

CTG/ZAio

CTZ

Visiedocument extramurale AWBZ-zorg

Analyse en aanbevelingen voor concurrentie

november 2005

Inhoud

Vooraf	7
Samenvatting	9
Hoe en waarom	13
Toezichtsvisie	15
A. Aanleiding	15
B. Elementen van het toezicht	16
B.1 Informatie over spelregels	16
B.2 Monitoring van marktontwikkelingen	16
B.3 Interventie	23
C. Samenwerking	24
Overzicht Beleidsvoornemens	26
1. Inleiding	29
1.1 Aanleiding	29
1.2 Doelstelling	30
1.3 Juridische status	31
1.4 Afbakening	31
1.5 Leeswijzer	31
2. Beschrijving van de extramurale AWBZ-zorg	33
2.1 Algemeen	33
2.2 Structuur van de markt voor extramurale AWBZ-zorg	33
2.3 Het zorgtraject	35
3. Voor marktwerking relevante wet- en regelgeving	37
3.1 Algemeen	37
3.2 Bestaande instrumenten	37
3.2.2 Wet tarieven gezondheidszorg (zoals gewijzigd bij de WTG ExPres)	37
3.2.3 Mededingingswet	39
3.2.4 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	43
3.2.5 Verhouding NMa, CTZ en CTG/ZAio	44
3.3 Nieuwe instrumenten	45
3.3.1 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	45
3.4 Overige relevante wet- en regelgeving	46
3.4.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	46
3.4.2 Europese aanbestedingsrichtlijnen	47
3.4.3 Europese staatssteunregels	48
3.5 Conclusies en aanbevelingen	48

4.	Aanbieders	51
4.1	Inleiding	51
4.2	Relevante markt.....	51
4.2.1	Algemeen	51
4.2.2	De markt voor zorg-in-natura	52
4.2.3	De markt voor PGB-houders.....	54
4.3	Huidige aanbod.....	55
4.3.1	Kenmerken van de markt	55
4.3.2	Voldoende aanbod	56
4.3.3	Keuzemogelijkheden.....	57
4.3.4	Fusies.....	60
4.4	Mogelijkheden voor toetreding.....	63
4.4.1	Algemeen	63
4.4.2	Schaal- en scopevoordelen	63
4.4.3	Andere toetredingsdrempels	66
4.4.4	Huidige toetreding	68
4.5	Conclusies en aanbevelingen	68
5.	Overstapmogelijkheden	71
5.1	Inleiding	71
5.2	Overstapkosten.....	71
5.2.1	Algemeen	71
5.2.2	Directe overstapkosten	71
5.2.2.1	Algemeen	71
5.2.2.2	Zorginkoopmarkt voor zorg-in-natura	73
5.2.2.3	Zorgverleningsmarkt voor zorg-in-natura	75
5.2.2.4	PGB	76
5.2.3	Indirecte overstapkosten	78
5.3	Transparantie	79
5.4	Aandachtspunten bij transparantie	81
5.5	Conclusies en aanbevelingen	82
6.	Anti-competitieve gedragingen	85
6.1	Inleiding	85
6.2	Excessieve prijzen.....	85
6.3	Roofprijzen	86
6.4	Gedrag zorgkantoren	88
6.5	Samenwerking.....	91
6.5.1	Uitvoeringsorganen onderling	91
6.5.2	Zorgaanbieders onderling	92
6.5.3	Verticale samenwerkingsverbanden	93
6.6	Kartelvorming	95

6.7	Contractvoorwaarden	98
6.8	Andere marktwerkingsbelemmeringen	100
6.9	Conclusies en aanbevelingen	101
7.	Monitoring	105
7.1	Inleiding	105
7.2	Doelstelling	105
7.3	Monitorstructuur	106
7.4	Gebruik van data en de vorm van de monitor	107
7.5	Aanbevelingen	108
	Bijlage 1: Lijst van gebruikte afkortingen	109
	Bijlage 2: Kwaliteitsinitiatieven in de extramurale AWBZ-zorg	111
	Bijlage 3: Kostenstructuur thuiszorgaanbieders	113
	Bijlage 4: Overzicht van aanwezige databronnen	115

Vooraf

Met meer vraagsturing en minder overheidsbemoeienis als doel, wordt het zorgstelsel in hoog tempo veranderd. Na de invoering van het persoonsgebonden budget en de 'ontschotting' van de AWBZ naar functies, is op 31 augustus 2004 de contracteerplicht op de markt voor de extramurale AWBZ-zorg opgeheven. Deze omslag vergt veel van de extramurale AWBZ-sector, maar schept tevens mogelijkheden voor ondernemerschap en verbetering van patiëntenzorg.

Wil de nieuwe structuur goed kunnen werken, dan is het van belang dat partijen de nieuwe regels kennen. Enerzijds informeert deze visie u over deze regels en geeft het bijvoorbeeld aan welke samenwerkingsverbanden en anti-competitieve gedragingen ongeoorloofd zijn en welke organisaties bevoegd zijn hier actie tegen te ondernemen. Anderzijds geeft het visiedocument richting aan het toezicht door CTG/ZAio en het CTZ. Dit toezicht vindt onder meer plaats door middel van een sectorspecifieke monitor, die inzicht moet verschaffen in het functioneren van de zorginkoop- en de zorgverleningsmarkt. In dit document is geprobeerd zo goed mogelijk inzicht te krijgen in de daadwerkelijke risico's voor een goede werking van de zorginkoop- en zorgverleningsmarkt, om daarmee richting te kunnen geven aan de monitor en te voorkomen dat partijen onnodig om informatie gevraagd wordt.

Basis voor dit visiedocument vormde het consultatiedocument extramurale AWBZ-zorg, dat CTG/ZAio en het CTZ in april 2005 hebben gepubliceerd. Overheidsinstellingen, wetenschappers, brancheorganisaties en marktpartijen in de zorg werd gevraagd 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 analyses of conclusies bevestigen of weerleggen. CTG/ZAio en het CTZ zijn alle partijen die mondeling en/of schriftelijk gereageerd hebben, zeer erkentelijk. Wanneer een marktkenmerk eenmaal is aangemerkt als risico voor een goede werking van de markt, zullen CTG/ZAio en het CTZ bij het monitoren van dit risico zo veel mogelijk aansluiten bij bestaande informatiestromen.

Voor een goede werking van de markt in de extramurale AWBZ-zorg is zowel het toezicht op de zorgverzekeraars, als het toezicht op de zorgaanbieders van belang. Het ligt dan ook voor de hand om de toezichthouder op de zorgverzekeraars – het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) – en de toezichthouder op de zorgaanbieders – het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) – samen te voegen in één sectorspecifieke toezichthouder voor de zorgsector: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze zal naar verwachting in 2006 worden opgericht. Op dat moment zal ook de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) van kracht zijn, waarin de NZa naar het zich laat aanzien, taken en bevoegdheden krijgt die meer zijn toegespitst op concurrentiebevordering. In dit document wordt uitgegaan van CTG/ZAio en het CTZ als gescheiden organisaties, en van hun bestaande taken en bevoegdheden. Waar nodig en mogelijk zal echter een voorschot worden genomen op de verwachte nieuwe taken en bevoegdheden van de NZa onder de

Wmg. Het is belangrijk hierbij op te merken dat de Wmg nog in behandeling is bij het parlement en dat de taken en bevoegdheden van de NZa, zoals beschreven in dit document, kunnen wijzigen.

Met dit document geven CTG/ZAio en het CTZ hun visie op de extramurale AWBZ-zorg. Onder het kopje toezichtsvisie schetsen zij een beknopt overzicht van de risico's voor een goede werking van de markt in de extramurale AWBZ-zorg. In de rest van het document wordt deze visie nader onderbouwd.

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

dr. M.E. Homan,
algemeen directeur CTZ

Samenvatting

De introductie van marktwerking in de zorg gaat gepaard met grote veranderingen voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en consumenten. Om deze veranderingen in goede banen te leiden, integreren het CTZ en CTG/ZAio naar aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid komend jaar in de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Gezien de overlap in de toezichtstaken van CTG/ZAio en het CTZ, en met het oog op de toekomstige fusie van beide organisaties, is er voor gekozen het visiedocument extramurale AWBZ-zorg alvast gezamenlijk te publiceren.

Het visiedocument bevat een analyse over concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg. Tevens biedt het inzicht in de wijze waarop de toekomstige NZa haar rol als toezichthouder zal invullen. Niet alleen het toezicht van CTG/ZAio en het CTZ is van belang voor een goede werking van de markt, ook andere partijen hebben hier invloed op. Daarom worden er in het document tevens aanbevelingen gedaan aan andere partijen. Voorts is in het document een schat aan actuele informatie opgenomen over de AWBZ-zorg. Het kan dan ook dienst doen als naslagwerk.

Conclusies

De belangrijkste conclusie uit het visiedocument is dat de bestaande instrumenten gecombineerd met de verwachte nieuwe bevoegdheden voldoende mogelijkheden bieden om een goede werking van de markt te bevorderen. Op basis van de Mededingingswet zijn onder meer misbruik van een economische machtspositie en kartelvorming door zorgaanbieders verboden. Met betrekking tot de zorgkantoren bieden het Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren, de AWBZ en de mogelijkheid om voorwaarden te stellen aan de manier waarop zorgkantoren contracten afsluiten (art. 39 concept Wmg) mogelijkheden om in te grijpen.

In veel regio's is sprake van een sterk geconcentreerd aanbod. Dit kan de keuzevrijheid van cliënten sterk beperken. Bovendien zijn er in een dergelijke geconcentreerde markt vaak weinig prikkels voor de aanbieders om efficiënt te werken en optimaal te voldoen aan de wensen van de consument. De voornaamste toetredingsbelemmerende factoren zijn dat nieuwe aanbieders nog onvoldoende contacten hebben met cliënten en verwijzers in een bepaald gebied en dat zij vaak moeilijk een contract (van enige omvang) kunnen sluiten met het zorgkantoor.

Voor voldoende keuzevrijheid in de markt en voldoende prikkels voor de aanbieders om te voldoen aan de wensen van de verzekerden en een optimale prijs-kwaliteitverhouding te leveren, is het niet alleen van belang dat er voldoende aanbieders zijn en er voldoende aanbod is, maar ook dat de afnemers van de zorg gemakkelijk kunnen overstappen. Vooralsnog lijkt er in de extramurale AWBZ nog een aantal drempels te bestaan die dit overstappen belemmeren. De zoekkosten en de onzekerheid over de kwaliteit van zorg vormen de grootste overstapdrempel. De prikkels voor aanbieders om een optimale prijs-kwaliteitverhouding te leveren en te voldoen aan de wensen van de verzekerden, zijn hierdoor vooralsnog beperkt.

Meer transparantie op de markt kan helpen overstapdrempels te verlagen. Meer concurrentie op de markt zorgt voor meer prikkels voor transparantie. Daarbij bestaat wel het risico dat

gebruikers de geleverde informatie verkeerd interpreteren, dat het aanbod onvoldoende vergelijkbaar is, of dat de beschikbare informatie ongewenst gedrag door de aanbieders in de hand werkt. CTG/ZAio en het CTZ zullen daarom terughoudend optreden bij het openbaar maken van informatie. Zij laten dit in eerste instantie aan de markt zelf, de IGZ en het Ministerie van VWS over.

Of de markt in een bepaalde regio goed kan werken, wordt onder meer beïnvloed door het al dan niet aanwezig zijn van een partij met een economische machtspositie op een bepaalde markt. Wanneer zo'n partij aanwezig is, kan hij deze positie misbruiken en daarmee een goede werking van de markt frustreren.

Als gevolg van de maximumbeleidsregelwaarde in de extramurale AWBZ-zorg, is slechts beperkt sprake van een risico op rooftprijzen of excessieve prijzen. Wel bestaat er als gevolg van de structuur van de sector en de grote mate van gelijkheid tussen de aanbieders een reëel risico op kartelvorming. Het is van belang te monitoren hoe de factoren die invloed hebben op de mogelijkheden tot kartelvorming, zich ontwikkelen om daarmee het toezicht door de NMa te ondersteunen.

Niet alleen de aanbieders, maar ook de zorgkantoren kunnen de mededinging op diverse wijzen belemmeren. Zorgkantoren kunnen dermate lage prijzen bedingen dat de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar komt, koppelinkoop toepassen en een niet-transparant, subjectief, discriminatoir contracteerbeleid hanteren. Het is daarom van belang te monitoren in welke mate het gedrag van zorgkantoren leidt tot een beperking van de concurrentie op de markt van de extramurale AWBZ-zorg.

Voor een goede werking van de markt is tevens van belang dat samenwerking tussen verschillende partijen een goede werking van de markt niet belemmert. CTG/ZAio en het CTZ zien vooral risico's met betrekking tot de samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders en tussen zorgaanbieders onderling. Een deel van deze risico's wordt momenteel reeds ondervangen door middel van toezicht door het CTZ of door de Mededingingswet. CTG/ZAio en het CTZ achten het echter van belang deze vormen van samenwerking nader te onderzoeken. Mocht blijken dat deze samenwerking een goede werking van de markt in de weg staat, dan kunnen CTG/ZAio en het CTZ aanvullend beleid in stellen.

Een partij met een machtspositie op de intramurale markt kan, ook wanneer hij op de extramurale markt geen machtspositie heeft, voorwaarden opleggen aan het zorgkantoor. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om de minimale afname van een bepaald volume aan extramurale zorg. Dergelijke gedragingen belemmeren de concurrentie en zijn derhalve onwenselijk. Vooralsnog volstaat de Mededingingswet voor dergelijke gedragingen. CTG/ZAio en het CTZ zullen dan ook geen aanvullende instrumenten ontwikkelen op dit terrein.enslotte constateren CTG/ZAio en het CTZ dat er momenteel als gevolg van het huidige

bekostigingssysteem problemen bestaan met het bekostigen van bepaalde soorten zorg. CTG/ZAio zal dit probleem nader bespreken met de betrokken brancheorganisaties.

Voornemens en aanbevelingen

Behalve conclusies bevat het document ook beleidsvoornemens. Deze hebben onder meer betrekking op uitvoerige monitoring van allerlei verwachte ontwikkelingen op het gebied van de AWBZ, op het voorkomen van ongeoorloofd gedrag van partijen en op onderzoek naar mogelijkheden om de marktwerking met behoud van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid in te voeren. Voorts staan er aanbevelingen aan andere partijen in het document. Zo adviseert de toekomstige NZa het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de steunverlening aan AWBZ-aanbieders bij toetreding van buitenlandse partijen te herzien. Ook ziet zij een rol voor het Ministerie weggelegd in de ondersteuning van de zoektocht naar informatie van de cliënt en de PGB-houder door het faciliteren van landelijk geregelde informatieplatformen, waarop informatie over prijs en kwaliteit beschikbaar is. Het Ministerie van Economische Zaken krijgt het advies verder uitvoering te geven aan het voornemen om de mogelijkheid te creëren de omzetsdrempels voor de meldingsplicht voor concentraties in de Mededingingswet specifiek voor sectoren in transitie te verlagen. Verder doet de toekomstige NZa aanbevelingen aan de IGZ en heeft zij een reeks van adviezen aan de zorgkantoren geformuleerd.

Hoe en waarom

Het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) hebben dit visiedocument samen opgesteld. Hieronder wordt kort uitgelegd wat de taken van beide partijen zijn en wordt ingegaan op de reden voor samenwerking in dit document .

College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting

CTG/ZAio is het uitvoeringsorgaan van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). CTG/ZAio is een zelfstandig bestuursorgaan dat op basis van de WTG opereert op het raakvlak tussen het algemeen belang en het belang van de verschillende partijen in de gezondheidszorg.

De belangrijkste wettelijke taken van CTG/ZAio zijn het vaststellen van beleidsregels die het kader vormen voor de onderhandelingen van partijen over tarieven, het goedkeuren/vaststellen van tarieven ten behoeve van organen voor gezondheidszorg, het op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitvoeren van uitvoeringstoetsen en het op eigen initiatief signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidszorg die van belang zijn voor de uitvoering van de WTG.

Op 1 februari 2005 is de WTG gewijzigd¹ om de omslag van een aanbodgericht stelsel naar gereguleerde marktwerking te ondersteunen. Hiermee is er een nieuwe taak ontstaan voor CTG/ZAio, namelijk het houden van toezicht op de zorgmarkt. In het kader van het markttoezicht ontwikkelt CTG/ZAio verschillende monitors. Monitors zijn zowel voor prijsgereguleerde (deel)markten, als voor geliberaliseerde (deel)markten van belang. Met behulp van een monitor wordt bepaalde informatie verzameld. Die informatie gebruiken CTG/ZAio en het CTZ voor het analyseren van de markt en het formuleren van oplossingen voor geconstateerde knelpunten.

College toezicht zorgverzekeringen

Het CTZ is belast met het toezicht op de uitvoering van de Ziekenfondswet (ZFW)² en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door de ziekenfondsen, de particuliere ziektekostenverzekeraars voorzover zij de AWBZ uitvoeren, de zorgkantoren en het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten. Centraal staat hierin voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg aan de verzekerden.

Het CTZ ziet erop toe dat de uitvoeringsorganen en de zorgkantoren hun wettelijke taken correct uitvoeren. Dit doet het CTZ door middel van rechtmatigheids- en doelmatigheidsonderzoeken. Op basis van uitvoeringsverslagen, financiële verslagen van de uitvoeringsorganen en eigen onderzoek, stelt het vast of een uitvoeringsorgaan rechtmatig handelt en of de gemaakte kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Bij het

¹ WTG ExPres, Staatsblad 2005, nr. 24.

² De ZFW wordt naar verwachting per januari 2006 vervangen door de Zorgverzekeringswet (ZVW).

doelmatigheidsonderzoek toetst het CTZ of het uitvoeringsorgaan erin slaagt voldoende kwalitatief goede zorg in te kopen voor een scherpe prijs.

Wanneer het CTZ van mening is dat een zorgkantoor zo slecht presteert dat de rechtmatigheid en de doelmatigheid in het geding komen, kan het ingrijpen. Zo kan het uit hoofde van zijn toezichthoudende taak een aanwijzing geven aan een uitvoeringsorgaan.

CTG/ZAio en het CTZ

Het CTZ is bij wet aangewezen om toezicht op de uitvoering van de AWBZ en de ZFW door de zorgverzekeraars te houden. De taak van CTG/ZAio, namelijk toezicht houden op een goede werking van de markt in de zorg, komt hier voor een deel mee overeen. De correcte uitvoering van de AWBZ en de ZFW is immers van belang bij het creëren van een goed werkende markt en andersom.

Wanneer in de toekomst in meer sectoren competitieve elementen worden ingevoerd en monitors worden opgezet, zullen de taken van het CTZ en CTG/ZAio elkaar steeds vaker overlappen. Op dit moment wordt het Wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg (Wmg) voorbereid, waarin specifiek toezicht wordt geregeld wat nodig is om marktwerking op de diverse markten – zorgverlening, zorginkoop en zorgverzekering – te bevorderen. Het CTZ en CTG/ZAio bouwen momenteel samen aan de Nederlandse Zorgautoriteit, die met de inwerkingtreding van de Wmg (naar verwachting in 2006) zal worden ingesteld.

