordeeld. Incidenteel kan ook aanvullende informatie worden opgevraagd, bijvoorbeeld over contractvoorwaarden om marktmacht of inkoopmacht aan te tonen, of specifieke kosteninformatie indien er een vermoeden bestaat van te lage of te hoge prijzen bij een zorgaanbieder en/of zorginkoper.

Het uitgangspunt is dat alle zorgaanbieders dezelfde informatie moeten aanleveren. Het is echter niet uitgesloten dat hier in bepaalde omstandigheden van afgeweken wordt. Zo vindt CTG/ZAio het belangrijk om bij het opleggen van de informatieverplichtingen aandacht te schenken aan de bijzondere positie van de academische ziekenhuizen en de ZBC's.

N.B.: CTG/ZAio zal de kosteninformatie en andere gevoelige informatie vertrouwelijk behandelen en niet beschikbaar stellen aan andere marktpartijen.

---

<sup>178</sup> Hierbij maakt CTG/ZAio geen gebruik van kostengegevens (zie paragraaf 7.4.1).

#### 7.4.1 Afspraken met NFU en NVZ

Met de NVZ en de NFU is afgesproken dat CTG/ZAio in 2005 van alle instellingen representatieve en kwalitatief verantwoorde kostprijninformatie krijgt (alleen ten behoeve van monitoren, niet ten behoeve van interventie). Daar waar mogelijk zullen gegevensstromen worden aangesloten op het DIS, zodat informatieverzameling in het kader van DBC-onderhoud en monitoren op elkaar worden afgestemd.

Om de bruikbaarheid van deze informatie te vergroten, is afgesproken dat instellingen in elk geval vanaf 2006 uniforme kostentoerekeningsprincipes hanteren. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat er landelijk een gedetailleerd kostprijsmodel wordt voorgeschreven. Wel zullen per 2006 aan de instellingen uitgangspunten voor kostprijsberekeningen worden opgelegd. Voor de ontwikkeling van kostentoerekeningsprincipes start CTG/ZAio in 2005 samen met instellingen en hun representatieve organisaties een werkgroep op. Daarbij geldt als uitgangspunt dat de mate van belasting en beperking van de sector in verhouding moet staan met de doelstelling van het hanteren van uniforme kostentoerekeningsprincipes.

In aanvulling op kostprijninformatie is het belangrijk dat betere informatie over de kwaliteit van zorg publiek beschikbaar komt (zie hoofdstuk 5). Dat geldt ook voor informatie over contractvoorwaarden.

#### 7.4.2 Bijzondere positie academische ziekenhuizen

De mate van detaillering van uniforme kostentoerekeningsprincipes zou in beginsel gelijke tred moeten houden met de complexiteit van de organisatie. Wat complexiteit betreft is de volgorde:

- academische ziekenhuizen (breed takenpakket; complexe bekostiging);
- topklinische opleidingsziekenhuizen (kosten opleidingen);
- overige ziekenhuizen.

De academische ziekenhuizen nemen een bijzondere positie in<sup>179</sup>. Uit gesprekken van VWS met academische en topklinische instellingen bleek dat het huidige kostentoerekeningsmodel onvoldoende rekening houdt met hun specifieke omstandigheden waardoor zij te maken hebben met hogere kosten dan andere ziekenhuizen. Als zodanig werden aangemerkt:

- de hogere bedrijfskosten als gevolg van het opleiden van specialisten (langere OK-tijd, meer aanvragen voor laboratoriumtests en andere zogeheten werkplaatskosten);
- de zwaardere patiëntenpopulatie als gevolg van doorverwijzing door algemene ziekenhuizen.

CTG/ZAio heeft begrip voor de bijzondere positie van academische ziekenhuizen en zal aandacht schenken bij het opleggen van informatieverplichtingen, bij de uitvoering van analyses en in de advisering aan VWS.