Om te voorkomen dat de sector in de tussentijd geconfronteerd wordt met twee aparte toezichthouders die binnen de extramurale AWBZ-zorg eenzelfde soort taak uitvoeren, is ervoor gekozen een deel van het toezicht te integreren en de monitor gezamenlijk te ontwikkelen. De extra administratieve lastendruk voor de marktpartijen is hierdoor laag. Daarnaast vergemakkelijkt de samenwerking de integratie van beide partijen in de Zorgautoriteit. In de aanloop naar de monitor is ook het visiedocument door beide partijen samen opgesteld.

Eén van de taken van de Zorgautoriteit is het bevorderen van marktwerking in de gezondheidszorg. Hiervoor zal zij instrumenten krijgen die betrekking hebben op aanmerkelijke marktmacht.³ Het toezicht op kartelvorming, fusies en misbruik van een economische machtspositie blijft in handen van de NMa. De informatie die uit de monitor komt, kan wel gebruikt worden om dit toezicht door de NMa te versterken.

³ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, 'Oprichting Zorgautoriteit', 29324 nr. 8, p2.

Toezichtsvisie

A. Aanleiding

Op 31 augustus 2004 is de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ-zorg opgeheven. Voorheen waren zorgkantoren verplicht met elke toegelaten zorgaanbieder een overeenkomst af te sluiten. Met het opheffen van de contracteerplicht hebben zorgkantoren meer mogelijkheden gekregen om selectief te contracteren en alleen een overeenkomst af te sluiten met de aanbieders die de beste prijs-kwaliteitverhouding leveren. Wel blijven de (maximum)tarieven voor de extramurale AWBZ-zorg bestaan. Hoewel er dus nog geen volledige marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg is, voert de overheid wel steeds meer marktelementen en -prikkelers in. Dit zet de aanbieders aan tot een zeker concurrerend gedrag.

Concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg kan ertoe leiden dat de zorg doelmatiger wordt geleverd en dat verzekerden de zorg krijgen die zij willen krijgen (vraagsturing). Daarnaast kan concurrentie prikkels geven om in te spelen op de wensen van de consument en leiden tot een zekere keuzevrijheid en autonomie voor zowel de vrager als de aanbieder. Concurrentie kan echter ook nadelen opleveren. Zo bestaat er een zekere informatieongelijkheid in de zorg, waardoor het risico bestaat dat partijen misbruik maken van hun nieuw verworven vrijheden. Goed toezicht is van belang om te bevorderen dat het opheffen van de contracteerplicht in de extramurale AWBZ-zorg positieve gevolgen heeft voor de eindgebruiker. Uiteindelijk is het doel immers dat de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de extramurale AWBZ-zorg erop vooruitgaan. In deze visie geven CTG/ZAio en het CTZ weer hoe zij dit toezicht samen willen vormgeven. De focus van deze visie ligt op de markten voor zorginkoop en zorgverlening.

Het toezichtsbeleid van CTG/ZAio en het CTZ op de extramurale AWBZ-zorg kent de volgende elementen:

- *informatie over spelregels;*
- *monitoren van de marktontwikkelingen;*
- *interventie om de markt goed te laten werken.*

Ten eerste komen deze drie elementen in de visie aan de orde. Daarbij wordt aangegeven welke risico's CTG/ZAio en het CTZ zien op de zorginkoop- en zorgverleningsmarkt en welke maatregelen zij willen nemen om deze risico's te beperken. Voorts komt kort de relatie aan bod tussen CTG/ZAio en het CTZ en andere spelers in het veld, zoals de IGZ en de NMa die elk op hun terrein een belangrijke rol spelen in het bevorderen van concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg. Naast het stimuleren van markten die reeds (deels) zijn vrijgegeven, kan de overheid ook doelmatigheidsprikkelers geven door middel van vormen van regulering. Hiermee kan concurrentie op de markt worden gesimuleerd. In dit document zal hierop niet nader worden ingegaan. Tevens gaat deze visie niet nader in op het toezicht van het CTZ op een doelmatige en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren en

uitvoeringsorganen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het toezicht op de rechtmatigheid van de kosten, het opleggen van de eigen bijdrage of het uitvoeren van materiële controles.

B. Elementen van het toezicht

B.1 Informatie over spelregels

De introductie van meer marktwerking gaat gepaard met meer vrijheid, maar ook met meer onzekerheid. Zorgaanbieders en zorgkantoren moeten wennen aan hun veranderende rol en het is daarom onwaarschijnlijk dat het onderhandelingsproces van meet af aan goed zal verlopen. Om marktwerking te bevorderen, is het daarom van belang de sector gedegen te informeren over de spelregels. CTG/ZAio en het CTZ zien dit voor de komende jaren als een belangrijke taak.

Met dit visiedocument extramurale AWBZ-zorg wordt een eerste stap gezet in het voorlichtingsproces. Het verduidelijkt welke gedragingen en welke vormen van samenwerking ongeoorloofd zijn, en welke instanties bevoegd zijn actie te ondernemen. Daarnaast bestaat er een themasite⁴ waarop CTG/ZAio recente informatie biedt over de ontwikkelingen op de markt. Ten slotte heeft CTG/ZAio op 6 januari 2005 een informatielijn⁵ geopend waar iedereen met vragen terecht kan.

B.2 Monitoring van marktontwikkelingen

CTG/ZAio en het CTZ moeten bevorderen dat marktwerking binnen de extramurale AWBZ-zorg bijdraagt aan de publieke doelen. Dit doen zij onder meer door toezicht op de naleving van wettelijke verplichtingen en door het bevorderen van marktconform gedrag door zorgaanbieders en zorgkantoren.

CTG/ZAio heeft van het Ministerie van VWS de taak gekregen om de ontwikkelingen in de extramurale AWBZ-zorgmarkt te monitoren. Voor het uitvoeren van deze taken hebben CTG/ZAio en het CTZ informatie nodig. De monitor moet inzicht geven in de resultaten op de markt in termen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en indien mogelijk kwaliteit. De Staatssecretaris van VWS is verantwoordelijk voor de borging van deze publieke belangen in de extramurale AWBZ-zorg en moet daarvoor inzicht hebben in de mate waarin aan deze belangen wordt voldaan.

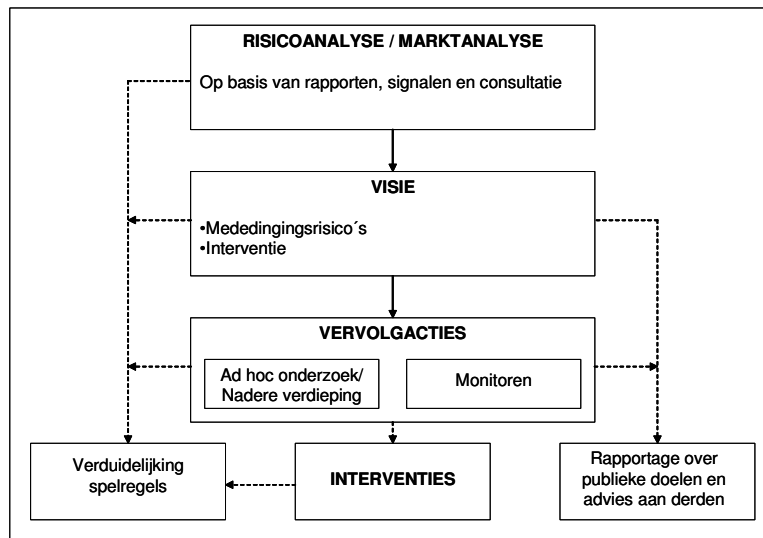
Daarnaast moet de monitor inzicht geven in de mate waarin is voldaan aan voorwaarden voor concurrentie, zoals transparantie en de vraag of zorgkantoren en/of zorgaanbieders zich wel of niet marktconform gedragen. Inzicht in de mate waarin is voldaan aan de voorwaarden voor concurrentie en in de gedragingen van marktpartijen is van belang voor het sectorspecifieke

⁴ Nieuwe tijden, andere regels' bereikbaar via www.ctg-zaio.nl

⁵ Deze informatielijn is te bereiken via telefoonnummer 0900-770 70 70 (€ 0,05 per minuut). Vragen per e-mail kunnen gesteld worden via informatielijn@ctg-zaio.nl.

toezicht door CTG/ZAio en het CTZ. Om te voorkomen dat de sector onnodig extra administratieve lasten ondervindt, hebben CTG/ZAio en het CTZ in dit document een risicoanalyse van de markt uitgevoerd. Figuur 1 geeft weer op welke manier CTG/ZAio en het CTZ toezicht gaan houden op de extramurale AWBZ-zorg. Hiermee is geïnterpreteerd welke problemen daadwerkelijk een risico vormen voor een goede werking van de markt. Deze visie geeft een overzicht van de risico's en interventiemogelijkheden die CTG/ZAio en het CTZ op deze markt aanwezig achten. Ook wordt beschreven aan welke onderwerpen CTG/ZAio en het CTZ prioriteit geven in de monitor, welke andere vervolgacties CTG/ZAio en het CTZ nodig achten en waar dat toe kan leiden in termen van transparantie, interventies, rapportages en advies.

Figuur 1: Werkwijze markttoezicht



Risicoanalyse

Uit een analyse van de inkoopmarkt voor extramurale zorgproducten blijkt dat er nog onvoldoende is voldaan aan de voorwaarden voor effectieve mededinging tussen zorgaanbieders. Er zijn diverse structuurkenmerken die effectieve mededinging op deze markt in de weg kunnen staan. Zo wordt het aanbod gekenmerkt door een sterke marktconcentratie van aanbieders en zijn de overstapkosten voor zorgkantoren, cliënten en PGB-houders aanzienlijk. Tabel 1 geeft beknopt weer welke risicofactoren samenhangend met de structuur van de markt geanalyseerd zijn, waarom deze risicofactoren geanalyseerd zijn en in hoeverre CTG/ZAio en het CTZ inschatten dat het risico zich voordoet. Deze risico's leiden niet acuut tot problemen, aangezien zij niet direct gericht zijn op het uit de markt drukken van andere aanbieders. Wel kan de markt beter werken naarmate deze risicofactoren minder aanwezig zijn.

Kenmerk / risicofactor	Toepasselijkheid in de extramurale AWBZ-zorg	Risico van voordoen
Beperkte keuzemogelijkheden	<p>Wanneer de markt sterk geconcentreerd is, heeft de cliënt weinig keuzemogelijkheden. In de extramurale AWBZ-zorg is er in veel regio's een aanbieder aanwezig, die zo groot is dat hij de keuzevrijheid van de cliënten zou kunnen belemmeren. Voor PGB-houders zijn de keuzemogelijkheden vaak breder, omdat zij niet aangewezen zijn op toegelaten aanbieders.</p> <p>Of een aanbieder zich ook daadwerkelijk onafhankelijk van andere aanbieders kan gedragen, is afhankelijk van de mogelijkheden tot toetreding en contractering door het zorgkantoor. Fusies versterken de mate van concentratie en verkleinen daarmee de keuzemogelijkheden. Als gevolg van de vigerende drempels voor concentratiecontrole in de Mededingingswet hoeven concentraties in de extramurale AWBZ-zorg vaak niet te worden getoetst op hun effect op de mededinging in de markt.⁶ Het is wenselijk de concentratieontwikkelingen op de markt in de gaten te houden.</p>	<p>Hoog voor natura zorg</p> <p>Laag voor PGB-houder</p>
Toetredingsdrempels	<p>Hoge toetredingsdrempels zorgen ervoor dat nieuwe aanbieders de markt niet snel kunnen betreden. Hierdoor ontstaan er voor een bestaande aanbieder met een groot marktaandeel mogelijkheden om zijn positie te misbruiken. Het is belangrijk te monitoren in welke mate onderstaande overwegingen toetreding tot de markt daadwerkelijk belemmeren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er lijken schaal- en scopevoordelen aanwezig te zijn, maar deze lijken onvoldoende groot om toetreding tot de markt daadwerkelijk te belemmeren. - Kapitaalinvesteringen lijken voor de meeste producten niet zo hoog dat zij effectieve toetreding belemmeren. - De toelatingseisen van het CVZ en de kwaliteitseisen van de IGZ zijn niet zodanig dat zij toetreding belemmeren. - Contacten met verwijzers en cliënten en contracten met zorgkantoren in een regio zijn erg belangrijk voor een nieuwe toetreder. Een gebrek aan dergelijke cont(r)acten kan toetreding ernstig bemoeilijken. Toetreding vindt dan ook vooral plaats door aanbieders die reeds over de benodigde contacten beschikken doordat zij bijvoorbeeld al intramuraal actief zijn en daardoor tevens sneller in 	<p>Gemiddeld</p>

⁶ Op dit moment ligt er een voorstel tot wijziging van de Mededingingswet voor aan de Kamer. Hierin is tevens de mogelijkheid opgenomen om de omzetrempels voor sectoren in transitie per AMvB tijdelijk te verlagen. Het is mogelijk dat een dergelijke AMvB ook voor de zorgsector zal worden voorbereid.

	aanmerking komen voor een contract met het zorgkantoor.	
Overstapkosten en onvoldoende transparantie	<p>Hoe hoger de overstapkosten zijn, hoe slechter de prijs-kwaliteitverhouding die de huidige aanbieder kan leveren zonder vragers (zorgkantoren, PGB-houders, cliënten) te verliezen. Overstapkosten verminderen concurrentie en kunnen daarmee leiden tot hogere kosten en minder keuzevrijheid. Overigens kunnen overstapkosten ook worden veroorzaakt door vanuit kwaliteitsoogpunt wenselijke gedragingen, zoals een vertrouwensrelatie met de aanbieder. Momenteel zijn de overstapkosten voor alle partijen relatief groot als gevolg van een gebrek aan kwaliteitsinformatie.</p> <p>Meer transparantie in de markt kan de overstapkosten van de vragers verminderen. Het is van belang in de gaten te houden of de markt hier zelf voor voldoende transparantie gaat zorgen.</p>	Hoog

Tabel 1: structuurkenmerken

Behalve de structuur hebben ook de gedragingen van partijen invloed op de mogelijkheden voor concurrentie. Er is een aantal gedragingen dat een goede werking van de markt in de extramurale AWBZ-zorg kan belemmeren. Ten eerste bestaat er een zeker risico van kartelvorming tussen zorgaanbieders. Daarnaast kan koppelverkoop tussen extra- en intramurale zorg een goede werking van de markt belemmeren. Ook het zorgkantoor, dat in de regio de enige inkoper is, kan de concurrentie tussen zorgaanbieders belemmeren. Tabel 2 geeft een overzicht van de mogelijke marktwerkingbelemmerende gedragingen en het risico daarop.

Gedraging	Toepasselijkheid in de extramurale AWBZ-zorg	Risico van voordoen
Excessieve prijzen	Een aanbieder met een economische machtspositie kan hiervan misbruik maken door te hoge prijzen te vragen aan zijn afnemers. In de extramurale AWBZ-zorg is het risico hierop thans beperkt vanwege de (maximum)tarieven.	Laag
Roofprijzen	Een aanbieder met een economische machtspositie kan tijdelijk onder de kostprijs aanbieden om nieuwe toetreders van de markt te weren en/of concurrenten uit de markt te drukken. Zo kan hij op termijn hogere winsten behalen, hetgeen leidt tot hogere kosten en minder keuzevrijheid. Het risico van roofprijzen binnen de extramurale AWBZ-zorg is vooralsnog beperkt vanwege een gebrek aan terugverdienmogelijkheden.	Laag

Contract-voorwaarden, koppilverkoop	<p>Een aanbieder met een machtspositie kan van het zorgkantoor of de PGB-houder concessies afdwingen die andere aanbieders niet kunnen afdwingen. Het is voor andere aanbieders vaak moeilijk hiermee te concurreren.</p> <p>In de extramurale AWBZ-zorg is met name het risico van koppilverkoop met intramurale zorg en met niet-zorgproducten zoals woningen aanwezig. Koppilverkoop kan positief zijn indien hierdoor vormen van zorg worden geleverd die anders niet zouden worden geleverd. Deze koppilverkoop moet echter niet verder gaan dan noodzakelijk is voor de zorgverlening. Het is daarom van belang de ontwikkelingen op dit deel van de markt te monitoren.</p>	Hoog
Misbruik inkooppositie zorgkantoren	<p>Zorgkantoren beschikken regionaal over een sterke inkooppositie. Er zijn diverse prikkels/wettelijke regelingen die zorgkantoren kunnen aanzetten tot ongewenst gedrag of ongewenste marktuitskomsten. Het gaat hierbij om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het bedingen van prijzen die dermate laag zijn dat zij ten koste gaan van de kwaliteit, als gevolg van een prikkel om binnen de contracteerruimte aan de zorgplicht te voldoen; - het toepassen van koppelinkoop tussen rendabele en onrendabele zorg om in de zorgplicht te kunnen voorzien; - het hanteren van een contracteerprocedure en contracteercriteria waarbij aanbieders op oneigenlijke gronden worden bevoordeeld boven anderen (ongelijke kansen tijdens de inkoop). <p>Het is van belang te monitoren in hoeverre deze gedragingen in praktijk voorkomen.</p>	Hoog
Samenwerking	<p>Samenwerking tussen bepaalde partijen kan positieve effecten hebben, zoals een snellere hulpverlening of een betere kwaliteit. Er bestaat echter ook gevaar op uitsluiting en beperking van keuzemogelijkheden voor het zorgkantoor of de PGB-houder.</p> <p>Het volgende signaal duidt op samenwerkingsverbanden die de mededinging op de markt kunnen beperken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de transferverpleegkundige in het ziekenhuis is in dienst van een thuiszorginstelling; <p>Nader onderzoek naar de wenselijkheid van samenwerking en de invloed ervan op concurrentie tussen aanbieders is gewenst.</p>	Hoog
Kartelvorming	<p>Kartelvorming kan leiden tot vermindering van de concurrentie en de keuzemogelijkheden van de vragers. Het risico van kartelvorming in de extramurale AWBZ-zorg is hoog omdat er sprake is van kostensymmetrie, samenwerking, homogene</p>	Gemiddeld

	producten, een hoge marktconcentratie en symmetrische voorkeuren. Wel is er in de extramurale AWBZ-zorg met name sprake van stichtingen zonder winststreven en kunnen er nog geen excessieve tariefreizen worden gesteld, hetgeen het risico van kartelvorming enigszins beperkt. Het is van belang de kenmerken van de markt die invloed hebben op het risico van kartelvorming te monitoren, om zo het toezicht door de NMa te kunnen ondersteunen.	
--	---	--

Tabel 2: gedragskenmerken

Vervolgacties per risicocategorie door CTG/ZAio en het CTZ

Wanneer CTG/ZAio en het CTZ een risico in de bovenstaande tabel als hoog of gemiddeld hebben aangemerkt, zijn vervolgstappen gespecificeerd.

Er zijn twee typen vervolgstappen te onderscheiden: 1) het risico blijven volgen in een monitor of 2) het uitvoeren van een ad hoc onderzoek om een betere inschatting te maken van het probleem en zijn oplossingsrichtingen. Deze ad hoc onderzoeken kunnen ook plaatsvinden naar aanleiding van signalen of meldingen door zorgkantoren, zorgaanbieders of andere relevante partijen. Deze signalen zijn slechts bruikbaar wanneer zij zijn terug te voeren tot concrete gevallen. De onderzoeken die naar aanleiding van concrete casussen zijn uitgevoerd, kunnen leiden tot een verduidelijking van de spelregels maar ook tot interventie door CTG/ZAio of het CTZ.

CTG/ZAio en het CTZ ondernemen de volgende stappen:

Risico(factor)	Type stap	Specificatie vervolgstap
Keuzemogelijkheden	Monitor	<ul style="list-style-type: none"> - Het monitoren van aantal aanbieders en marktconcentraties per relevante markt. In afwachting van nader onderzoek wordt de relevante markt voorlopig afgebakend op het niveau van de functies (waarbij de functies persoonlijke verzorging en verpleging tot dezelfde markt worden gerekend) die het zorgkantoor binnen zijn werkgebied vervult. - Het monitoren van de wachttijden per functie en zorgkantoorregio. - Het monitoren van het aantal PGB-houders per functie en zorgkantoorregio. - Het monitoren van de effecten van horizontale en verticale fusies.
	Ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> - Het doen van onderzoek naar de afbakening van de relevante markt door CTG/ZAio.
Toetredingsdrempels	Monitor	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoren in welke mate toetreding belemmerd wordt door gebrek aan contacten met doorverwijzers in een bepaalde regio.
Onvoldoende transparantie	Monitor	<ul style="list-style-type: none"> - Het monitoren van de mate waarin transparantie in de markt tot stand komt.

	Ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> - Ondersteunen van initiatieven die de transparantie van de kwaliteit in de extramurale AWBZ-zorg vergroten waar mogelijk en nodig. - Het CTZ onderzoekt of de voorlichtings- en adviesfunctie van zorgkantoren zoals beschreven in het Convenant taken en beheerskosten, voldoende uit de verf komt
Koppelverkoop	Monitor	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoren of aanbieders die zowel intra- als extramurale zorg aanbieden, hogere prijzen met zorgkantoren afspreken dan aanbieders die alleen extramurale zorg aanbieden.
Misbruik inkooppositie zorgkantoren	Monitor	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoren of zorgkantoren dermate lage prijzen bedingen bij de zorgkantoren dat de kwaliteit van zorg in gevaar kan komen door de gecontracteerde prijs te vergelijken met het maximumtarief of met een kostprijsschatting. - Monitoren of zorgkantoren objectieve non-discriminatoire inkoopcriteria opnemen in hun contracteerbeleid zodat zorgaanbieders reële kansen hebben op een overeenkomst.
	Ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> - Indien het aantal toetreders of het aantal gecontracteerde aanbieders in een zorgkantoorregio laag is, onderzoek uitvoeren naar de reële keuzemogelijkheden van een cliënt.
Samenwerking	Monitor	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoren van de mate waarin samenwerking tussen zorgaanbieders bij bijvoorbeeld zorgtoewijzingsafspraken een goede werking van de markt belemmert.
	Ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> - Het doen van onderzoek naar de mate waarin zorgaanbieders ongelijke kansen hebben op cliënten tengevolge van transferverpleegkundigen in ziekenhuizen-
Kartelvorming	Monitor	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoren of kartelvorming voorkomt in de extramurale AWBZ-zorg ter ondersteuning van het toezicht door de NMa.
Overig	Monitor	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoren van de ontwikkelingen op de markt ten aanzien van de publieke doelen.
	Ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> - Het verkennen van de mogelijkheden om de bekostiging voor sommige vormen van onrendabele zorg aan te passen in overleg met brancheorganisaties.

Tabel 3: Vervolgacties

Opzet monitor

De daadwerkelijke monitor richt zich in de eerste plaats op die structuurkenmerken van de markt waarvan hierboven is aangegeven dat zij invloed kunnen hebben op de werking van de markt in de extramurale AWBZ. Daarnaast worden ook de gevolgen van marktwerking voor de publieke doelen gemonitord. Hierbij wordt tevens gekeken naar de effecten die bepaalde gedragingen van partijen hebben op de uitkomsten van de markt. De monitor volgt een aantal indicatoren die in onderlinge samenhang een goed beeld geven van de ontwikkelingen op de markt. Tabel 4 geeft een aantal mogelijke indicatoren voor de monitor.

	Structuur	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
Kenmerk	Aantal aanbieders en concentratie	Afspraken over kwaliteit	Keuzemogelijkheden cliënten	Prijsontwikkelingen
Indicator	HHI's en C-ratio (zie paragraaf 4.3.3)	Kwalitatieve indicatoren	% gecontracteerde aanbieders	Contractprijs

Tabel 4: Monitormodel

De monitor wordt ten minste één keer per jaar gepubliceerd. Waar nodig of wenselijk wordt vaker gerapporteerd. De meeste informatie die noodzakelijk is voor de monitor, is beschikbaar via bestaande bronnen. De monitor leidt daarom naar verwachting niet tot een extra administratieve belasting.

Kostprijsinformatie is in 2006 geen openbare informatie. CTG/ZAio is vooralsnog niet voornemens deze informatie op te vragen in het kader van de monitor, vanwege het huidige beperkte risico van excessieve prijzen of rooftprijzen en het feit dat kostprijsinformatie niet noodzakelijk is om de beleidsregels van CTG/ZAio te handhaven. Het opvragen van kostprijsinformatie staat dan niet in verhouding tot het te monitoren risico. Naarmate het aantal vrijheidsgraden op het gebied van marktwerking toeneemt, verandert ook de informatiebehoefte van de overheid. CTG/ZAio en het CTZ zullen het besluit om voorlopig af te zien van het opvragen van kostprijsinformatie in 2007, of eerder bij gewijzigd beleid, evalueren.

B.3 Interventie

Het Ministerie van VWS heeft CTG/ZAio de taak gegeven om te interveniëren wanneer de markt niet goed werkt.⁷ Ook het CTZ heeft een wettelijke toezichthoudende taak op het gebied van de uitvoering van de AWBZ en het Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren. Hiertoe staat het CTZ een aantal interventie- en handhavingsmaatregelen ter beschikking. Op basis van de consultatie van de sector zijn CTG/ZAio en het CTZ vooralsnog van mening dat de huidige interventie-instrumenten volstaan en dat het niet noodzakelijk is aanvullende interventie-instrumenten te ontwikkelen. Wel kan door middel van de monitor de effectiviteit van de huidige interventie-instrumenten worden vergroot.

Tot aan de inwerkingtreding van de Wmg voeren CTG/ZAio en het CTZ hun taken afzonderlijk uit en kunnen zij waar nodig interveniëren in de extramurale AWBZ-zorg op grond van respectievelijk de WTG en de AWBZ/ZFW. Sinds het opheffen van de contracteerplicht zijn bij CTG/ZAio en het CTZ enkele klachten/meldingen binnengekomen van zorgaanbieders over mogelijk misbruik van een inkooppositie door zorgkantoren. Dergelijk misbruik valt niet onder de Mededingingswet. Mocht het zo zijn dat zorgkantoren niet op een transparante, objectieve en non-discriminatoire wijze extramurale zorg inkopen, dan biedt het Convenant taken en beheerskosten enig houvast om dit gedrag te corrigeren. Het CTZ is in dat geval de bevoegde

⁷ 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.

instantie. Het CTZ kan deze meldingen gebruiken om een oordeel te vormen over het functioneren van de inkoop van zorg door zorgkantoren in zijn algemeenheid op systeemniveau. Bovendien kan het CTZ dan bekijken of verduidelijking of verandering van wet- en regelgeving noodzakelijk is. Ten slotte kan het CTZ naar aanleiding van de melding besluiten om hiernaar een onderzoek te starten bij zorgkantoren. Het gaat dan bijvoorbeeld om het hanteren van selectie-eisen in het belang van het contracteren van voldoende en kwalitatief goede zorg die voor elke aanbieder gelden en voor elke geïnteresseerde aanbieder toegankelijk zijn. Het CTZ oordeelt in zo'n geval of het algemeen beleid van een zorgkantoor in strijd is met een goede uitvoering van het Convenant of de AWBZ. Op basis hiervan kunnen handhavingsmaatregelen worden getroffen. Het CTZ bemoeit zich niet met de vraag of één zorgkantoor al dan niet één specifieke zorgaanbieder contracteert en ook niet met de wijze waarop een individuele onderhandeling verloopt. Het uitgangspunt van contractvrijheid brengt mee dat dit een zaak is tussen partijen zelf. Indien daarover een individueel geschil ontstaat, kunnen partijen dat geschil voorleggen aan de burgerlijk rechter.

Het huidige toezicht van het CTZ op basis van de AWBZ en het Convenant zal naar verwachting in stand blijven wanneer de Wmg van kracht wordt. In aanvulling daarop kan de NZa op basis van het Wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg naar verwachting voorwaarden stellen aan het proces waarin de uitkomsten tot stand komen. Het betreft dan generieke verplichtingen aan de zorgkantoren met betrekking tot de manier waarop zij contracten sluiten met aanbieders. Wanneer de prijzen in een bepaalde sector zijn vrijgegeven, kan de NZa op markten voor zorginkoop specifieke verplichtingen opleggen aan een partij met aanmerkelijke marktmacht om zo de markt op gang te brengen. In de AWBZ-zorg zijn de tarieven vooralsnog gereguleerd.

Specifieke klachten over mededingingsbeperkend gedrag door zorgaanbieders kunnen naar verwachting worden aangepakt op basis van de Mededingingswet. Eventuele klachten die hierop betrekking hebben, kunnen dan ook ingediend worden bij de NMa. CTG/ZAio en het CTZ zullen deze ontwikkelingen tijdens de contractonderhandelingen wel monitoren.

C. Samenwerking

NMa

De NMa, het CTZ en CTG/ZAio trekken in het toezicht op de extramurale AWBZ-zorg samen op. Het CTZ houdt toezicht op de gedragingen van de zorgkantoren. De aanbieders van zorg vallen onder toezicht van CTG/ZAio en de NMa. Wanneer er sprake is van samenlopende bevoegdheden, is CTG/ZAio primair aan zet. Kan of wil CTG/ZAio niet optreden, dan behoudt de NMa de bevoegdheid de Mededingingswet in te zetten. CTG/ZAio en de NMa verstrekken elkaar waar nodig informatie om de effectiviteit van het toezicht te vergroten. Op gebieden waar geen formele samenloop van bevoegdheden is, met name op het gebied van concentratiecontrole (fusies en overnames), zullen CTG/ZAio en het CTZ in de NMa-procedure betrokken worden. Zo kunnen zij bijvoorbeeld zienswijzen afgeven in voorgenomen

concentraties. De taakverdeling tussen de organisaties is geregeld in een samenwerkingsprotocol.⁸

IGZ

Voor een goede beoordeling van de zorg die geleverd wordt door zorgaanbieders, is niet alleen informatie over de prijzen, maar ook informatie over de kwaliteit erg van belang. Immers, het is niet mogelijk uitspraken te doen over een prijs die een bepaalde aanbieder vraagt als daarbij de kwaliteit van de geleverde zorg niet bekend is. Ook in de monitor willen CTG/ZAio en het CTZ kwaliteitsaspecten meenemen. CTG/ZAio en het CTZ zijn niet voornemens deze kwaliteitstransparantie zelf tot stand te brengen. Op dit punt werken zij samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening. Momenteel toetst de IGZ alleen of de minimumkwaliteit gewaarborgd is. Zij is echter bezig met een transitie naar een kwaliteitsautoriteit, waarbij zij niet alleen zal kijken naar de minimumkwaliteit, maar ook naar de variatie in kwaliteit boven dit minimum. CTG/ZAio, het CTZ en de IGZ hebben momenteel een samenwerkingsprotocol, waarin de taakverdeling tussen de organisaties is vastgelegd.

⁸ Het samenwerkingsprotocol is te vinden op http://www.nmanet.nl/nederlands/home/actueel/publicaties/protocollen/samenwerkingsprotocol_ctg_zαιο_ctz_en_nma.asp

Overzicht Beleidsvoornemens

Beleidsvoornemens CTG/ZAio

- vaststellen welke relevante marktafbakening juist is voor monitordoeleinden (§ 4.2);
- monitoren van het aantal PGB-houders en de ontwikkeling hierin (§ 4.2);
- monitoren van de keuzemogelijkheden van de consument door het meten van het aantal aanbieders en de hoeveelheid aanbod op de markt en de ontwikkeling daarvan (§ 4.3.2);
- bezien van de mogelijkheden om de bekostiging voor bepaalde vormen van zorg (zogenoemde onrendabele lijnen) aan te passen in overleg met de commissie Care (§ 4.4.2);
- monitoren in welke mate horizontale en verticale fusies effectieve concurrentie op de markt belemmeren (§ 4.3.4);
- monitoren van de mate waarin de toetreding belemmert wordt als gevolg van een gebrek aan cont(r)acten met verwijzers, cliënten en het zorgkantoor (§ 4.4.4);
- monitoren of er een ongelijk speelveld ontstaat tussen kleine en grote aanbieders als gevolg van de mogelijkheden om lid te worden van een brancheorganisatie (§ 5.2.2.2);
- voorkomen dat aanbieders zich eenzijdig richten op de gemeten indicatoren door periodiek speciale onderwerpen te volgen (§ 5.4);
- vergelijken van de tariefafspraken die de aanbieders maken met de zorgkantoren met een schatting van de gemiddelde kostprijs om te evalueren of de beslissing om geen instrumenten te ontwikkelen ten aanzien van rooftprijzen juist is geweest. (§ 6.3);
- het monitoren van de kenmerken die kartelvorming in de sector vereenvoudigen of bemoeilijken (§ 6.4);
- onderzoek doen naar de mate waarin samenwerking tussen het CIZ en de aanbieders concurrentie belemmert (§ 6.6.3);
- signaleren van koppelverkoop door te monitoren of grote intramurale aanbieders om redenen die niet samenhangen met de geleverde zorg, hogere tarieven af kunnen spreken (§ 6.7);
- bekijken van de mogelijkheden om de bekostigingssystematiek voor bepaalde vormen van zorg (onrendabele producten) aan te passen in overleg met de betrokken brancheorganisaties (§ 6.8).

Beleidsvoornemens CTZ

- ad hoc onderzoek naar de mate waarin zorgkantoren cliënten van voldoende informatie voorzien om een goede keuze te kunnen maken tussen de gecontracteerde aanbieders (§ 5.2.2.3);
- monitoren van de mate waarin zorgkantoren prijzen afspreken met de aanbieders die geen ruimte bieden voor kwaliteitsdifferentiatie (§ 6.5);
- monitoren van de mate waarin zorgkantoren objectieve non-discriminatoire inkoopcriteria hanteren bij het inkopen van zorg (§ 6.5);

Aanbevelingen aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- herzien van steunverlening aan AWBZ-aanbieders bij toetreding van buitenlandse partijen (§ 3.4.5);
- ondersteunen van de zoektocht naar informatie van de cliënt en de PGB-houder door het ondersteunen van landelijk geregelde informatieplatformen, waarop informatie over prijs en kwaliteit beschikbaar is (§ 5.3);
- stimuleren van de substitutie van zorg-in-natura-consumptie naar PGB-houderschap (budgetneutraal) teneinde de dominante inkooppositie van het zorgkantoor te verkleinen en toetreding voor kleine aanbieders gemakkelijker te maken (§ 6.5).

Aanbevelingen aan het Ministerie van Economische Zaken

- verder uitvoering geven aan het voornemen om de mogelijkheid te scheppen de omzetrempels voor de meldingsplicht voor concentraties in de Mededingingswet specifiek voor de zorg te verlagen (§ 3.3.2).

Aanbevelingen aan de IGZ

- verder uitvoering geven aan het voornemen om niet alleen te kijken of een aanbieder voldoet aan de minimumkwaliteitseisen, maar ook de relatieve kwaliteit ten opzichte van andere aanbieders te beoordelen (§ 5.3);
- zo nodig standaardiseren van kwaliteitsindicatoren indien zorgkantoren hier onvoldoende in slagen (§ 5.3).

Aanbevelingen aan de zorgkantoren

- creëren van meer keuzevrijheid voor de verzekerden door een groter aantal aanbieders te contracteren, wanneer dit een goede en doelmatige besteding van het budget niet in de weg staat (§ 4.3);
- stimuleren van de informatie-uitwisseling tussen cliënten en gebruik maken van het cliëntoordeel bij het (her)contracteren van aanbieders (§ 5.2.1);
- verbeteren van de informatieverstrekking over de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg om een goede keuze tussen zorgaanbieders door de cliënt mogelijk te maken (§ 5.2.2.3);
- stimuleren van de aanbieders om kwaliteit te leveren door hier bij het contracteren rekening mee te houden en consequenties te verbinden aan het niet voldoen aan de gemaakte afspraken (§ 5.3);
- stimuleren van de aanbieders om gestandaardiseerde en vergelijkbare kwaliteitsindicatoren te hanteren (§ 5.3).

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 meer vraaggericht systeem is de opheffing van de contracteerplicht en van de omgekeerde contracteerplicht in de extramurale AWBZ-zorg. Hierdoor zijn er sinds 31 augustus 2004 meer mogelijkheden voor marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg. De zorgaanbieders krijgen meer prikkels om in te spelen op de wensen van de consument. Het zorgkantoor krijgt hierdoor meer mogelijkheden om doelmatige zorg in te kopen. Er ontstaat echter ook meer kans op misbruik van een machtspositie, waardoor de ondernemersvrijheid kan worden ingeperkt, de publieke belangen in het gedrang kunnen komen, de keuzevrijheid kan afnemen en de kosten van de zorg kunnen stijgen. Toezicht op de markt moet dergelijk gedrag voorkomen en bestrijden.

Monitoren in de extramurale AWBZ heeft een aantal doelen. Enerzijds wordt gekeken naar de effecten van het gevoerde beleid op de publieke doelen: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Ook biedt monitoren inzicht in de vraag of een koersverandering gewenst is. Anderzijds brengt de monitor in kaart of de markt goed werkt en wat de oorzaken zijn van eventueel marktfalen. Daarnaast kan het CTZ de monitor gebruiken bij het toezicht op een doelmatige en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door de uitvoeringsorganen.

In dit visiedocument maken CTG/ZAio en het CTZ een inventarisatie van de risico's voor marktwerking binnen de extramurale AWBZ-zorg. Door middel van deze risico-inventarisatie kunnen zij een doelgerichte monitor opzetten. Dit mede ter beperking van de administratieve belasting van de sector. Naast de risico's, die het visiedocument inventariseert, zal de monitor ook kijken naar andere aspecten van de markt, zoals de publieke doelen. Hoofdstuk 7 gaat tevens in op deze kant van de monitor.

Naast het stimuleren van een goede werking van de markt voor die delen van de markt waar marktwerkingselementen zijn ingevoerd, heeft CTG/ZAio een taak in het simuleren van de markt in de delen van de markt waarop (vooralsnog) geen of slechts beperkte marktwerking mogelijk is. Op die manier kunnen de voordelen van een concurrerende markt – zoals een optimale prijs-kwaliteitverhouding, allocatieve efficiëntie, keuzevrijheid en doelmatigheid – worden behaald. Tegelijkertijd blijven de voordelen van regulering – zoals het kunnen handhaven van de benodigde solidariteit en de benodigde spreiding van de zorg – behouden. Te denken valt aan het introduceren van meer prikkels in de tariefregulering door middel van maatstafconcurrentie. In dit document ligt de nadruk op het stimuleren van marktwerking waar dat mogelijk is. Het simuleren van markten op die delen van de markt waar (nog) geen volledige marktwerking mogelijk is, valt buiten de scope van dit document.

1.2 Doelstelling

Doelstelling van dit rapport is een inventarisatie te geven van de marktkenmerken die nodig zijn om concurrentie tussen aanbieders van extramurale AWBZ-zorg te bevorderen onder borging van de publieke doelstellingen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid). Geïnterviewd zijn:

- de kenmerken van de markt (risicofactoren) die een goed werkende markt belemmeren;
- de kenmerken van de markt die moeten worden gemonitord door CTG/ZAio en het CTZ;
- de vraag in hoeverre het toezichtinstrumentarium van CTG/ZAio en het CTZ toereikend is;
- de verbeteringen die andere partijen dan CTG/ZAio en het CTZ kunnen realiseren om marktwerking in de extramurale AWBZ te stimuleren.