---

<sup>179</sup> Overigens participeren de academische ziekenhuizen in het B-segment op dezelfde wijze als de algemene ziekenhuizen en de ZBC's. Het huidige B-segment voor een universitair medisch centrum maakt op dit moment ongeveer 2% à 3% van de omzet uit.

### 7.4.3 ZBC's

Door respondenten is aangegeven dat het opvragen van kosteninformatie bij ZBC's tot relatief zware administratieve lasten leidt gegeven hun MKB-karakter. CTG/ZAIo heeft hier begrip voor en zal hier aandacht aan schenken bij het opleggen van informatieverplichtingen.

### 7.4.4 Beperking administratieve lasten

Met het oog op het bevorderen van concurrentie streeft CTG/ZAIo naar beperking van administratieve lasten voor zorginstellingen en zorgverzekeraars. Tegelijk brengt de monitortoek van CTG/ZAIo onvermijdelijk administratieve lasten met zich. Bij de uitwerking van deze taken zal CTG/ZAIo de administratieve lasten tot een minimum proberen te beperken.

Enkele voorbeelden:

- Voor uitvoering van zijn monitortoek maakt CTG/ZAIo waar mogelijk gebruik van de minimale dataset (MDS): basisgegevens die centraal worden verzameld en voor verschillende informatiefuncties kunnen worden gebruikt door diverse partijen in de zorg.
- CTG/ZAIo zal zorginstellingen betrekken bij de ontwikkeling van uniforme kostentoeerekeningsprincipes om zo veel mogelijk aan te sluiten bij bestaande administratiepraktijken.
- Bij het bevorderen van transparantie over kwaliteit gaat CTG/ZAIo samenwerken met organisaties als de IGZ, het CTZ, de Consumentenbond en de NPCF en zo veel mogelijk gebruik maken van bestaande instrumenten en informatiestromen.
- Bij het bevorderen van transparantie over kwaliteit gaat CTG/ZAIo werken met indicatoren die door alle marktpartijen worden geaccepteerd en gebruikt.

## 7.5 **Aanbevelingen en afspraken per partij**

Deze paragraaf vertaalt de voorgaande analyse in beleidsvoornemens voor CTG/ZAIo en afspraken met instellingen.

### *Beleidsvoornemens CTG/ZAIo*

- concretiseren monitorwerkzaamheden (§ 7.1);
- medio juni publicatie eerste monitorresultaten (§ 7.2);
- samen met instellingen en hun vertegenwoordigende organisaties een werkgroep opstarten voor de ontwikkeling van kostentoeerekeningsprincipes (§ 7.4.1);
- aandacht voor de bijzondere positie van academische ziekenhuizen en ZBC's bij het opleggen van informatieverplichtingen, bij de uitvoering van analyses en bij de advisering aan VWS (§ 7.4.2);
- beperking administratieve lasten (§ 7.4.3).

### *Afspraken met instellingen*

- alle instellingen leveren kostprijsinformatie aan (§ 7.4.1);
- vanaf 2006 hanteren alle instellingen uniforme kostentoeerekeningsprincipes. Voor de ontwikkeling van kostentoeerekeningsprincipes start CTG/ZAIo in 2005 samen met instellingen en hun vertegenwoordigende organisaties een werkgroep op (§ 7.4.1).



## BIJLAGE 1: AFKORTINGEN

AO/IC	administratieve organisatie en interne controle
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CPB	Centraal Planbureau
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CCMS	Centraal College Medische Specialismen
CTG/ZAio	College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	diagnosebehandelingcombinatie
DMS	document medische staf
EG	Europese Gemeenschap
GMSB	geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf
HOZ	Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg
iBMG	Instituut Beleid en Management voor de Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
MDS	minimale dataset
MOBG	Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
MTO	model toelatingsovereenkomst
NFU	Nederlandse Federatie voor Universitaire en Medische Centra
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
TTP	trusted third party
UWV	Uitvoering werknemersverzekeringen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WfZ	Waarborgfonds voor de Zorgsector
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTV 1993	Wet Toezicht Verzekeringsbedrijf 1993
WTZ 1998	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen 1998
WTZi	Wetsvoorstel toelating zorginstellingen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZBC	zelfstandig behandelcentrum
Zfw	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringwet



**BIJLAGE 2: OVERZICHT CLUSTERS VAN DBC'S IN B-SEGMENT ZIEKENHUISZORG**

<b>Specialisme</b>	<b>Type behandeling</b>	<b>Toelichting</b>
Heelkunde	Liesbreuk / Hernia Inguinalis	
Heelkunde	Varices	Spataderen
Interne geneeskunde	Diabetes Mellitus	
Kindergeneeskunde	Diabetes bij kinderen	
KNO	Adenoïd en tonsillen	Neus- en keelamandelen
Plastische chirurgie	Borstverkleining	
Dermatologie	Varices	Spataderen
Dermatologie	Ulcus cruris	Wond aan het been die niet geneest
Gynaecologie	Cervixafwijkingen	Baar moederhals
Gynaecologie	Incontinentie bij vrouw	
Oogheelkunde	Cataract	Staar
Neurochirurgie	Lumbosocrale discotomie	Operatie bij een rughernia
Neurochirurgie	Operatie recidief HNP lumbaal	Operatie bij een nekhernia
Reumatologie	Jicht	
Reumatologie	Spondylitis ankylopoetica	Chronische ontsteking bekken/wervelkolom, reuma
Orthopedie	Heupoperaties arthrose	
Orthopedie	Knieoperaties arthrose	
Orthopedie	HNP	Nekhernia
Gastro-enterologie	Reflux/retrostemale pijn/ge reflux / oesafagitis	bijvoorbeeld zuurbranden
Gastro-enterologie	Dyspepsie	Spijsverteringsproblemen
Urologie	Blaasoperaties	
Urologie	Niersteenbehandeling, Uretersteenbehandeling	
Urologie	Incontinentiebehandeling	
Neurologie	Adiculair syndr / HNP lumbaal	(Nek)herniabehandelingen
Cardiologie	Chronisch hartfalen	
Longgeneeskunde	Interstitiële aandoeningen	Longaandoening



### BIJLAGE 3: HUIDIGE INITIATIEVEN OMTRENT HET METEN VAN KWALITEIT

Hieronder volgt een overzicht van enkele bestaande initiatieven in Nederland gericht op het meetbaar maken van kwaliteit. Er is niet gestreefd naar volledigheid.

1. De kwaliteitsborging van medisch-specialistische zorg is onder andere geregeld via<sup>180</sup>:
  - landelijke procedures en regelgeving in het kader van de opleidingseisen;
  - visitaties van opleidingspraktijken (vanaf 1948);
  - (her)registratie via de Specialisten Registratie Commissie (SRC);
  - het tuchtrecht;
  - de Kwaliteitswet;
  - overige wettelijke kaders zoals op het terrein van bouw, veiligheid en apparatuurbeheer.
2. De Orde van Medisch Specialisten is verder betrokken bij het initiëren en coördineren van activiteiten in het kader van het kwaliteitsbeleid, waaronder visitaties van niet-opleidingspraktijken (sedert 1988). Zij werkt daarbij samen met de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medisch specialismen om kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen en te verbeteren, te implementeren en te evalueren. De belangrijkste kwaliteitsinstrumenten van de wetenschappelijke verenigingen zijn:
  - het organiseren en accrediteren van na- en bijscholingsprogramma's;
  - het opzetten van lokale en landelijke registraties en/of landelijke databases (zoals de complicatieregistratie);
  - het opstellen van een beroepsprofiel en gedragsregels;
  - het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen;
  - het vormen van intercollegiale toetsingsgroepen binnen de medische staf van een ziekenhuis;
  - visitaties van medisch-specialistische afdelingen/maatschappen.