Dit visiedocument vormt de weerslag van eigen onderzoek, brainstormsessies, en de consultatie. Basis voor de consultatie vormde het consultatiedocument extramurale AWBZ-zorg, dat CTG/ZAio en het CTZ in april 2005 hebben gepubliceerd. Overheidsinstellingen, wetenschappers, brancheorganisaties en marktpartijen in de zorg werd gevraagd 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 analyses of conclusies bevestigen of weerleggen. CTG/ZAio en het CTZ zijn alle partijen die mondeling en/of schriftelijk gereageerd hebben, zeer erkentelijk.

Kader

De analyse in het visiedocument beperkt zich tot de bevordering van de concurrentie tussen zorgaanbieders onder borging van de publieke belangen. Andere overwegingen komen niet aan de orde. Ook bij het formuleren van aanbevelingen over de wet- en regelgeving wordt deze invalshoek gehanteerd.

Naast de WTG en de AWBZ, die een kader schetsen voor de bevoegdheden van CTG/ZAio en het CTZ, kan ook andere wet- en regelgeving van invloed zijn op de mogelijkheden voor concurrentie. Om inzicht te krijgen in de noodzakelijke instrumenten en condities om concurrentie te bevorderen, is een integrale benadering noodzakelijk. CTG/ZAio en het CTZ zijn zich ervan bewust dat de analyse in dit visiedocument hierdoor ook andere organisaties raakt. Wanneer uit de analyse blijkt dat andere bestuursorganen dan het CTZ en CTG/ZAio invloed hebben op de werking van de markt, is de vrijheid genomen hun, gevraagd of ongevraagd, te adviseren. De beleidsaanbevelingen aan de Minister van VWS sluiten aan bij de brief van het Ministerie van VWS van 21 november 2001 aan de Tweede Kamer, waarin staat dat CTG/ZAio de Minister dient te adviseren om in te grijpen in de marktstructuur waar dat nodig is om concurrentie te bevorderen.

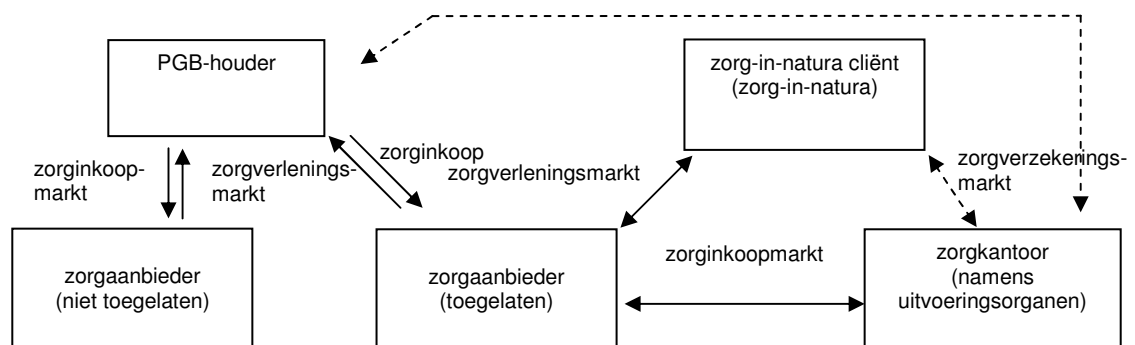
1.3 Juridische status

In dit visiedocument geven CTG/Zaio en het CTZ aan hoe zij de monitortoek voor de extramurale AWBZ-zorg gaan invullen. CTG/Zaio en het CTZ trachten 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 worden.

1.4 Afbakening

Het visiedocument besteedt aandacht aan alle partijen die betrokken zijn bij de extramurale AWBZ-zorg, alsmede aan hun onderlinge relaties. De marktpartijen zijn de zorgkantoren (en indirect de uitvoeringsorganen), de zorgaanbieders, de verzekerden en de PGB-houders. Omdat verzekeraars niet met elkaar concurreren op de markt voor AWBZ-verzekeringproducten, is de AWBZ-verzekeringmarkt grotendeels buiten beschouwing gelaten. De focus ligt vooral op de twee markten die door prijsconcurrentie het sterkst beïnvloed worden, namelijk de inkoop en verlening van zorg-in-natura en de inkoop en verlening van zorg aan PGB-houders. De centra indicatiestelling zorg (CIZ, voorheen bekend als de regionale indicatielgorganen) en de zorgverzekeraars zijn alleen bij de analyse betrokken voorzover zij een wezenlijke invloed hebben op de gedragingen van partijen op de markt. Vanwege de ophanden zijnde overheveling van de curatieve GGZ-zorg naar de Zorgverzekeringwet per 2007⁹, is deze markt grotendeels buiten beschouwing gelaten.

Figuur 2: De extramurale AWBZ-zorgmarkt



1.5 Leeswijzer

De mate waarin concurrentie (ofwel mededinging) tussen marktpartijen mogelijk is, wordt niet alleen sterk bepaald door de mate waarin wettelijke regels daarvoor de ruimte bieden, maar ook door de aard en omvang van de zorg, de schaalvoordelen, de toetredingsbarrières en de informatie die beschikbaar is over kwaliteit en prijs van de geboden zorg. De zorginkoop en de zorgverleningsmarkt kunnen diverse gebreken vertonen die vervolgens leiden tot problemen

⁹ <http://www.minvws.nl/persberichten/dvvo/2005/gefaseerde-invoering.asp>

voor PGB-houders, cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders. Met name in markten in de overgangsfase, zoals de markt voor extramurale AWBZ-zorg, is voldoende toezicht noodzakelijk om te voorkomen dat concurrentie schadelijk is voor de publieke doelen.

Een eerste stap bij het opzetten van toezicht in een bepaalde markt is vast te stellen in hoeverre is voldaan aan de voorwaarden voor concurrentie tussen zorgaanbieders. Vervolgens moet in beeld worden gebracht welke belemmeringen in de structuur van de markt of welk gedrag van partijen concurrentie kunnen frustreren. Daarom kijkt dit document naar de mate waarin, gegeven de huidige uitvoeringsstructuur (hoofdstuk 2) en wet- en regelgeving (hoofdstuk 3), er aan de voorwaarden voor concurrentie tussen zorgaanbieders is voldaan. Het gaat hierbij op hoofdlijnen om:

1. voldoende aanbod om uit te kiezen en voldoende aanbieders om over te kunnen stappen (hoofdstuk 4);
2. voldoende informatie over het aangeboden product en voldoende mogelijkheden voor partijen om over te stappen (hoofdstuk 5);
3. geen anti-competitieve gedragingen die de marktwerking frustreren (hoofdstuk 6).

Bij de belangrijkste knelpunten is gecontroleerd of CTG/ZAio en het CTZ reeds over voldoende instrumenten beschikken om in te grijpen, of dat aanvullend instrumentarium nodig is. CTG/ZAio en het CTZ formuleren steeds beleidsvoornemens voor het monitoren van de extramurale zorg en voor beleid omtrent eventueel ingrijpen bij geconstateerd misbruik van marktmacht. Dit ter bevordering van de concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg. Zij zoeken daarin naar verbeterpunten voor CTG/ZAio en het CTZ zelf, alsmede naar verbeterpunten voor andere partijen. Een overzicht hiervan is te vinden op pagina 26 t/m 27. Op basis van de analyse in dit document wordt richting gegeven aan de marktmonitor die CTG/ZAio en het CTZ opzetten. Hoofdstuk 7 gaat nader in op de monitor.

2. Beschrijving van de extramurale AWBZ-zorg

2.1 Algemeen

De structuur van de markt schept een kader voor de partijen die op de markt actief zijn en beïnvloedt de uiteindelijke uitkomsten van marktwerking. In dit hoofdstuk komt de structuur van de markt aan de orde.

2.2 Structuur van de markt voor extramurale AWBZ-zorg

De AWBZ-zorgaanspraken bedroegen in 2003 € 20 miljard.¹⁰ Dit is ongeveer de helft van de collectief door de samenleving gedragen zorgkosten. Deze zorg kan worden opgesplitst naar zorg zónder (extramurale zorg) en zorg mét verblijf (intramurale zorg). De extramurale AWBZ-zorg beslaat ongeveer een kwart van de totale markt, wat neerkomt op ongeveer € 6 miljard.

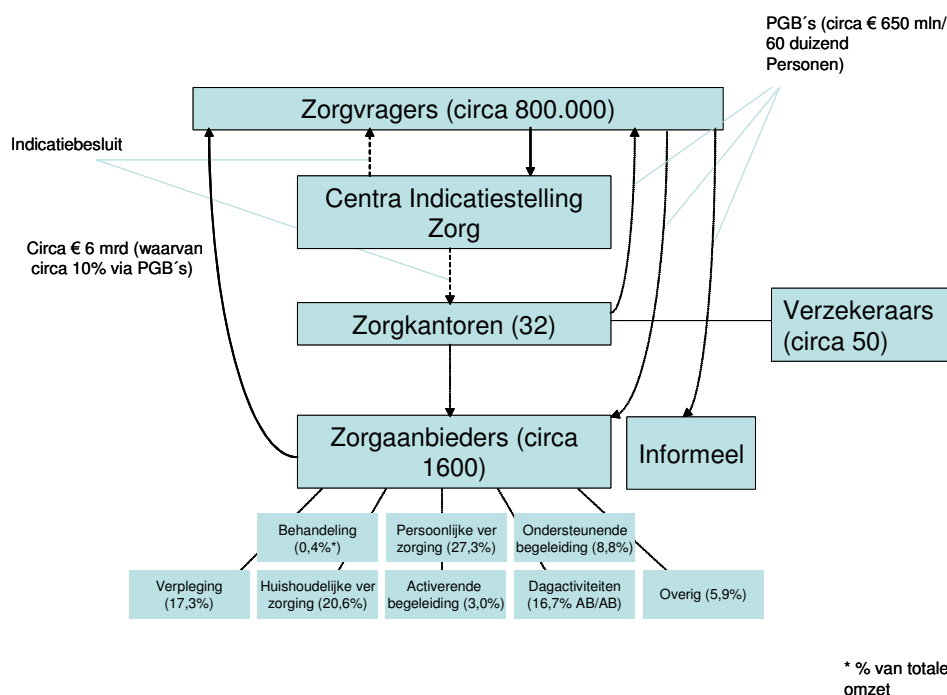
Tot 1 april 2003 werd de AWBZ opgesplitst in sectoren die zich specifiek op een bepaalde doelgroep richtten. In totaal bestonden er vijf sectoren, namelijk thuiszorg, verpleging, verzorging (samen de V&V-sectoren), gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Sinds de 'ontschotting' van de AWBZ in 2003 bestaat er geen onderscheid meer naar sectoren, maar wordt er gesproken in termen van functies. In totaal bestaan er zeven functies, waarvan de functie verblijf alleen betrekking heeft op intramurale zorg. Deze functies zijn:

1. huishoudelijke verzorging (HV)
2. persoonlijke verzorging (PV)
3. verpleging (VP)
4. ondersteunende begeleiding (OB)
5. activerende begeleiding (AB)
6. behandeling (BH)
7. verblijf (VB)

Circa 1.600 aanbieders leveren zorg die past bij één of meer van de zes functies. In termen van omzet zijn de twee belangrijkste functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging. Circa 48% van de totale omzet valt onder deze twee functies. Binnen deze functies werken de aanbieders met prestatiebeschrijvingen. Deze beschrijvingen stelt CTG/ZAio vast. Zij dienen als basis voor de onderhandelingen tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders. In figuur 3 is de markt voor extramurale AWBZ-zorg schematisch weergegeven. De zwarte pijlen geven daarbij het zorgtraject aan.

¹⁰ College voor zorgverzekeringen, 'CVZorgcijfers 1998-2003', augustus 2004, Diemen, p. 83.

Figuur 3: Schematisch overzicht extramurale AWBZ-zorg



Voor de uitvoering van de AWBZ is Nederland opgesplitst in 32 zorgkantoorregio's. In elke zorgkantoorregio is één zorgkantoor actief dat voor alle AWBZ-verzekerden in zijn regio zorg inkoop. Verzekerden zijn dus aangewezen op één zorgkantoor en kunnen niet stemmen met de voeten wanneer het zorgkantoor niet aan hun wensen voldoet. Anderzijds zijn ook de zorgaanbieders op basis van hun statutaire vestigingsplaats aangewezen op één zorgkantoor, waarmee zij voor al hun AWBZ-zorg (met uitzondering van PGB-zorg) productieafspraken maken. Wanneer een aanbieder bovenregionaal actief is, maakt het zorgkantoor niet alleen voor de verzekerden die woonachtig zijn in zijn regio, maar ook voor de verzekerden die woonachtig zijn in andere zorgkantoorregio's productieafspraken.

Zorgkantoren hebben een zorgplicht. Dat wil zeggen dat zij verplicht zijn om voldoende doelmatige zorg in te kopen voor alle mensen die daar recht op hebben. Met het opheffen van de contracterplicht heeft het zorgkantoor meer mogelijkheden gekregen om selectief te contracteren en alleen een contract af te sluiten met die aanbieders die de beste prijs-kwaliteitverhouding leveren. Hoewel de zorgkantoren meer mogelijkheden hebben gekregen om doelmatig te contracteren, zijn er nog weinig prikkels voor de zorgkantoren om dit ook daadwerkelijk te doen. Zorgkantoren lopen namelijk slechts risico op hun beheerskosten (de kosten die zij moeten maken om zorg in te kopen, zoals onderhandelingskosten), en niet op de kosten voor de zorgverlening. Dit prikkelt de zorgkantoren om zo min mogelijk te onderhandelen (lage beheerskosten) en snel akkoord te gaan met de eisen van de zorgaanbieder. Voor een zorgkantoor is het vaak voordeliger om een grote aanbieder te contracteren dan een kleine (met één contract meer zorg en dus lagere beheerskosten), ook al zijn kleine aanbieders goedkoper

en leidt dit tot hogere zorgkosten. Deze prikkel voor de zorgkantoren kan een goede werking van de markt verstoren en de toetreding van (kleine) nieuwe aanbieders belemmeren.

Om de negatieve effecten van de beheerskostenprikkel te compenseren, heeft de overheid de zorgkantoren sinds 2004 gebonden aan een financiële contracteerruimte. Tot 2004 konden zorgkantoren onbeperkt productieafspraken maken, en kregen de aanbieders alle geleverde zorg vergoed op basis van nacalculatie. In 2004 ging er een aanwijzing uit van het Ministerie van VWS, die voorschreef dat de nacalculatie de eerder gemaakte productieafspraken niet te boven mocht gaan. Dit bedrag werd ook wel het regiobudget genoemd. Wanneer een zorgkantoor aanvullende afspraken wilde maken met een bepaalde (nieuwe) aanbieder, moest hiervoor compensatie worden gevonden in de bestaande productieafspraken met andere aanbieders. Voor 2005 is per zorgkantoor een contracteerruimte bepaald die niet overschreden mag worden. Dit budget is gelijk aan het regiobudget in 2004 plus een bepaalde groei­ruimte. Het is voor zorgkantoren moeilijk om bestaande contracten op te zeggen of in te krimpen. Hierdoor blijft binnen de contracteerruimte vaak weinig ruimte over voor het contracteren van nieuwe zorgaanbieders, of voor de groei van bestaande aanbieders. De contracteerruimte kan daarmee een drempel opwerpen voor de groei van bestaande of het toetreden van nieuwe aanbieders.

Om te voorkomen dat er ongewenste marktuitskomsten tot stand komen, stimuleren het CVZ, het CTZ en het Ministerie van VWS, de zorgkantoren door middel van wet- en regelgeving om zich doelmatig te gedragen en te voldoen aan de wensen van de verzekerden. Hiertoe dient bijvoorbeeld het Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren dat het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het CVZ met elkaar hebben afgesproken.¹¹ Daarnaast kan het PGB de cliënt een alternatief, en daarmee enig tegenwicht, bieden aan het zorgkantoor. Wanneer het beleid van het zorgkantoor de verzekerden niet bevalt, kunnen zij kiezen voor een PGB en hiermee zelf zorg inkopen. Wanneer veel mensen hun toevlucht nemen tot een PGB, kan dit een signaal zijn van minder presteren van het zorgkantoor.

2.3 Het zorgtraject

Een verzekerde die voor AWBZ-zorg in aanmerking wil komen, moet zich bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)¹² melden om de benodigde hoeveelheid zorg te laten vaststellen. In het indicatiebesluit wordt vastgelegd op welke zorg een cliënt recht heeft. Hierbij worden een functie, een zorgzwaarte en een zorgklasse geïndiceerd. Tevens kan de verzekerde bij het CIZ zijn voorkeursaanbieder aangeven. Hij kan het CIZ daarbij om advies vragen. Het CIZ kan daardoor een belangrijke rol spelen bij de keuze van de verzekerde voor een bepaalde aanbieder.

¹¹ Het convenant taken en beheerskosten zorgkantoren wordt nader besproken in paragraaf 3.3.4.

¹² Tot 2005 werd de indicatiestelling in de AWBZ gedaan door regionale indicatieorganen (RIO's). Deze indicatieorganen vielen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. In een poging om deze indicatiestelling landelijk gelijk te trekken, is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) ingesteld. Deze organisatie overkoepelt alle RIO's en valt onder de verantwoordelijkheid van de centrale overheid.

In het Zorgindicatiebesluit is geregeld dat het CIZ de indicatiestelling voor eenvoudige vormen van zorg kan mandateren aan andere partijen die over voldoende deskundigheid hiertoe beschikken. Alle AWBZ toegelaten aanbieders kunnen aan het CIZ vragen om een mandaat voor het afgeven van zorgindicatiebesluiten. Met het oog op het snel in zorg nemen van cliënten zijn veel aanbieders op dit moment gemandateerd zelf indicatiebesluiten te nemen. Dat wil zeggen dat zij zelf bepalen welke zorg een cliënt die bij hen aanklopt nodig heeft. De cliënt kan dan direct zorg worden geboden.

Na ontvangst van het indicatiebesluit kan de verzekerde kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB, met uitzondering van de functies behandeling en verblijf) of hij kan zich direct aanmelden bij de zorgaanbieder van zijn voorkeur (mits gecontracteerd door het zorgkantoor) voor zorg-in-natura. Wanneer de verzekerde niet direct wordt geholpen, bijvoorbeeld doordat aanbieders geen plaats meer hebben, wordt de verzekerde op een wachtlijst geplaatst en kan hij zich tot het zorgkantoor wenden voor wachtlijstbemiddeling.

Met een PGB kan de verzekerde zelf zorg inkopen. Voor het verkrijgen van een PGB moet hij een aanvraag indienen bij het zorgkantoor in zijn regio. Het zorgkantoor kan PGB's toekennen aan zijn verzekerden tot een (jaarlijks) vooraf bepaald PGB-subsidieplafond bereikt is.¹³ Het PGB bedraagt 75% van de kosten van zorg-in-natura. De verzekerde kan met zijn PGB zorg inkopen bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders en tevens bij zorgaanbieders die niet zijn toegelaten door het CVZ voor het leveren van AWBZ-zorg. Hierdoor kan de PGB-houder tussen meer zorgaanbieders kiezen dan een verzekerde die zorg-in-natura wenst te ontvangen.

Het zorgkantoor moet zorg inkopen voor de verzekerden die gebruik willen maken van zorg-in-natura. Het zorgkantoor kan daarvoor niet bij alle zorgaanbieders zorg afnemen. Zorgaanbieders die zorg-in-natura willen verlenen ten laste van de AWBZ en voor een contract met het zorgkantoor in aanmerking willen komen, moeten hiervoor een toelating verkrijgen. Wanneer een aanbieder eenmaal is toegelaten als leverancier van AWBZ-zorg, wil dat niet zeggen dat hij ook recht heeft op een contract met het zorgkantoor. Met de opheffing van de contracteerplicht kan het zorgkantoor besluiten bepaalde aanbieders niet te contracteren, waardoor het zorgkantoor een grote invloed heeft op de keuzemogelijkheden van de verzekerden. Zorgkantoren dienen wel een consistent contracteerbeleid te hanteren. De opzegging van een overeenkomst of de weigering een overeenkomst te sluiten, moeten zij bovendien deugdelijk kunnen motiveren. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ondersteunt zorgkantoren met behulp van handreikingen bij het opstellen van een goed contracteerbeleid.

¹³ Voor 2005 is dit plafond vastgesteld op € 942 miljoen (Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 'Persoonsgebonden budgetten, Modernisering AWBZ', kenmerk 25657/26631, nr. 29, p.14)

3. Voor marktwerking relevante wet- en regelgeving

3.1 Algemeen

Dit hoofdstuk gaat in op de bestaande beleidsinstrumenten en de relevante wetgeving met betrekking tot marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg. Hierbij is geïnterpreteerd of het mogelijk is voor CTG/ZAio, het CTZ of derden om ongewenst marktgedrag aan te pakken op grond van bestaande wet- en regelgeving.

Paragraaf 3.2 gaat eerst in op de bestaande instrumenten voor toezicht op concurrentie, te weten: de Mededingingswet, de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG, zoals gewijzigd bij wetsvoorstel WTG ExPres) en de AWBZ. Daarna besteedt deze paragraaf aandacht aan de Wet marktordening gezondheidszorg die in voorbereiding is. Dit wetsvoorstel ligt momenteel voor bij de Tweede Kamer. De verwachting is dat deze wet op 1 januari 2006 van kracht zal worden. Ten slotte bespreekt paragraaf 3.3 de overige relevante wet- en regelgeving, waaronder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Europese aanbestedingsrichtlijnen en de Europese staatssteunregels.

3.2 Bestaande instrumenten

3.2.1 Inleiding

Om een goede werking van de markt te waarborgen en waar nodig te bevorderen, beschikken CTG/ZAio, het CTZ en de NMa over een aantal instrumenten op basis waarvan bepaalde gedragingen van partijen beperkt kunnen worden en waarmee hun verplichtingen kunnen worden opgelegd. In deze paragraaf worden de relevante instrumenten nader toegelicht.

3.2.2 Wet tarieven gezondheidszorg (zoals gewijzigd bij de 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 het hanteren van andere prestatiebeschrijvingen dan die op grond van de wet zijn vastgesteld en het in rekening brengen van tarieven die niet op grond van de wet tot stand zijn gekomen.¹⁴ De WTG zal naar alle waarschijnlijkheid in 2006 vervangen worden door de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).¹⁵

¹⁴ 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.

¹⁵ Zie paragraaf 3.3.1.

Beleidsregels

Een belangrijk instrument in de WVG zijn de beleidsregels van CTG/ZAio. De Minister van VWS dient de beleidsregels van CTG/ZAio goed te keuren. Op grond van beleidsregels kan CTG/ZAio onder meer:

1. experimenten toestaan;
2. landelijke prestatiebeschrijvingen met of zonder tarief vaststellen;
3. deelprestaties met onderscheiden tarieven vaststellen;
4. diverse tariefsoorten vaststellen:
 - a) vast tarief: een (individueel of collectief) tarief waarvan niet mag worden afgeweken;
 - b) maximumtarief: een bedrag dat ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht;
 - c) minimumtarief: een bedrag dat ten minste als tarief in rekening dient te worden gebracht;
 - d) 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;
5. besluiten dat een tarief vrij is, ofwel dat CTG/ZAio het niet hoeft goed te keuren of vast te stellen.

In de extramurale AWBZ-zorg stelt CTG/ZAio voor zorg-in-natura vooralsnog een vast tarief vast, dat is gebaseerd op de door zorgaanbieder en zorgkantoor gemaakte prijsafspraken voor een bepaalde prestatie voorzover die beneden de maximale beleidsregelwaarde ligt. Dat wil zeggen dat de aanbieder met het zorgkantoor een prijs afsprekt die niet hoger mag zijn dan de maximale beleidsregelwaarde en dat het vaste tarief daarna voor alle zorg-in-natura-cliënten van die instelling gelijk is. Wanneer aanbieders, toegelaten of niet, niet met verblijf gepaard gaande huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging of ondersteunende begeleiding leveren aan PGB-houders, zijn zij tevens gehouden aan een bepaalde prestatiebeschrijving en bijbehorende (maximum)tarieven. CTG/ZAio stelt deze (maximum)tarieven vast.

In dit visiedocument is ervan uitgegaan dat de tariefsoort (vaste tarieven) ongewijzigd zal blijven. Het is echter niet uit te sluiten dat hierin, met het oog op meer marktwerking in de AWBZ-zorg, verandering zal komen. Eventuele consequenties van het loslaten van het vaste of maximumtarief op de werking van de markt en de mogelijke misdragingen, zullen dan moeten worden gezien.

Administratievoorschriften en gegevensverstrekking

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verplicht om een administratie te voeren waarin onder meer zichtbaar zijn:

1. de geleverde prestaties;
2. de daarvoor in rekening gebrachte tarieven, en

3. de daarvoor ontvangen of verrichte betalingen.

CTG/ZAio kan aanvullende regels stellen waaraan administraties moeten voldoen. Daarnaast kan CTG/ZAio via aanvullende regels bijvoorbeeld uniforme kostentoe rekeningsmodellen voorschrijven. Ten slotte kan CTG/ZAio eisen stellen met betrekking tot periodieke gegevensverstrekking door bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Handhaving

Overtreding van de WTG is strafbaar gesteld in de Wet op de economische delicten.¹⁶

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 cliënten tijdig en zorgvuldig te informeren omtrent in rekening te brengen tarieven, en
3. niet nakoming van de verplichting tot het verstrekken van gegevens.¹⁷

Omdat CTG/ZAio de bevoegdheid heeft om 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. Op grond van de WTG aangewezen toezichthouders mogen plaatsen betreden, inlichtingen vorderen, inzage in zakelijke gegevens en bescheiden vorderen, kopieën maken – als dat niet ter plaatse kan, mogen zij de te kopiëren stukken voor korte tijd meenemen – en vervoermiddelen onderzoeken.

3.2.3 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 toepassing van de Mededingingswet niet van belang. In de extramurale AWBZ-zorg is de Mededingingswet alleen van toepassing op de zorgaanbieders. De zorgkantoren worden als gevolg van het FENIN-arrest¹⁸ niet gezien als ondernemingen in het kader van de Mededingingswet.¹⁹ Het standpunt van de NMa in dezen is niet veranderd als gevolg van het opheffen van de contracteerplicht.

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

- kartels;
- misbruik van economische machtspositie;

¹⁶ 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.

¹⁷ Meer precies is bestuursdwang toegestaan bij overtreding van de artikelen 2a, 2b, 30 en 30 a, van de WTG.

¹⁸ Arrest van het Gerecht van Eerste Aanleg EG in de zaak T-319/99, Federacion Nacional de Empresas de Instrumentacion Cientifica, Medica, Technica y Dental – Commissie (FENIN) van 4 maart 2003.

¹⁹ Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004, Den Haag, p. 31.

- concentraties van ondernemingen zonder voorafgaande melding.

Kartels

Kartels zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemingsverenigingen of onderling afgestemde gedragingen die de mededinging beperken. Zo zijn onderlinge prijsafspraken en het verdelen van markten verboden. Het verbod geldt niet voor afspraken tussen een beperkt aantal ondernemingen met een beperkte gezamenlijke omzet²⁰ (de zogenoemde bagatelbepaling), omdat dergelijke afspraken de markt slechts zeer gering beïnvloeden.

Samenwerkingsafspraken tussen ondernemingen die de mededinging beperken, zijn toegestaan mits:²¹

- 1a zij bijdragen aan verbetering van de productie of distributie of
- 1b de technische of economische vooruitgang bevorderen;
- 2 de voordelen die voortvloeien uit die afspraken, voor een redelijk deel ten goede komen aan de gebruikers;
- 3 de mededinging niet verder wordt beperkt dan strikt noodzakelijk is, en
- 4 er voldoende mededinging in de markt overblijft.

In de 'Richtsnoeren Samenwerking Ondernemingen' en de 'Richtsnoeren voor de zorgsector' geeft de NMa de criteria die worden gehanteerd bij 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 heeft en zich daardoor bij het bepalen van haar beleid weinig hoeft aan te trekken van andere marktpartijen, kan een bedreiging vormen voor een goede werking van de markt. Het hebben van een economische machtspositie is op zichzelf niet in strijd met de Mededingingswet, het misbruiken hiervan wel. Van misbruik van een economische machtspositie kan sprake zijn wanneer een onderneming te hoge (excessieve) prijzen of te lage (roof)prijzen rekent, bepaalde afnemers uitsluit van levering of onredelijke contract- of leveringsvoorwaarden hanteert die de wederpartij niet zou hebben geaccepteerd als de andere marktpartij geen machtspositie had gehad,²² zoals koppelverkoop, langetermijncontracten²³ en het verhogen van overstapkosten.

²⁰ 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. (Art. 7, Mededingingswet)

²¹ Art. 6, derde lid, Mededingingswet

²² Commissie 4 december 1981, PbeG 1982L 94/12.

²³ HvJ EG 13 februari 1979, zaak 86/76, Jur. 1979, blz. 561; Hoffman-La Roche.

Concentraties

Wanneer ondernemingen voornemens zijn een concentratie aan te gaan, moeten zij dat melden bij de NMa. De NMa kan een concentratie verbieden wanneer daardoor een economische machtspositie ontstaat of wordt versterkt. Niet alle concentraties hoeven gemeld te worden aan de NMa. Er geldt een meldingsplicht voor concentraties, wanneer de gezamenlijke omzet van de betrokken partijen meer bedraagt dan € 113.450.000, en de omzet van ten minste twee van de betrokken partijen ieder minimaal € 30.000.000 bedraagt.²⁴

Concentraties in de extramurale AWBZ-zorg

Voordat een concentratie moet worden gemeld bij de NMa, moet sprake zijn van bovengenoemde omzetrempels op concernniveau. In de AWBZ, en vooral in de extramurale AWBZ-zorg, komen dergelijke omzetten niet vaak voor. Uit onderzoek van Prismant²⁵ naar de omzet van intramurale zorginstellingen in de GGZ en de gehandicaptenzorg, blijkt dat de omzetrempels in veel gevallen niet gehaald worden. Onderstaand kader bevat een analyse van de toepasselijkheid van de Mededingingswet voor concentraties in de extramurale AWBZ-zorg.

De Mededingingswet in de extramurale AWBZ-zorg

Met betrekking tot de vraag in hoeverre de Mededingingswet als instrument toepasbaar is om ongewenste concentraties in de AWBZ te voorkomen, is geanalyseerd hoeveel aanbieders een eventuele concentratie dienen te melden. Wanneer een concentratie gemeld wordt, bekijkt de NMa of de concentratie mededingingsbeperkende gevolgen heeft en kan zij de concentratie eventueel verbieden. Wanneer de drempels voor de meldingsplicht niet gehaald worden, heeft dat tot gevolg dat de NMa geen uitspraken kan doen over de wenselijkheid van de concentratie en deze ook niet kan verbieden.

In de extramurale AWBZ is op concernniveau (het voor de meldingsplicht relevante omzetriveau) van 750 partijen een jaarrekening voor 2003 bekend (hieronder vallen in totaal 993 instellingen). Deze partijen realiseren de volgende omzet:

Bedragen x miljoen	> € 113	> € 83	> € 57	>€ 30
Instellingen	26	20	34	97
Cumulatief	26	46	80	177

Binnen deze groep van aanbieders van extramurale AWBZ-zorg zijn er in totaal 177 aanbieders met een omzet van meer dan € 30 miljoen, die, wanneer zij met elkaar een concentratie zouden aangaan, deze concentraties mogelijk zouden moeten melden. Concentraties tussen deze partijen hoeven echter niet in alle gevallen gemeld te worden, aangezien de meldingsplicht eveneens behelst dat de betrokken aanbieders een gezamenlijke omzet moeten hebben die hoger is dan € 113.450.000. Hiermee rekening houdend, zijn er in totaal 80 aanbieders die een concentratie met een aanbieder van gelijke omvang

²⁴ Art. 29, Mededingingswet.

²⁵ Prismant (in opdracht van CTG/ZAio), 'Regionale spreiding omzet zorginstellingen', juli 2004, Utrecht, p. 27 en p. 35.

zouden moeten melden. Er zijn binnen de extramurale AWBZ-zorg slechts 46 aanbieders die iedere concentratie met een aanbieder met een omzet van meer dan € 30 miljoen dienen te melden. De meldingsplicht voor concentraties is dus in veel gevallen niet van toepassing in de extramurale AWBZ-zorg.

Daarnaast moet worden opgemerkt, dat ook de grootste aanbieders geen melding hoeven te maken wanneer zij een concentratie aangaan met aanbieders met een omzet beneden de € 30 mln. In principe kan de grote aanbieder dus een groot aantal kleine aanbieders 'oprollen' zonder daar melding van te hoeven maken. In kleinere regio's waar met name regionale spelers actief zijn, zoals de markt voor extramurale behandeling, blijven veel aanbieders onder de grens van € 30 miljoen. Zodoende kunnen er monopolies of oligopolies van twee of drie ongeveer gelijkwaardige partijen ontstaan, zonder dat de Mededingingswet als instrument kan worden gehanteerd ter toetsing van dergelijke concentraties.

Uit bovenstaande analyse blijkt dat de omzeldrempels voor veel concentraties in de extramurale AWBZ niet gehaald worden. Concentraties in deze sector hoeven daardoor vaak geen goedkeuring van de NMa te verkrijgen, terwijl zij concurrentie, vooral wanneer de relevante markt beperkt van omvang is, wel degelijk kunnen belemmeren. De keuzemogelijkheden van de consument kunnen hierdoor sterk afnemen.

De ministers van VWS²⁶ en Economische Zaken (EZ) hebben onderkend dat de drempels voor concentratiemelding in de Mededingingswet wellicht te hoog zijn vastgesteld voor sectoren in transitie. Er wordt daarom op dit moment gewerkt aan de mogelijkheid om de meldingsdrempels in de Mededingingswet voor transitie sectoren per AMvB tijdelijk te verlagen. Een Nota van Wijziging op het wetsvoorstel Aanpassing van de Mededingingswet is daarvoor in voorbereiding. Het ligt in de lijn der verwachting dat een dergelijke tijdelijke verlaging voor de gezondheidszorg zal worden ingesteld.

Handhaving van de Mededingingswet

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. Een last is de opdracht om een overtreding ongedaan te maken, te beëindigen of verdere overtreding te voorkomen. Een dwangsom kan inhouden dat de overtreder een bepaald bedrag ineens moet betalen of voor elk moment waarop de overtreding voortduurt. 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.

²⁶ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 'Oprichting Zorgautoriteit', 29324, nr.3, 24 september 2004, p.18.

3.2.4 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hebben verzekerden²⁷ recht op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ en de daarop gebaseerde Regeling zorgaanspraken AWBZ worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop recht bestaat geregeld. Het CIZ bepaalt hoe groot de aanspraak van mensen op zorg mag zijn en stelt op aanvraag een indicatie vast in een indicatiebesluit.

Uitvoeringsorganen zijn ervoor verantwoordelijk dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op de zorg tot gelding kunnen brengen. De daadwerkelijke zorginkoop hebben zij via een volmacht opgedragen aan de, door de Minister van VWS aangewezen, verbindingkantoren.²⁸ De verbindingkantoren moeten, in samenwerking met het Centraal Administratie Kantoor (CAK), de administratie in de AWBZ uitvoeren. Een verbindingskantoor met een taak op het gebied van zorginkoop wordt aangeduid als 'zorgkantoor'. De zorgkantoren hebben zich ertoe verplicht om, conform het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren, voldoende zorg in te kopen (voorzover beschikbaar) voor hun verzekerden²⁹ en hun werk op doelmatige wijze uit te voeren. Dat houdt in dat zij de nodige maatregelen treffen om onnodige verstrekkingen en uitgaven hoger dan noodzakelijk te voorkomen.

Het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren, bevat een aantal afspraken dat belangrijk is voor de inkoop van zorg, namelijk:

1. Een zorgkantoor moet zorg contracteren die in aard doelmatig is en aansluit bij de zorgvraag. Het zorgkantoor dient daarbij een transparant prijsbeleid te hanteren, waarin het aangeeft over welke elementen van het tarief het wenst te onderhandelen. Over de uitkomsten van zijn prijsbeleid legt het zorgkantoor verantwoording af.
2. Het zorgkantoor heeft als taak een zodanig volume aan zorg in te kopen, dat iedereen met een indicatie tijdig ofwel binnen een redelijke termijn de benodigde zorg kan ontvangen. Daarbij hebben zij de inspanningsverplichting om binnen de financiële contracteerruimte te blijven.
3. Voor de zorginkoop dient het zorgkantoor een transparant en toetsbaar contracteerbeleid te ontwikkelen. Hierin moet minimaal worden vastgelegd op basis van welke criteria een aanbieder in aanmerking komt voor een contract en aan welke eisen op het gebied van kwaliteit, prijs, administratie, continuïteit, leveringsvoorwaarden en informatieaanlevering een zorgaanbieder dient te voldoen. Tevens dient het zorgkantoor vast te leggen welke voorwaarden het opneemt in de overeenkomst, welke procedure het hanteert voor de zorginkoop en welke gevolgen de aanbieder van zorg ondervindt bij het (gedeeltelijk) niet nakomen van het contract.

²⁷ Verzekerd zijn alle personen die in Nederland wonen, behoudens uitzonderingen, en alle personen die niet in Nederland wonen maar als gevolg van een dienstbetrekking in Nederland aan loonbelasting onderhevig zijn.

²⁸ De Minister van VWS wijst, steeds voor een periode van vier jaar, een rechtspersoon in een regio aan om als verbindingskantoor te fungeren. Deze aanwijzing geschiedt op grond van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering.

²⁹ Deze plicht wordt ook wel de zorgplicht genoemd.

Het CTZ is belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ en het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren door of namens de uitvoeringsorganen.

Het CTZ oordeelt of het algemeen beleid van een zorgkantoor in strijd is met een goede uitvoering van het convenant of de AWBZ. Op basis hiervan kan het handhavingsmaatregelen treffen. Het CTZ bemoeit zich niet met de vraag of een zorgkantoor al dan niet met een specifieke zorgaanbieder contracteert en ook niet met de wijze waarop een individuele onderhandeling verloopt. Het uitgangspunt van contractsvrijheid brengt mee dat dit een zaak is tussen partijen zelf. Indien daarover een individueel geschil ontstaat, kunnen partijen dat geschil voorleggen aan de burgerlijk rechter.