De mate waarin deze activiteiten zijn ontwikkeld, verschilt per specialisme en hangt onder meer af van de grootte van de wetenschappelijke verenigingen: de grotere hebben vaak meer mogelijkheden dan de kleinere.

3. Eind 2002 heeft de overheid aangegeven dat de ziekenfondsen de kwaliteit van zorg binnen twee jaar bij de overeenkomst met de zorgaanbieders moeten hebben geregeld en dat hierbij de patiënten en consumenten structureel betrokken moeten worden<sup>181</sup>. Ook vanuit de zorgverzekeraars zelf is aangegeven (april 2003) dat zij binnen een jaar tot resultaatgerichte afspraken willen komen met de zorgaanbieders over de kwaliteit van zorg. In april 2004 heeft het CTZ een onderzoek uitgevoerd<sup>182</sup> naar deze kwaliteitsafspraken bij overeenkomsten. Het CTZ concludeert dat de ziekenfondsen weinig voortgang boeken bij het maken van kwaliteitsafspraken met zorgaanbieders in de zorgovereenkomsten.
4. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opdracht gekregen om een portalorganisatie op te starten. RIVM komt eind 2004 met de eerste resultaten op internet: een keuzegids

<sup>180</sup> Maas J. (NIVEL) Kwaliteit. In: Brancherapporten VWS, Den Haag. <http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren - Brancherapport Cure - Cure: Feiten en cijfers - Medisch-specialistische zorg - 12 Mei 2004

<sup>181</sup> VWS. Kwaliteit van zorg. Brief van 4 december 2002. (Kenmerk IBE/ 2340727)

<sup>182</sup> "Kwaliteitsafspraken bij overeenkomsten", Speerpuntenonderzoek CTZ, april 2004. (Kenmerk 24034493)

zorgverzekeraars, een keuzegids ziekenhuizen en een keuzegids bijbetalingen geneesmiddelen. In 2005 wordt de informatie op internet uitgebreid met een keuzegids voor verpleging, verzorging en thuiszorg. De gidsen bevatten onder andere vergelijkende kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders.<sup>183</sup> In beginsel zal de portalorganisatie zelf geen informatie genereren.<sup>184</sup> Dit betekent dat, overeenkomstig de eisen van CTG/ZAiO, zolang andere partijen niet over kwaliteitsinformatie beschikken, de portalorganisatie ook niet over deze informatie kan beschikken.

5. Het CVZ heeft zich ten doel gesteld zorgverzekeraars te ondersteunen bij het maken van kwaliteitsafspraken met zorgaanbieders<sup>185</sup>. Het CVZ werkt bij dit project samen met het CBO, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de patiëntenorganisaties. Daarbij is allereerst de kwaliteit van zorg gedefinieerd, aangezien iedere betrokken partij vanuit zijn eigen perspectief anders tegen kwaliteit van zorg aankijkt:

*"het steeds beter voldoen aan de noden en wensen van de patiënt/ cliënt"*<sup>186</sup>

Vervolgens is dit begrip kwaliteit verder geconcretiseerd naar zes dimensies van kwaliteit, die zijn overgenomen van de Committee on the quality of healthcare in de VS<sup>187</sup>. Deze dimensies zijn: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiëntie, tijdigheid en toegankelijkheid.

Vervolgens is vastgesteld dat deze dimensies kunnen verschillen per zorgvorm: zo zullen aan patiëntgerichtheid bij het leveren van chronische zorg veel hogere eisen worden gesteld dan bij acute zorg, waar bereikbaarheid en effectiviteit weer de nadruk zullen hebben.

6. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft zich de afgelopen jaren vanuit haar verantwoordelijkheid ingezet de kwaliteit van zorg meetbaar te maken. Hiervoor heeft ze samen met de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie voor Universitaire en Medische Centra (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en het instituut Beleid en Management voor de Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit een basisset van indicatoren ontwikkeld<sup>188</sup>. Het eerste deel betreft een basisset met indicatoren op het gebied van patiëntveiligheid en effectiviteit. In het tweede deel is een aantal parameters opgenomen, die door de drie brancheorganisaties van belang worden geacht voor verantwoording, sturing en benchmarking van ziekenhuizen.

De indicatoren vanuit de koepels (NVZ/Orde/NFU) zijn vooral bedoeld voor interne sturing en voor het afleggen van verantwoording door de ziekenhuizen. In het ZN-Journaal van 27 mei 2004 wordt aangegeven dat de indicatoren bedoeld zijn voor het inzichtelijk maken van de geleverde kwaliteit en dan met name ten behoeve van interne sturing en het afleggen van verantwoording door de ziekenhuizen. De uitkomsten waren in eerste instantie niet bedoeld om ziekenhuizen te benchmarken. De IGZ heeft enkele benchmarkrapporten opgesteld waarin verschillende aspecten van kwaliteit met elkaar in verband worden gebracht en een rangorde wordt aangebracht in een lijst van instellingen.

<sup>183</sup> VWS, brief RIVM start portalorganisatie, kenmerk: Z/TPC-2513352

<sup>184</sup> Cap Gemini Ernst & Young Nederland B.V., Programma van eisen voor het opzetten en continueren van een portalorganisatie voor zorggebruikers.

<sup>185</sup> "Richtsnoer 'Onderhandelen over de kwaliteit van zorg', CVZ, januari 2004. (Volgnummer 23092426)

<sup>186</sup> Schellekens W., Everdingen J van, "Definiering van kwaliteit. Kwaliteit in de gezondheidszorg. In: Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg. Houten: Bohn en Stafleu Van Loghum, 2001: 29-33.

<sup>187</sup> Committee on the quality of healthcare in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Boston: institute of medicine, 2001.

<sup>188</sup> "Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen 2003", IGZ in samenwerking met NVZ, Orde en NFU, 2e druk, april 2004.

Achtergronddocument [www.prestatie-indicatoren.nl](http://www.prestatie-indicatoren.nl)

De IGZ-prestatie-indicatoren maken deel uit van het preventieve onderzoeksinstrumentarium en vormen de eerste fase van het gelaagde/gefaseerde toezicht van de Inspectie. Een prestatie-indicator geeft een signaal op grond waarvan de Inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Een negatief signaal waarvoor het ziekenhuis in eerste instantie geen bevredigende verklaring heeft, kan aanleiding zijn voor een nader onderzoek in de tweede fase van het gelaagde/gefaseerde toezicht.

De indicatoren van de basisset zijn onderverdeeld in drie categorieën:

- indicatoren op ziekenhuisbreed niveau: decubitus, bloedtransfusie, medicatieveiligheid, zorg ICT, wondinfecties, complicatieregistratie, risico-inventarisatie;
- indicatoren op het algemeen niveau van OK/IC/chirurgie: pijn na operatie, volume van risicovolle interventies, laparoscopie, afgezegde operaties, ongeplande heroperaties, IC;
- indicatoren op het specifieke niveau van aandoening/interventie: zwangerschap, diabetes, hartfalen, myocardinfarct, CVA, heupfractuur, totale heupvervangning, mammatumor, cataractchirurgie, refractiechirurgie.