Het CTZ heeft verschillende handhavingsmaatregelen tot zijn beschikking om zijn toezichthoudende taak op de uitvoering van de AWBZ inhoud te geven. Het CTZ hanteert de volgende maatregelen:

- het opleggen van een aanwijzing op grond van artikel 1x8 ZFW bij processen die voor een goede uitvoering van de AWBZ belangrijk zijn;
- het uitnodigen van matig presterende concessiehouders voor een gesprek met het CTZ en aansluitend hen schriftelijk per kwartaal te laten rapporteren over de verbeteringen die gerealiseerd zijn;
- de zorgkantoren vragen zich te verantwoorden over de gevraagde verbeterpunten in de verslagdocumenten.

3.2.5 Verhouding NMa, CTZ en CTG/ZAio

Deze paragraaf beschrijft de verhouding tussen de NMa, het CTZ en CTG/ZAio voor de periode tot aan de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De brief van het Ministerie van VWS aan de Tweede Kamer over de Zorgautoriteit³⁰ en het wetsvoorstel Wmg gaan in op de verhouding na invoering van de Wmg. De wijze waarop de NMa, het CTZ en CTG/ZAio samenwerken, is vastgelegd in een samenwerkingsprotocol.

De activiteiten van de uitvoeringsorganen vallen onder het toezicht van het CTZ. Het CTZ toetst onder meer op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Omdat de zorgkantoren geen ondernemingen zijn in de zin van de Mededingingswet, heeft de NMa op dit vlak geen bevoegdheden.³¹

Aanbieders van AWBZ-zorg vallen onder toezicht van zowel de NMa als CTG/ZAio. De NMa houdt toezicht op grond van de Mededingingswet en CTG/ZAio op de grond van de WTG. Wanneer bepaald moet worden welke toezichthouder in een bepaald geval op zal treden, is de basisregel als volgt: mocht sprake zijn van overtreding van zowel de algemene als de sectorspecifieke regelgeving (met andere woorden in zaken waarin een partij een beleidsregel van CTG/ZAio overtreedt)- dan is CTG/ZAio de primair aangewezen partij om op te treden. Is er

³⁰ Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer de Staten Generaal, 'Oprichting Zorgautoriteit', 10 september 2004, 29324, nr. 3.

³¹ Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 3.2.1.

sprake van andere vormen van mededingingsbelemmering, dan is de NMa de bevoegde toezichthouder. CTG/ZAio en de NMa informeren elkaar altijd in deze zaken. Bij het beoordelen van voorgenomen concentraties en mogelijke mededingingsafspraken is de NMa de bevoegde instantie. CTG/ZAio en het CTZ hebben wel altijd de gelegenheid om bij voorgenomen concentraties een zienswijze in te dienen.

Op basis van de Mededingingswet en de WTG kunnen de NMa en CTG/ZAio informatie uitwisselen over zaken en ontwikkelingen die op enige wijze van belang zijn voor hun functioneren. Zaken van groot gezamenlijk belang zullen CTG/ZAio en de NMa gezamenlijk voorbereiden. Daarnaast is het van belang dat beide partijen algemene mededingingsbegrippen eenduidig uitleggen. Het uitleggen van de begrippen gebeurt daarom na wederzijdse consultatie.

3.3 Nieuwe instrumenten

3.3.1 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

In de overgang naar het nieuwe zorgstelsel ontstaat een nieuwe toezichthouder: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa zal voortkomen uit een samenvoeging van CTG/ZAio en het CTZ. De NZa zal gaan opereren op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), op dit moment nog in behandeling bij de Tweede Kamer. De Wmg regelt de taken, bevoegdheden en instrumenten van de NZa, alsmede de verhoudingen ten opzichte van het Ministerie van VWS en andere toezichthouders. Naar verwachting zal de Wmg op 1 januari 2006 in werking treden. Het is van belang op te merken dat de Wmg nog niet is aangenomen en dat de taken en bevoegdheden van de NZa zoals hieronder staan beschreven, nog kunnen wijzigen.

De taken van de NZa bestaan zowel uit het maken en bewaken, als het reguleren van markten. In de komende jaren voert de overheid geleidelijk gereguleerde marktwerking in met vrije prijzen. Zolang dat niet aan de orde is, stelt de NZa tarieven en budgetten vast. Verder gaat de NZa toezicht houden op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Onder toezicht staan de zorgaanbieders, de ziektekostenverzekeraars en het CAK-BZ.

De NZa krijgt de volgende drie kerntaken:

1. markttoezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkten. Dit betreft zowel het maken en bewaken, als het reguleren van markten, waaronder het reguleren van tarieven en prestaties. Het gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuze-informatie voor consumenten;
2. toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet, onder meer met betrekking tot zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie;

3. toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor AWBZ.

Naast de “klassieke” taken van CTG/ZAiO en het CTZ krijgt de NZa dus ook een aantal nieuwe taken. Tegelijk met de nieuwe taken krijgt de NZa ook een aantal nieuwe bevoegdheden om deze taken op te kunnen pakken. Zo doet de NZa onderzoek naar concurrentieverhoudingen en marktgedrag en kan zij dit onderzoek publiceren (monitoren van de markt). Ook heeft de NZa een taak in het verbeteren van de transparantie op de markt. Zo kan zij aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars algemene regels stellen om de zorgmarkt voor patiënten en verzekerden duidelijker en beter te begrijpen te maken. Wanneer de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf in gebreke blijven, kan zij bovendien informatie openbaar maken en partijen die niet aan de verplichtingen voldoen boetes opleggen.

Ten slotte krijgt de NZa ook een aantal specifieke instrumenten om de werking van de markt te bevorderen. Wanneer de prijzen in een bepaalde sector zijn vrijgegeven, kan de NZa op markten voor zorginkoop specifieke verplichtingen opleggen aan een partij met aanmerkelijke marktmacht³² om zo de markt op gang te brengen. In de AWBZ-zorg zijn de tarieven vooralsnog gereguleerd. Daarnaast kan de NZa op basis van de Wmg naar verwachting voorwaarden stellen aan het proces waarin de uitkomsten tot stand komen.³³

3.4 Overige relevante wet- en regelgeving

3.4.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo heeft gevolgen voor de AWBZ en de aanspraken hierop. Naast de huidige Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), zal namelijk ook een deel van de AWBZ worden overgeheveld naar de Wmo. Het gaat hier in eerste instantie om de functie huishoudelijke verzorging.³⁴ Daarnaast wordt bekeken of ook (delen van) de functies activerende en ondersteunende begeleiding kunnen worden overgeheveld. Zware chronische en continue zorg die grote financiële risico's voor individuen inhoudt en die particulier niet te verzekeren is, blijft in de AWBZ.

Voor aanbieders die zorg aanbieden die wordt overgeheveld in het kader van de Wmo, verandert een en ander in het toezicht. Zo krijgen zij te maken met een andere zorginkoper, de gemeente, die geen zorgplicht heeft en die niet onder het toezicht van het CTZ valt. Ook zijn aanbieders voor de Wmo-zorg niet langer gebonden aan de WTG (in de toekomst Wmg).

³² Er is sprake van aanmerkelijke marktmacht indien een partij in staat is om alleen, dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van concurrenten, ziektenkostenverzekeraars (indien het een zorgaanbieder betreft), zorgaanbieders (indien het een zorgverzekeraar betreft) of consumenten (artikel 41 Wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg).

³³ Artikel 39, Wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg

³⁴ Momenteel wordt door middel van een pilot bekeken of alle huishoudelijke verzorging kan worden overgeheveld naar de Wmo of dat slechts de enkelvoudige huishoudelijke verzorging kan worden overgeheveld. Van enkelvoudige huishoudelijke verzorging is sprake wanneer een cliënt alleen huishoudelijke verzorging ontvangt en geen zorg binnen andere functies.

3.4.2 Europese aanbestedingsrichtlijnen

De belangrijkste doelstellingen van de Europese aanbestedingsrichtlijnen³⁵ zijn de totstandkoming van de interne markt, het gelijkschakelen van de wetgeving van de afzonderlijke lidstaten, het stimuleren van vrije, eerlijke concurrentie binnen de Europese Unie door openbare bekendmaking van (voorgenomen) opdrachten en het bewerkstelligen van besparingen voor opdrachtgevers door een meer professioneel inkoopproces. Voor aanbestedende diensten gelden richtlijnen ten aanzien van gelijke behandeling van partijen, non-discriminatie en transparantie.

De richtlijnen zijn alleen van toepassing op opdrachten die aanbestedende diensten geven voor het verrichten van diensten, het leveren van producten en de uitvoering van werken, waarbij de geraamde waarde van de opdracht de in de desbetreffende richtlijn bepaalde drempelwaarde overschrijdt.³⁶ Het CVZ en ZN beschouwen de zorgkantoren als aanbestedende dienst in de zin van de richtlijnen. Hier is de volgende kanttekening echter op zijn plaats. Het is algemeen aanvaard dat ziekenfondsen zijn aan te merken als aanbestedende dienst. Particuliere ziektekostenverzekeraars zijn dat echter niet. De kwalificering van zorgkantoor als aanbestedende dienst gaat eraan voorbij dat de zorgkantoren op zichzelf geen rechtspersoonlijkheid bezitten en slechts op basis van een privaatrechtelijke volmacht contracteren namens de uitvoeringsorganen.³⁷ Of het zorgkantoor aanbestedingsplichtig is, is dus afhankelijk van de status van het uitvoeringsorgaan namens wie het zorgkantoor contracteert.

ZN heeft in zijn handreiking Contracteerbeleid extramurale zorg gezamenlijke uitgangspunten opgenomen, onder meer op het gebied van de aanbesteding. Zorgkantoren hebben ervoor gekozen om de zorginkoop 2005 vorm te geven door een transparant, objectief en non-discriminair contracteerbeleid. De normen hiervoor zijn opgenomen in het convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren.

Het niet naleven van de aanbestedingsrichtlijnen is een onrechtmatige daad (artikel 6:162 Burgerlijk Wetboek) en kan leiden tot een verplichting tot het betalen van schadevergoedingen. Voorts kan een benadeelde partij in een kort geding bijvoorbeeld toelating tot de procedure, heraanbesteding of een verbod tot gunning van de opdracht aan een bepaalde opdrachtnemer vorderen. Wanneer aanbieders van mening zijn dat zij geen eerlijke kansen krijgen bij een aanbesteding, kunnen zij tevens een klacht indienen bij de Europese Commissie. De Europese Commissie kan een inbreukprocedure tegen de Nederlandse staat starten.

³⁵ Dat zijn de Richtlijn Leveringen (93/36 EEG), de Richtlijn Diensten (92/50 EEG) en de Richtlijn Werken (93/37), zoals gewijzigd door Richtlijn 97/52 EG. Per 1 december 2005 zijn deze richtlijnen niet langer relevant voor nieuwe aanbestedingen. Vanaf die datum treedt het besluit aanbestedingsregels voor overheidsopdrachten (Bao) en het besluit aanbestedingen speciale sectoren (Bass) in werking, waarmee de vervangende richtlijnen 2004/17/EG en 2004/18/EG zijn geïmplementeerd.

³⁶ Het drempelbedrag van de Richtlijn Leveringen is € 236.945 en van de Richtlijn Diensten (afhankelijk van de te leveren dienst) € 200.000 of € 236.945.

³⁷ De vraag of een zorgkantoor als aanbestedende dienst moet worden aangemerkt, zal met de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg opnieuw moeten worden beoordeeld. Daarbij speelt de vraag of zorgverzekeraars onder die wet aanbestedingsplichtig zijn, een grote rol.

3.4.3 Europese staatssteunregels

Krachtens artikel 87 van het EG-Verdrag is elk door de staat toegekend of met staatsmiddelen bekostigd voordeel staatssteun wanneer:

1. het aan zijn begunstigde een economisch voordeel verschaft dat langs de commerciële weg niet zou worden verkregen;
2. het op selectieve wijze wordt toegekend aan bepaalde ondernemingen of producties;
3. het de mededinging en het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt of kan beïnvloeden.

Voor de extramurale AWBZ-zorg hebben de Europese staatssteunregels tot gevolg dat de overheid alle aanbieders gelijke voorwaarden moet stellen voor het verkrijgen van steun, ongeacht hun herkomst. Vanwege het geringe grensoverschrijdende karakter van de extramurale AWBZ-zorg, hebben de Europese staatssteunregels vooralsnog niet veel invloed op deze markt.

3.5 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

In dit hoofdstuk is naar voren gekomen dat er allerlei mogelijkheden zijn om ongewenst gedrag van aanbieders aan te pakken. Op basis van de Mededingingswet zijn onder meer misbruik van een economische machtspositie en kartelvorming verboden. Wel bestaat er een lacune op het gebied van fusietoetsing. Als gevolg van de vigerende omzetzempels voor melding van een fusie bij de NMa, wordt een groot deel van de fusies binnen de extramurale AWBZ niet getoetst op hun effect op mededinging in de markt.

Waar mogelijk misbruik van een economische machtspositie door de zorgaanbieders momenteel goed aan te pakken is op basis van de Mededingingswet, is dit voor zorgkantoren niet het geval. De zorgkantoren gelden namelijk niet als ondernemingen onder de Mededingingswet. Ook is het vooralsnog onduidelijk of de zorgkantoren moeten voldoen aan de Europese aanbestedingsregels. Wel kan de NZa naar verwachting op basis van de Wmg voorwaarden stellen aan de manier waarop de zorgkantoren contracten afsluiten. Door het proces waarop de uitkomsten tot stand komen te sturen, kan tevens enige invloed worden uitgeoefend op de uitkomsten ervan. Ten slotte bestaan er op basis van de ZFW/AWBZ enige mogelijkheden om ongewenst gedrag van zorgkantoren aan te pakken.

Aanbevelingen

Uit de analyse van de geldende wet- en regelgeving volgen enkele aanbevelingen voor de ministeries van VWS en EZ.

Aanbevelingen aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- herzien van steunverlening aan AWBZ-aanbieders bij toetreding van buitenlandse partijen (§ 3.4.5).

Aanbevelingen aan het Ministerie van Economische Zaken

- verder uitvoering geven aan het voornemen om de mogelijkheid te scheppen de omzeldrempels voor de meldingsplicht voor concentraties in de Mededingingswet specifiek voor de zorg te verlagen (§ 3.3.2).

4. Aanbieders

4.1 Inleiding

Voor concurrentie op de markt is het ten eerste belangrijk dat er voldoende aanbieders zijn waar de afnemer (de natura-cliënt, het zorgkantoor of de PGB-houder) uit kan kiezen. De afnemer kan dan zelf kiezen welke zorg het beste bij hem past en prikkelt daarmee de zorgaanbieders om zo goed mogelijk aan zijn wensen te voldoen.

Bij het bepalen van de keuzemogelijkheden van de cliënt kunnen drie stappen worden onderscheiden, namelijk:

1. het afbakenen van de relevante markt;
2. het bepalen van de concentratie op de relevante markt ;
3. het bepalen van de mogelijkheden tot toetreding tot een bepaalde markt

Dit hoofdstuk gaat nader in op de keuzemogelijkheden die de cliënten in de extramurale AWBZ-zorg hebben.

4.2 Relevante markt

4.2.1 Algemeen

Om vast te stellen of de verzekerde voldoende keuzevrijheid heeft op de markt, is het van belang om te bepalen wat de verzekerde als alternatieven voor zorg door een bepaalde aanbieder ziet. De mate van concurrentie die de aanbieder ondervindt, is afhankelijk van deze alternatieven. De relevante markt is het gebied waarbinnen de concurrentie tussen aanbieders van gelijkwaardige producten plaatsvindt.³⁸ Op basis van deze definitie dient elke markt te worden opgesplitst naar de relevante geografische markt en de relevante productmarkt.

Om pragmatische redenen gaat dit visiedocument er vanuit dat de relevante markt voor zorg-in-natura gelijk is aan de functies per zorgkantoorregio, waarbij de functies persoonlijke verzorging en verpleging zullen worden gezien als behorende tot dezelfde relevante productmarkt. Hiermee sluit het document zoveel mogelijk aan bij de wettelijke aanspraken van verzekerden en de uitspraken van de NMa. De relevante productmarkt voor de PGB-houder beslaat net als voor de zorg-in-natura-cliënt alle zorg die aan zijn behoeften voldoet en binnen de gestelde indicatie valt. Het aanbod op deze markt wordt echter niet beperkt door toelatingen of contracten met het zorgkantoor. Uitgangspunt is dat voor de PGB-houders de relevante geografische markt lokaal/regionaal is.

Belangrijk is dat het gaat om een uitgangspunt voor het visiedocument en niet om een definitieve marktafbakening. Het is wenselijk om op korte termijn onderzoek te doen naar een goede afbakening van de relevante markt voor monitordoeleinden. Mocht de NZa in de toekomst op basis van de Wmg verplichtingen op willen leggen aan partijen, dan zullen

³⁸ Europese commissie, 'The definition of the relevant market for the purposes of Community competition law', gepubliceerd in het Official Journal: OJ C 372 op 9 december 1997.

CTG/ZAio en het CTZ de afbakening van de relevante markt in dat specifieke geval bovendien altijd eerst nader onderzoeken.

4.2.2 De markt voor zorg-in-natura

Relevante productmarkt

De relevante productmarkt bestaat uit alle goederen en/of diensten die de afnemer, op grond van hun kenmerken, prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd, als onderling verwisselbaar of substitueerbaar beschouwt. Er zijn twee factoren van invloed op de relevante productmarkt, namelijk:

1. de mate van vraagsubstitutie, en
2. de mate van aanbods substitutie.

Wanneer sprake is van veel vraag- en aanbods substitutie, is de de productmarkt breder af te bakenen en bevat deze meer (potentiële) concurrenten. De keuzemogelijkheden van de cliënt, en daarmee de kans dat concurrentie zich daadwerkelijk voordoet op de markt, zijn dus groter in een breder afgebakende markt.

Alle aanbieders van producten die in de ogen van de cliënt dezelfde behoefte vervullen, zijn in principe vraagsubstituten. Het aantal aanbieders waar de cliënt daadwerkelijk uit kan kiezen, wordt echter beperkt door een aantal factoren. In de extramurale AWBZ-zorg bepaalt de indicatiestelling door het CIZ binnen welke functie een cliënt zorgaanbieders kan kiezen. De toelating door het CVZ bepaalt welke aanbieders binnen een bepaalde functie zorg mogen leveren en derhalve tot de keuzemogelijkheden van het zorgkantoor behoren. De cliënt kan vervolgens kiezen tussen de aanbieders die toegelaten zijn tot de functie waarvoor hij geïndiceerd is én die gecontracteerd zijn door het zorgkantoor. Dit beperkt het aantal mogelijke vraagsubstituten wettelijk gezien tot de toegelaten, gecontracteerde aanbieders die binnen dezelfde functie zorg leveren.

Aanbods substituten zijn alle aanbieders die het product op korte termijn en zonder daar veel extra kosten voor te moeten maken, aan kunnen bieden. Voor aanbieders die binnen de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging zorg aanbieden (voornamelijk thuiszorgaanbieders), is het relatief gemakkelijk om een aanverwant product aan te bieden. Hiervoor is slechts toelating door het CVZ³⁹ en voldoende geschoold personeel nodig. In veel gevallen worden de genoemde functies dan ook reeds gecombineerd aangeboden. Dit zou erop kunnen wijzen dat aanbods substitutie al op grote schaal heeft plaatsgevonden en dat deze drie functies gezamenlijk één relevante productmarkt vormen. De NMa heeft in haar besluiten⁴⁰ aangegeven de functies persoonlijke verzorging en verpleging te zien als behorende tot dezelfde relevante productmarkt. Dit lijkt tevens te gelden voor aanbieders binnen de functies ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling. Aanbieders lijken dus niet alleen concurrentie te ondervinden van aanbieders die reeds binnen dezelfde functie actief zijn, maar ook van aanbieders die reeds aanpalende zorgproducten leveren.