De ontwikkeling van de IGZ-prestatie-indicatoren is gebaseerd op de volgende vijf uitgangspunten:

- een prestatie-indicator geeft een signaal op grond waarvan de Inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten;
- ziekenhuizen maken zelf resultaten openbaar;
- interne kwaliteitsverbetering staat centraal;
- haalbaarheid is leidend;
- de IGZ gaat uit van een ontwikkelingsmodel

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat prestatie-indicatoren op dit moment alleen voor één DBC in het B-segment ziekenhuiszorg, namelijk cataractchirurgie, gedeeltelijk beschikbaar zijn. Prestatie-indicatoren op *aandoeningsniveau* voor de overige 25 DBC's in het B-segment van de ziekenhuiszorg worden momenteel ontwikkeld in het ZonMw-project 'Voorhoedeproject aandoenings specifieke indicatoren': patiëntveiligheid en effectiviteit. Het project start 1 januari 2005 en heeft een looptijd van twintig maanden. Het voornemen is om elke zes tot acht maanden een aantal DBC's op te leveren. Er zijn nog geen afspraken gemaakt over wie de gegevens gaat verzamelen en wie voor het onderhoud van de ontwikkelde indicatoren gaat zorgen. Implementatie en onderhoud van de ontwikkelde indicatoren is dan ook een knelpunt.

7. Het CTZ verricht per deelgebied onderzoek naar afspraken op het gebied van kwaliteit van zorg. Tot de onderzochte deelgebieden behoort onder andere ziekenhuiszorg. Het CTZ is ten aanzien van de inkoop in eerste instantie geïnteresseerd in concrete afspraken en de resultaten daarvan op het gebied van kwaliteit. Een zorgverzekeraar die goede afspraken maakt en resultaten boekt, krijgt een hoge score. Het CTZ onderscheidt de volgende kwaliteitsdimensies: georganiseerd zorgaanbod, inhoudelijk-professionele kwaliteit, veiligheid, patiëntbejegening, zorginnovatie en overig.<sup>189</sup> Het CTZ benadrukt de voornaamste kwaliteitsgebieden (bijvoorbeeld veiligheid) maar zorgverzekeraars kunnen een eigen invalshoek kiezen. Een zorgverzekeraar die maar op één bepaald aspect van kwaliteit actief is, zal niet hoog scoren. Bij het maken van afspraken over de kwaliteit van de ziekenhuiszorg

<sup>189</sup> CTZ, Kwaliteitsafspraken bij overeenkomst, april 2004

scoren veruit de meeste zorgverzekeraars hooguit matig. Dit concludeert het CTZ in zijn rapport 'Prestaties zorgverzekeraars bij inkoop ziekenhuiszorg' dat op 10 november 2004 is verschenen. Het onderzoek is gericht op 2003. Volgens het CTZ is al verschillende keren geconstateerd dat dit het gevolg is van onvoldoende beleidsmatige prioritering bij zorgverzekeraars, het gebrek aan inzicht in de kwaliteit van de verzekerde zorg en het ontbreken van deskundig personeel. Het eerste deelonderzoek naar ziekenhuiszorg was niet gericht op inkoop via DBC's in B-segment. Het opstellen van prestatie-indicatoren voor het B-segment van de ziekenhuiszorg op DBC-niveau is in ontwikkeling.<sup>190</sup> Het CTZ zal zo spoedig mogelijk in 2005 het B-segment betrekken in het onderzoek ziekenhuiszorg op basis van prestatie-indicatoren.