³⁹ Zie hoofdstuk 4.4.3

⁴⁰ Zie het besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaak 4988/Oosterlengte – Thuiszorg Groningen – Sensire, alinea 21.

Hoewel er op dit moment wettelijk gezien geen onderscheid meer bestaat tussen de oude 'sectoren' binnen de extramurale AWBZ-zorg, lijkt dit in praktijk nog wel het geval te zijn. Er zijn signalen dat zowel aanbieders als cliënten van mening zijn dat niet alle zorg die binnen een bepaalde functie geleverd wordt, als substituuat kan worden gezien, maar dat er bijvoorbeeld verschil bestaat tussen verpleging voor ouderen en verpleging voor gehandicapten.⁴¹ Het is dus mogelijk dat de relevante markt in werkelijkheid smaller is dan de afbakening naar functies. Sinds de invoering van de functies in de AWBZ zijn er voor de aanbieders steeds meer mogelijkheden ontstaan om sectoroverstijgend hun zorg aan te bieden. Het is daarom denkbaar dat dit onderscheid op termijn zal vervagen. Het is dan ook waarschijnlijk dat ook de relevante productmarkt in de loop der tijd zal wijzigen.

Gelet op de wettelijke aanspraken van verzekerden, moet de markt waarschijnlijk worden afgebakend op het niveau van functies. Immers, een cliënt kan zijn zorg alleen afnemen bij aanbieders die zorg aanbieden in de functie waarvoor die cliënt geïndiceerd is. In werkelijkheid is de relevante markt wellicht groter of kleiner. Zo zijn er enerzijds signalen dat zowel cliënten, als aanbieders nog een onderscheid zien naar de oude sectoren, maar zijn er anderzijds ook signalen dat voor sommige zorg moeilijk is te bepalen binnen welke functie deze zorg hoort. Wanneer CTG/ZAio en het CTZ in de toekomst op basis van de Wmg wellicht in willen grijpen in de markt, zullen zij de productmarktafbakening altijd eerst nader onderzoeken. Uit pragmatisch oogpunt is er in dit visiedocument voor gekozen de productmarkt af te bakenen naar functies, waarbij de functies persoonlijke verzorging en verpleging zullen worden behandeld als behorende tot dezelfde productmarkt. Hiermee wordt zo veel mogelijk aangesloten bij de uitspraken van de NMa en de wettelijke vormgeving van de markt. Het is van belang nader onderzoek te doen naar de daadwerkelijke afbakening van de relevante productmarkt.

Relevante geografische markt

De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen ondernemingen goederen en/of diensten aanbieden en waarbinnen de concurrentievoorwaarden gelijkwaardig zijn en duidelijk afwijken van die van aangrenzende gebieden. De NMa oordeelt dat de geografische omvang van de zorgmarkt, bepaald wordt door de behoeften van de verzekerden.⁴²

In de extramurale AWBZ-zorg wordt het grootste deel van de zorg aan huis geleverd. Voor het bepalen van de relevante geografische markt speelt daarom de reisbereidheid van de aanbieder een grote rol. In het algemeen is het niet waarschijnlijk dat aanbieders zorg zullen aanbieden in gebieden waar zij geen grote cliëntenpopulatie hebben. Immers, de aanbieder moet dan hoge reiskosten maken en het is niet waarschijnlijk dat hij hiermee kan concurreren met de aanbieders die in die regio wel een grote cliëntenpopulatie hebben. De relevante geografische markt is vanuit het oogpunt van de aanbieders dus lokaal/regionaal afgebakend.

Voor de zorg die niet aan huis wordt geleverd, is de reisbereidheid van de cliënt van belang voor het afbakenen van de relevante geografische markt. Over het algemeen zijn cliënten bereid om verder te reizen indien zij daar voordelen mee kunnen behalen. Zorg-in-natura-

⁴¹ Zie ook het besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaak 4120/Verenigde Amstelhuizen-IJlanden, alinea 25.

⁴² Besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaaknummers 652 en 145 inzake 'Inkoop Samenwerkingsovereenkomst ziekenfondsen VGZ, OZ en CZ', alinea 48 tm. 50.

cliënten in de extramurale AWBZ-zorg ondervinden momenteel geen prijsprikkels om te kiezen voor een bepaalde aanbieder. Wel ervaren zij enig verschil in de geleverde kwaliteit. Het is echter erg moeilijk om voldoende informatie te verzamelen over de geleverde kwaliteit. Omdat de cliënten geen grote voordelen kunnen behalen wanneer zij verder reizen (of niet van deze voordelen op de hoogte zijn), is de reisbereidheid van de cliënten relatief klein. Het is derhalve waarschijnlijk dat de relevante geografische markt ook vanuit cliëntenperspectief lokaal/regionaal moet worden afgebakend.

Het is wenselijk nader onderzoek te doen naar de afbakening van de geografische markt in de extramurale AWBZ-zorg. Uit pragmatische overwegingen is er in dit visiedocument voor gekozen de relevante markt gelijk te stellen aan de zorgkantoorregio. Dit sluit aan bij de uitspraken van de NMa, die stelt dat de relevante geografische markt wellicht kleiner, maar zeker niet groter is dan de zorgkantoorregio.⁴³ Daarnaast geldt dat de zorginkoop- en de zorgverzekeringsmarkt voor de meeste partijen beperkt is tot de zorgkantoorregio. Immers, zowel verzekeren als zorgaanbieders zijn in principe aangewezen op het zorgkantoor dat actief is in hun vestigingsplaats.⁴⁴

4.2.3 De markt voor PGB-houders

De relevante productmarkt voor de PGB-houder beslaat net als bij de zorg-in-natura-consument alle zorg die voldoet aan zijn behoeften. Voor de PGB-houder wordt deze markt niet wettelijk afgebakend door alle aanbieders die zijn toegelaten tot een bepaalde functie en een contract hebben met het zorgkantoor. Ook andere aanbieders van bijvoorbeeld betaalde mantelzorg of zorg die niet officieel erkend wordt als AWBZ-zorg, kunnen de zorg leveren. Op de relevante productmarkt van de PGB-houders zijn dus meer concurrenten actief. Dit kan – wanneer het aandeel en de omvang van zorgconsumptie via PGB's toeneemt – een belangrijk effect hebben op de potentiële concurrentiedruk die de aanbieders ondervinden. Het is daarom wenselijk het aantal PGB-houders en de ontwikkeling hierin te monitoren.

Voor het afbakenen van de relevante geografische markt voor PGB-houders, is de reisbereidheid ook een factor van belang. Een belangrijk verschil met de zorg-in-natura-consument is dat de PGB-houder wel prijsprikkels ondervindt, hetgeen zijn reisbereidheid voor zorg die hij niet thuis ontvangt, kan vergroten. Voor de aanbieder van de zorg geldt net als bij de zorg-in-natura, dat zijn reisbereidheid beperkt is. Het is waarschijnlijk dat ook de relevante geografische markt voor PGB-houders lokaal/regionaal worden afgebakend. Het is wenselijk hier nader onderzoek naar te verrichten.

⁴³ Zie het besluit in de zaak 4295/Stichting Icare-Sensire-Thuiszorg Groningen, alinea 30.

⁴⁴ Zorgaanbieders zijn in principe gebonden aan het zorgkantoor in hun statutaire vestigingsplaats voor het sluiten van contracten (uitzonderingen daargelaten, zie hoofdstuk 6.6.1). Verzekeren is wel toegestaan om zorg te consumeren bij instellingen in andere zorgkantoorregio's, maar van deze mogelijkheid wordt nauwelijks gebruik gemaakt.

4.3 Huidige aanbod

4.3.1 Kenmerken van de markt

Voor een analyse van de extramurale AWBZ-zorg is het goed om eerst de huidige markt in kaart te brengen. De volgende tabel geeft globaal de extramurale omzetten per functie weer, evenals het aantal aanbieders dat in die functie actief is.⁴⁵ Aangezien de prestatie dagbesteding (zoals CTG/ZAio deze beschrijft) een moeilijk te splitsen combinatie is van de functies ondersteunende en activerende begeleiding, maar wel een aanzienlijk deel van de AWBZ-zorg zonder verblijf beslaat, is deze prestatie afzonderlijk opgenomen. Voor de schatting van het aantal aanbieders is gekeken naar het aantal productieafspraken (rekenstaten) dat is ingediend bij CTG/ZAio. Let wel, sommige aanbieders dienen gezamenlijk één rekenstaat in en sommige aanbieders hebben meer rekenstaten. Bovendien is de GGZ-zorg niet meegenomen.

	Percentage van de extramurale AWBZ-zorg	Omzet	Aantal aanbieders (rekenstaten)	Gemiddeld aantal aanbieders per zorgkantoorregio (>1% marktaandeel)
Huishoudelijke verzorging (HV)	20,6%	€ 923 mln	782	6
Persoonlijke verzorging (PV)	27,3%	€ 1.227 mln	902	9
Verpleging (VP)	17,3%	€ 776 mln	817	9
Ondersteunende begeleiding (OB)	8,8%	€ 394 mln	1091	13
Activerende begeleiding (AB)	3,0%	€ 135 mln	373	6
Behandeling (BH)	0,4%	€ 16 mln	212	5
Dagbesteding (voornamelijk OB en AB)	16,7%	€ 751 mln	265	
Overig	5,9%	€ 264 mln		
Totaal (excl. GGZ)	100%	€ 4.486 mln		

Tabel 5: Kerntellingen extramurale AWBZ-zorg naar functie (excl. GGZ-zorg, per december 2004, bron: CTG/ZAio)

Met de introductie van de functies is het onderscheid naar sectoren officieel verdwenen. Hoewel er signalen zijn dat steeds meer aanbieders in verschillende sectoren zorg aanbieden, is er nog steeds onderscheid zichtbaar tussen de verschillende sectoren. Dit onderscheid kan van belang zijn bij het voorspellen van de vraagontwikkelingen in de AWBZ. De volgende tabel geeft weer per sector hoe groot deze is en hoeveel aanbieders er actief in zijn.

		Percentage van de extramurale AWBZ-zorg	Omzet	Aantal aanbieders (rekenstaten)
V&V-sectoren	Thuiszorg	52%	€ 3.100 mln	232
	Verpleging	6%	€ 340 mln	238
	Verzorging	7%	€ 400 mln	673

⁴⁵ Zorg is hier aangemerkt als extramurale zorg indien er geen sprake is van de functie verblijf. Hieronder kan ook zorg vallen die in de officiële terminologie als semimurale zorg wordt aangemerkt.

Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg	16%	€ 963 mln	268
Geestelijke gezondheidszorg	Geestelijke gezondheidszorg	19%	€ 1.100 mln	159
Totaal		100%	€ 5.903 mln	1570

Tabel 6: Kerngetallen extramurale AWBZ-zorg naar sector (per december 2004, bron: CTG/ZAio)

De V&V-sectoren houden zich voornamelijk bezig met oudere cliënten. Als gevolg van de vergrijzing in de nabije toekomst en het feit dat, als gevolg van de steeds kleiner wordende gezinnen, ouderen steeds minder door hun eigen familie kunnen worden opgevangen, valt in deze sectoren waarschijnlijk een forse vraagstijging te verwachten. Voor de gehandicaptenzorg en de GGZ valt binnen de AWBZ in principe geen forse vraagstijging te verwachten. Het percentage gehandicapten is relatief stabiel, waardoor de vraag naar zorg ook redelijk gelijk zal blijven. Wel worden gehandicapten steeds ouder, waardoor er overlap ontstaat met de V&V-sectoren. De extramurale GGZ zal naar verwachting per 2007 overgaan naar de Zorgverzekeringswet in het tweede compartiment. De kosten van deze zorg zullen dan dus niet langer ten laste van de AWBZ komen.

4.3.2 Voldoende aanbod

Voor keuzemogelijkheden van de verzekerden en zorgkantoren is het van belang dat er voldoende aanbieders zijn op de markt om uit te kiezen. Daarnaast is het van belang dat er voldoende aanbod (zorgproductie) is. De verzekerde of het zorgkantoor kan immers pas overstappen wanneer de alternatieve aanbieders voldoende capaciteit hebben om de verzekerde ook daadwerkelijk zorg te bieden.

In principe is er voldoende aanbod als alle cliënten binnen een acceptabele tijd (bijvoorbeeld binnen de treeknorm⁴⁶) geholpen kunnen worden. Wachtlijsten kunnen dus een aanwijzing zijn dat er onvoldoende productiecapaciteit bestaat of dat aanbieders onvoldoende budget ontvangen om alle patiënten te helpen. Wachtlijsten kunnen echter ook veroorzaakt worden door inefficiëntie bij de aanbieders of het zorgkantoor.⁴⁷ In dat geval zijn de wachtlijsten (deels) op te lossen door efficiënter te werken.

Het bepalen van voldoende aanbod is extra moeilijk door problemen bij het vaststellen van de noodzakelijke hoeveelheid aanbod/noodzakelijke zorgvraag. Doordat cliënten niet direct geconfronteerd worden met de kosten van de zorg, is er voor hen een prikkel om meer zorg te consumeren dan zij gedaan zouden hebben wanneer zij zelf voor de kosten van de zorg zouden opdraaien. Dit wordt ook wel moral hazard genoemd. Dit probleem van overconsumptie hangt overigens niet specifiek samen met de zorg, maar komt voor in alle markten waarin sprake is van een verzekering. In de AWBZ is het CIZ ingesteld om te bepalen welke zorgconsumptie noodzakelijk is.

⁴⁶ De treeknorm is de maximale wachttijd die door de betrokken partijen aanvaardbaar wordt geacht. Afhankelijk van het soort zorg dat geconsumeerd wordt, geldt er een andere treeknorm.

⁴⁷ Uit verschillende in de AWBZ uitgevoerde benchmarkonderzoeken (zie voetnoten 49 en 50), komt naar voren dat de gemiddelde efficiëntie in de AWBZ rond de 85% ligt. Er zou dus nog ruimte kunnen zijn om de hoeveelheid geleverde zorg te vergroten met dezelfde inzet van middelen.

Ten slotte wil voldoende aanbod op de markt niet altijd zeggen dat er geen wachtlijsten kunnen bestaan bij individuele aanbieders. In theorie zou marktwerking ertoe moeten leiden dat wachtlijsten opgelost worden doordat patiënten die op een wachtlijst zouden komen te staan bij de ene aanbieder, zich wenden tot een aanbieder zonder wachtlijst. In de praktijk kunnen wachtlijsten toch ontstaan doordat de cliënt onvoldoende informatie bezit over de wachtlijsten bij bepaalde aanbieders en de alternatieven of doordat een cliënt bereid is langer te wachten voor een bepaalde zorgaanbieder. De tekstbox op pagina 94 geeft hiervan een voorbeeld. Het is dus moeilijk om in te schatten hoeveel zorg er daadwerkelijk nodig is, en hoeveel zorg de sector kan leveren. De vier grote brancheorganisaties in de AWBZ geven aan dat er in de extramurale AWBZ-zorg relatief weinig schaarste is.⁴⁸ Het is echter waarschijnlijk dat er per regio en per functie veel verschil bestaat in de mate waarin het aanbod voldoet aan de vraag. Het is daarom mogelijk dat er in bepaalde regio's wel schaarste is. Dit kan leiden tot een verminderde werking van de desbetreffende markt. Het is op dit moment nog niet mogelijk om uitspraken te doen over het al dan niet bestaan van schaarste op bepaalde deelmarkten. Wanneer het AWBZ-brede Zorgregistratiesysteem (AZR) overal goed is ingevoerd, zal de transparantie wellicht kunnen toenemen.

4.3.3 Keuzemogelijkheden

Behalve voldoende aanbod is ook het bestaan van voldoende keuzemogelijkheden voor de cliënt van belang. De zorgmarkt kan alleen optimaal werken, wanneer de aanbieders daadwerkelijk met elkaar concurreren om cliënten. Wanneer een aanbieder een groot marktaandeel heeft, bestaat de mogelijkheid dat hij hiermee de macht heeft om zich in zekere mate onafhankelijk van andere partijen te gedragen zonder daarbij buiten spel te komen staan. Of er werkelijk sprake is van een economische machtspositie is mede afhankelijk van de mate van concurrentie die de aanbieder ondervindt, bijvoorbeeld door potentiële toetreders. Wanneer de kans op nieuwe toetreders groot is, is een bestaande aanbieder vaak niet in staat zich onafhankelijk van andere partijen te gedragen. Indien er onvoldoende concurrentiekracht bestaat op de markt, kan een aanbieder marktmacht hebben en zo een goede werking van de markt frustreren. Op de zorginkoopmarkt is dit schadelijk omdat het zorgkantoor (als gevolg van de zorgplicht) niet om een grote aanbieder heen kan en de aanbieder dus zijn winst kan vergroten door zijn prijs te verhogen (tot maximaal het maximumtarief). Op de zorgverleningsmarkt leiden marktconcentraties tot beperkte keuzemogelijkheden van cliënten.

In de extramurale AWBZ-zorg zijn in de meeste regio's relatief veel aanbieders actief. Dit bevordert de keuzevrijheid van verzekerden en stimuleert daarmee marktwerking. Echter, in veel regio's is nog altijd sprake van een grote regionale aanbieder die zich mogelijk onafhankelijk van andere partijen zou kunnen gedragen. Ter illustratie is in dit document de grens gehanteerd van 50% marktaandeel voor het aanmerken van een partij als partij met marktmacht. In praktijk kan ook al sprake zijn van marktmacht bij een kleiner marktaandeel. Dit kan bijvoorbeeld wanneer een aanbieder een bepaald apparaat of netwerk in handen heeft, dat alle aanbieders nodig hebben om dat product te kunnen leveren, maar waar zij zelf moeilijk of niet aan kunnen komen. Omgekeerd kan het ook zo zijn dat een aanbieder met een

⁴⁸ "Contracteerbeleid. Handreiking bij contracteren in de AWBZ", november 2004, Arcares, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, p. 6

marktaandeel groter dan 50% toch geen marktmacht heeft. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer toetreding tot de markt erg gemakkelijk is.

Voor het meten van de concentratie op een markt zijn verschillende indicatoren te gebruiken. In de economische literatuur en de jurisprudentie van mededingingszaken zijn de meest gangbare maatstaven voor concentratie de concentratieratio (CR-ratio) en de Herfindahl-Hirschman Index (HHI).

De CR-ratio

De CR-ratio geeft het gezamenlijke marktaandeel van de grootste aanbieders weer. Zo geven de CR4-ratio en de CR2-ratio de gezamenlijke marktaandelen weer van respectievelijk de grootste vier en de grootste twee aanbieders. De CR1-ratio geeft het marktaandeel weer van de grootste aanbieder.