8. Het CTZ is een samenwerking aangegaan met de IGZ (februari 2004) om de bevindingen van inspecteurs bij zorgaanbieders meer onder de aandacht te brengen bij de zorgverzekeraars. Ook het gebruik van de prestatie-indicatoren kan via de verzekeraars en gecontroleerd door het CTZ verder worden bevorderd. Op dit moment wordt onderzocht of zorgverzekeraars verplicht kunnen worden om in hun contracten met de zorgaanbieders het gebruik van de ontwikkelde prestatie-indicatoren vast te leggen. Vervolgens kan door het CTZ hierop worden gecontroleerd.
9. Het CTZ is een samenwerking aangegaan met de Consumentenbond en de NPCF (juni 2004) met als doel de positie van de patiënten en consumenten in het zorgverzekeringsstelsel te verstevigen.
10. Elsevier heeft zelf via een schriftelijke vragenlijst data verzameld. Databestanden worden echter nooit aan derden ter beschikking gesteld. Alle informatie die in Elsevier gepubliceerd wordt, is openbaar. In het Elsevier-onderzoek naar het beste ziekenhuis in Nederland worden de volgende categorieën onderscheiden: medisch/verpleegkundig, personeel en organisatie, samenwerking met huisarts, omgang met patiënt en veertien specialismen. Voor het onderzoek zijn 5.878 huisartsen, specialisten, (hoofd)verpleegkundigen, managers en directeuren aangeschreven. De respons bedroeg 25%.
11. Het NIVEL heeft de zogenoemde QUOTE-vragenlijsten (quality of care through the patients eyes) ontwikkeld om bij (bepaalde groepen) patiënten te achterhalen hoe zij denken over de kwaliteit van de zorg. Er is onder andere een QUOTE-vragenlijst ontwikkeld voor cataractchirurgie- patiënten (zie NIVEL, QUOTE-questionnaire for patients with cataract). Een QUOTE-vragenlijst bestaat uit twee delen. In deel 1 kennen gebruikers van zorgvoorzieningen een belangscore toe aan ongeveer veertig kwaliteitsaspecten. In deel 2 staan concrete ervaringen met zorgverleners en zorgdisciplines op het gebied van diezelfde aspecten centraal. Door de gegevens uit beide delen te koppelen, kan een uitspraak gedaan worden over de kwaliteit van zorg in zijn geheel en over de kwaliteitsimpact van specifieke aspecten van die zorg; ervaringen worden gewogen voor het belang dat aan de kwaliteitsaspecten wordt toegekend.  
Over gebruik van de vragenlijst is bij het NIVEL niets bekend omdat iedereen vrij is om de vragenlijst te gebruiken. Er is dan ook geen database met gegevens op basis van de vragenlijst.

---

<sup>190</sup> Marc Berg, Voorhoedeproject aandoeningsspecifieke indicatoren: Patiëntveiligheid en effectiviteit, projectomschrijving.

12. Het NIVEL ontwikkelt en toetst momenteel samen met het AMC zogenoemde Quote/CAHPS-vragenlijsten voor diabetes, heup-, knie- en staaroperaties, in het kader van het ZonMw-Voorhoedeproject aandoeningspecifieke indicatoren: patiëntgerichtheid. Naar verwachting zijn de vragenlijsten in de tweede helft van 2005 beschikbaar. Er zijn nog geen afspraken gemaakt over wie de gegevens gaat verzamelen en wie voor het onderhoud van de ontwikkelde indicatoren gaat zorgen. Implementatie en onderhoud van de ontwikkelde indicatoren is dan ook een knelpunt.
13. ZN heeft om zorgverzekeraars te faciliteren en te begeleiden bij kwaliteitszorg, onder andere een DBC-handboek ontwikkeld waarin DBC's worden beschreven.<sup>191</sup> ZN verzamelt en toetst zelf geen data, maar maakt gebruik van openbare data. Individuele zorgverzekeraars leveren voor ziekenfonds en AWBZ data aan het CTZ. Voor particuliere polissen worden gegevens over declaraties en schade aan Vektis geleverd.
14. Het CBZ, heeft de wettelijke taak om de kwaliteit van het gebouwenbestand van de zorgaanbieders te onderzoeken. Om de vier jaar wordt een monitor uitgevoerd naar deze kwaliteit. Daarbij worden achtereenvolgens de verschillende sectoren in de zorg doorlopen. Het monitoronderzoek leidt tot aanbevelingen over de verbetering van de kwaliteit van de zorginfrastructuur, in het bijzonder met betrekking tot de financiële middelen die daarvoor nodig zijn.

---

<sup>191</sup> ZN, DBC-inkoopgids: zorgverzekeraars aanzet met inhoud, kwaliteit en prijs, januari 2004.