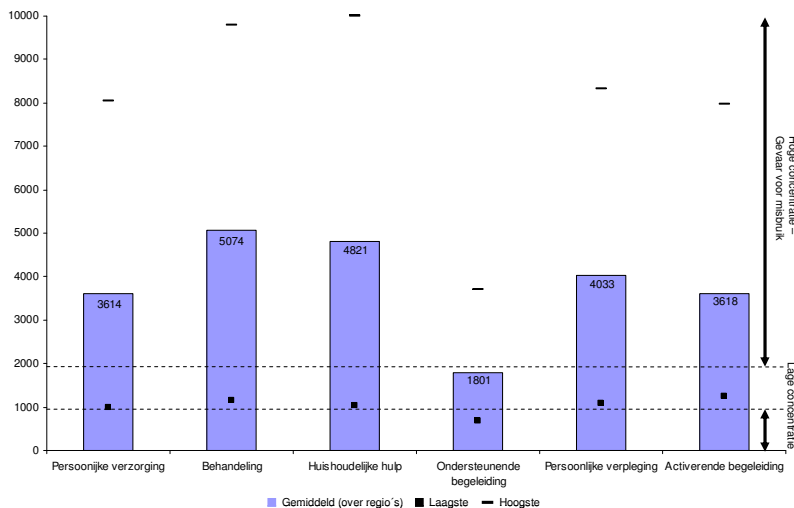
De HHI-index

De HHI is de som van de gekwadrateerde marktaandelen (in %) van alle aanbieders in de markt. De HHI varieert tussen 0 en 10.000, waarbij geldt dat de markt geconcentreerder is wanneer de HHI dichterbij 10.000 ligt (bij een HHI van 10.000 is er sprake van een monopolie ($100^2 = 10.000$)). De HHI geeft een genuanceerder beeld over concentratie dan de CR-ratio omdat de HHI ook iets zegt over de verdeling van de marktaandelen tussen aanbieders. Zo zegt bijvoorbeeld een CR4-ratio van 80% - de vier grootste aanbieders voorzien 80% van de markt – niets over de onderlinge verdeling tussen deze vier aanbieders, terwijl dit wel kenmerkend is voor de markt. Wanneer zij alle vier een marktaandeel van 20% hebben, hebben zij ieder afzonderlijk immers minder marktmacht, dan wanneer één aanbieder een marktaandeel van 70% heeft en de andere drie aanbieders gezamenlijk 10% marktaandeel hebben. De HHI laat in het laatste geval wel een aanzienlijk hogere waarde zien (meer concentratie), dan in het eerste geval. Een praktisch nadeel van de HHI is dat hiervoor de marktaandelen van alle aanbieders in de markt bekend moeten zijn.

Aangezien binnen de extramurale AWBZ-zorg de marktaandelen van alle aanbieders bekend zijn, hanteren CTG/ZAio en het CTZ in dit document de HHI-index als maatstaf voor de concentratie in de markt. Voor het beoordelen van de concentratie maken zij gebruik van de drempelwaarden die de Europese Commissie hanteert bij fusiecontrole.⁴⁹ Deze drempelwaarde varieert in concrete gevallen tussen de 1.000 en de 2.000. Hierbij geldt dat, wanneer de HHI boven deze drempels uitkomt, er een sterke concentratie bestaat en er gevaar bestaat dat een partij zich onafhankelijk van andere partijen kan gedragen. Overigens geeft de HHI slechts een indicatie van de positie van de aanbieders. De daadwerkelijke positie wordt tevens beïnvloed door andere factoren.

⁴⁹ Zie ook SEO, 'De afbakening van de relevante markt. Is de huidige benadering aan herziening toe?', 2002.

Figuur 4: Marktconcentraties per functie per zorgkantorregio



In 13 van de 32 zorgkantorregio's is sprake van een concentratie die de Europese Commissie als risico ziet uit oogpunt van marktwerking. In 28 van de 32 zorgkantorregio's vormt de concentratie bovendien een potentieel risico. Wanneer de relevante markt wordt opgesplitst naar functies, zijn er nog meer problemen zichtbaar (zie figuur 3). Er is dan in gemiddeld 23 zorgkantorregio's sprake van een HHI groter dan 2.000.

Figuur 3 illustreert de concentratie van individuele aanbieders. Door de vaak hechte samenwerkingsverbanden van aanbieders binnen een regio, kan de markt ook als geconcentreerd ervaren worden wanneer deze dat op basis van de bovenstaande HHI-indexen niet lijkt.

Hoewel het aantal aanbieders relatief groot is, bestaat er nog steeds een kans dat de keuzemogelijkheden van de cliënt belemmerd worden als gevolg van machtsconcentraties bij een bepaalde zorgaanbieder. De zorgkantoren kunnen de keuzemogelijkheden vergroten door verschillende zorgaanbieders te contracteren en nieuwe aanbieders een reële kans te geven toe te treden. Het hanteren van een transparant, objectief contracteerbeleid draagt hieraan bij.

Op basis van de Mededingingswet kan er momenteel onder andere worden ingegrepen wanneer een aanbieder met een economische machtspositie misbruik maakt van zijn positie en/of wanneer aanbieders binnen samenwerkingsverbanden onderlinge prijs- of marktverdelingsafspraken maken, ofwel een kartel vormen. Het lijkt niet noodzakelijk om op dit punt extra instrumenten te ontwikkelen. CTG/ZAIo en het CTZ zijn wel voornemens te monitoren op welke manier de concentratie op de markt zich ontwikkelt en welke invloed dit heeft op de keuzemogelijkheden van de cliënten. Mocht blijken dat de Mededingingswet toch niet volstaat voor deze sector in transitie, dan kunnen CTG/ZAIo en het CTZ aanvullende maatregelen overwegen. De Minister van VWS kan daartoe besluiten.

4.3.4 Fusies

Behalve bestaande concentraties op de markt, is het ook van belang om te bekijken of er redenen zijn om aan te nemen dat in bepaalde regio's concentraties gaan ontstaan, bijvoorbeeld als gevolg van fusies. In het recente verleden is er in de AWBZ een duidelijke fusietrend te zien geweest.⁵⁰ Fusies versterken de mate van concentratie in de AWBZ en hebben daarmee tevens effect op de keuzemogelijkheden van de consument, de mogelijkheden voor marktwerking en de kans op misdragingen. Bij fusies wordt meestal een onderscheid gemaakt tussen horizontale fusies tussen partijen die hetzelfde product aanbieden en verticale fusies tussen partijen die verschillende producten aanbieden.

Horizontale fusies

Twee van de belangrijkste redenen voor fusies (of concentraties) tussen aanbieders van hetzelfde product zijn het vergroten van efficiëntie en het creëren of vergroten van marktmacht.

Fusies kunnen leiden tot een verbetering van de efficiëntie, wanneer er bijvoorbeeld sprake is van schaal- of scopevoordelen.⁵¹ Ook kunnen zij leiden tot een betere interne organisatie van de zorg, waardoor cliënten sneller in het juiste bed terecht komen. Fusies tussen aanbieders om efficiëntieredenen zijn meestal gewenst. Marktwerking zorgt ervoor dat dergelijke fusies vanzelf ontstaan doordat aanbieders steeds op zoek zijn naar mogelijkheden om efficiënter te produceren en zo concurrentievoordelen te behalen.

Een andere reden voor aanbieders om te fuseren, is het vergroten van hun marktmacht. Dit kan een reactie zijn op de onzekerheid die bestaat bij aanbieders omtrent de toekomstige ontwikkelingen op de markt en de gedachte dat een grotere organisatie bij dergelijke ontwikkelingen minder kwetsbaar is. Een machtspositie kan er echter ook toe leiden dat een aanbieder die producten met een slechte prijs-kwaliteitverhouding aanbiedt of onredelijke contractvoorwaarden stelt, op de markt kan blijven. Als gevolg van zijn zorgplicht kan het zorgkantoor niet om een grote aanbieder heen wanneer hij voldoende zorg in wil kopen. Deze aanbieder heeft daardoor marktmacht ten opzichte van zorginkopers, andere zorgaanbieders en verzekeren. Fusies die tot doel hebben de onderliggende aanbieders meer macht te geven, zijn veelal ongewenst, omdat zij kunnen leiden tot hogere kosten, een lagere kwaliteit, minder keuzevrijheid voor de verzekeren en minder concurrentie op de markt.

De NMa merkt in haar visiedocument AWBZ-zorgmarkten⁵² op dat er in de AWBZ reeds sprake is van een sterke concentratie van het aanbod, vooral in de intramurale AWBZ. Verdere schaalvergroting door fusies is daarnaast een waarneembare trend. Hoewel er voor het aanbieden van bepaalde vormen van zorg (zoals een zorgpost in een dunbevolkt gebied) enige schaal nodig lijkt te zijn,⁵³ lijkt efficiëntiestijging niet de belangrijkste reden voor het aangaan van fusies binnen de extramurale AWBZ, vooral wanneer deze fusies plaatsvinden tussen

⁵⁰ Zie onder andere de Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004, Den Haag, p. 27 en de zorgatlas van RIVM (www.zorgatlas.nl)

⁵¹ Binnen de extramurale AWBZ lijken er vooral schaalvoordelen te bestaan bij het aanbieden van 24-uurs zorg en met betrekking tot administratie, kwaliteitssystemen en ICT. In paragraaf 4.6.2 wordt nader ingegaan op schaalvoordelen in de extramurale AWBZ.

⁵² De Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004, Den Haag, alinea 79.

⁵³ Zie paragraaf 4.6 voor een beschrijving van de mogelijke schaalvoordelen binnen de extramurale AWBZ-zorg.

reeds zeer grote aanbieders. CTG/ZAio en het CTZ zijn daarom van mening dat bij de beoordeling van fusies een zeer grote voorzichtigheid dient te worden betracht en dat de NMa deze niet te snel moet toestaan.

Wanneer een horizontale concentratie leidt tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie, kan de NMa een dergelijke concentratie op grond van de Mededingingswet verbieden. Hierbij geldt dat de NMa alleen uitspraken kan doen over de effecten van een voorgenomen concentratie indien bepaalde omzetrempels aan de orde zijn. In de extramurale AWBZ-zorg is dit, zoals in hoofdstuk 3 al aangegeven, op dit moment vaak niet het geval. Het is dus mogelijk dat bepaalde mededingingsbeperkende concentraties plaatsvinden, zonder dat de NMa hierover een oordeel kan vellen.

In het verleden werd een concentratie, wanneer hierdoor een machtspositie ontstond of werd versterkt die tot gevolg had dat de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze werd belemmerd, altijd verboden, ongeacht welke positieve effecten deze concentratie met zich bracht. Echter, sinds kort kan een vergroting van de efficiëntie wellicht een reden zijn voor de NMa om een concentratie toe te staan, ondanks dat hierdoor een machtspositie ontstaat of wordt versterkt. Dit wordt ook wel efficiëntieverweer genoemd en is het gevolg van wijzigingen in de Europese mededingingswetgeving.⁵⁴ Voorwaarde is dat de efficiëntiestijging niet op een andere manier kan worden behaald, verifieerbaar is en dat de voordelen (deels) doorgegeven worden aan de gebruiker.

Verticale fusies

Een belangrijk doel van fusies tussen verschillende aanbieders in een zorgketen is meer coördinatie tussen onafhankelijke beslissers. De gefuseerde aanbieders nemen de consequenties van hun beleid voor de andere partij mee in hun beslissingen. Daarnaast komt de beslissingsbevoegdheid nu bij de best geïnformeerde partijen te liggen en wordt overmatig overleg voorkomen. De belangrijkste nadelen van verticale integratie zijn beperking van de keuzevrijheid van de cliënt (automatische doorverwijzing naar een aanverwante aanbieder) en een sterke machtspositie voor de betrokken partijen. Dit kan een goede werking van de markt belemmeren.

In de extramurale AWBZ-zorg is de kans op verticale integratie tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor klein. Het is de uitvoeringsorganen verboden om zelf diensten of zaken te leveren die tot de AWBZ-verstrekkingen horen, met uitzondering van het in gebruik geven van medische hulpmiddelen.⁵⁵ Ook mogen zij niet bestuurlijk en/of financieel deelnemen in een zorgverlenende instelling. Het CVZ kan een generieke vrijstelling en in bijzondere gevallen ontheffing verlenen, wanneer daartoe een verzoek wordt ingediend. Een van de criteria voor ontheffing is het bestaan van financiële risico's voor de uitvoerder. De zorgkantoren in de

⁵⁴ De wijziging in de Mededingingswet die efficiëntieverweer formeel moet verankeren, ligt op dit moment nog voor aan het parlement. Op Europees niveau is efficiëntieverweer echter al wel geformaliseerd. De NMa is dan ook van mening dat zij efficiëntieverweer reeds kan meenemen wanneer daar in een specifieke zaak sprake van lijkt te zijn (zie het besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaak 4988/Oosterlengte – Thuiszorg Groningen – Sensire, alinea 87 en 88).

⁵⁵ Art. 41, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ zijn echter niet risicodragend voor de kosten van de zorginkoop. Er zijn derhalve nog nooit ontheffingen verleend in de AWBZ.

Verticale fusies tussen zorgaanbieders in de AWBZ en zorgaanbieders in andere delen van de zorg, ofwel ketenzorg, zijn wel een veel voorkomend fenomeen. Er bestaat in Nederland een aantal 'zorggroepen' waarbinnen verschillende takken van zorg worden geleverd. In de meeste gevallen is er sprake van een koepel waarbinnen één of meer ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgaanbieders en zorgcentra zorg leveren.

Verticale fusies tussen verschillende zorgaanbieders leiden in veel gevallen tot een verbetering van de onderlinge coördinatie. Hierdoor komt de cliënt vaak sneller in het juiste bed terecht en kan bovendien worden voorkomen dat cliënten onnodig in een intramurale instelling verblijven. Verticale fusies hoeven geen probleem te vormen wanneer er verschillende ketens zijn waaruit de cliënt kan kiezen. De cliënt neemt bij zijn keuze voor bijvoorbeeld een bepaald ziekenhuis dan mee dat deze keuze impliceert dat hij ook van een bepaalde thuiszorgaanbieder thuiszorg zal ontvangen en kiest voor het beste totaalpakket. Echter, wanneer één van de betrokken partijen een machtspositie bezit, bijvoorbeeld een ziekenhuis dat de enige is in een bepaalde regio, kan verticale integratie ertoe leiden dat de machtspositie wordt uitgestrekt naar een andere markt. Vaak wordt de cliënt direct doorverwezen naar de gelieerde instelling en is hij niet op de hoogte van het feit dat hij kan kiezen. Bovendien is toetreding tot de markt voor nieuwe aanbieders moeilijk omdat zij moeilijker cliënten kunnen werven. Verticale integratie met als doel het uitstrekken van een machtspositie kan de werking van de markt sterk beperken.

Verticale integratie kent zowel positieve als negatieve aspecten. Wanneer aanbieders voornemens zijn een verticale concentratie aan te gaan, toetst de NMa (mits de omzetsdrempels voor concentratiecontrole worden bereikt, hetgeen in de extramurale AWBZ-zorg vaak niet het geval is) op basis van de Mededingingswet of deze concentratie al dan niet leidt tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie. Hiermee is het risico dat een verticale integratie negatieve gevolgen heeft, op voorhand beperkt. Wel achten CTG/ZAio en het CTZ het van belang de concentraties op de markt nauwlettend in de gaten te houden. Wanneer CTG/ZAio van mening is dat een voorgenomen concentratie leidt tot een beperking van de mededinging op de markt, kan CTG/ZAio hierover een zienswijze uitbrengen aan de NMa.⁵⁶ Evenals voor horizontale concentraties geldt dat partijen ook voor verticale concentraties een efficiëntieverweer kunnen aanvoeren wanneer een voorgenomen concentratie weliswaar de mededinging beperkt, maar ook grote efficiëntievoordelen met zich meebrengt. Ook op dit punt kunnen CTG/ZAio en het CTZ de NMa adviseren op basis van sectorspecifieke kennis.

⁵⁶ In het samenwerkingsprotocol dat CTG/ZAio, het CTZ en de NMa hebben afgesloten, is geregeld dat CTG/Zaio en CTZ indien gewenst zienswijzen kunnen uitbrengen inzake voorgenomen concentraties.

4.4 Mogelijkheden voor toetreding

4.4.1 Algemeen

Wanneer een aanbieder een groot marktaandeel heeft op een bepaalde markt, wil dat niet automatisch zeggen dat hij deze positie ook kan misbruiken. Wanneer de kans op nieuwe toetreders groot is, is de kans dat de aanbieder zich als gevolg van zijn positie op de markt onafhankelijk van andere aanbieders kan gedragen klein. Immers, wanneer een aanbieder grote voordelen behaalt op een bepaalde markt, is het zeer waarschijnlijk dat er nieuwe aanbieders tot deze markt toe zullen treden. De markt straft onwenselijk gedrag dus af.

Een aantal factoren bepaalt de mogelijkheden tot toetreding. Ten eerste kan toetreding worden belemmerd doordat er voordelen te behalen zijn door het op grote schaal of in een bepaalde combinatie aanbieden van een bepaald product. Een aanbieder die deze schaal of productcombinatie niet kent, zal waarschijnlijk moeilijk kunnen toetreden tot een dergelijke markt. Zie paragraaf 4.4.2. Daarnaast kunnen ook allerlei andere economische en juridische barrières toetreding belemmeren. Deze komen aan bod in paragraaf 4.4.3. Ten slotte wordt in paragraaf 4.4.4 gekeken naar de huidige toetreding tot de markt.

4.4.2 Schaal- en scopevoordelen

In het voorgaande is steeds gesteld dat voor het bereiken van de optimale uitkomsten tegen zo laag mogelijke kosten een markt met veel aanbieders die met elkaar concurreren optimaal is. Soms is het echter voordeliger wanneer slechts één of enkele grote aanbieders alle zorg leveren. Dit is het geval wanneer er sprake is van schaal- en/of scopevoordelen. Schaal- en scopevoordelen hebben invloed op het aantal partijen dat in de markt actief is en daarmee op de mogelijkheden voor marktwerking. Zij kunnen zowel betrekking hebben op de prijs, als op de kwaliteit van de producten.

Schaalvoordelen

Er is sprake van schaalvoordelen als de kosten per product dalen, de kwaliteit stijgt, of wanneer er meer geproduceerd wordt tegen dezelfde kosten. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer sprake is van hoge vaste kosten.⁵⁷ Het toetreden van nieuwe aanbieders leidt dan tot een verhoging van de kosten per product, en daarmee van de totale kosten van de zorg. Tevens kan een kleine aanbieder door schaalvoordelen moeilijker een markt betreden, doordat hij niet kan concurreren met een grote aanbieder die veel lagere gemiddelde kosten per product heeft.

Uit in de AWBZ uitgevoerde benchmarkonderzoeken⁵⁸ komt naar voren dat kleinere en middelgrote aanbieders de zorg vaak efficiënter en goedkoper kunnen leveren dan grote aanbieders, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Opgemerkt wordt dat het onderzoek

⁵⁷ Vaste kosten zijn kosten die niet variëren naarmate de productiehoeveelheid verandert. Slechts bij zeer grote veranderingen in de productie kunnen de vaste kosten veranderen. Hier valt bijvoorbeeld te denken aan gebouwen of apparatuur.

⁵⁸ PricewaterhouseCoopers en NIVEL, 'Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau' maart 2002, p. 38 en Sociaal Cultureel Planbureau, 'Verstandig verzorgd. Een empirisch onderzoek naar de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten' april 2001, p. 60-61.

in de gehandicaptensector middelgrote aanbieders als schaalneutraal ziet, hetgeen duidt op enige schaalvoordelen. Het gaat daarbij echter om de kapitaalintensievere intramurale zorg. Het valt te verwachten dat deze voordelen in de extramurale zorg kleiner zijn.

Grofweg bestaan er twee soorten schaalvoordelen in de extramurale AWBZ-zorg: schaalvoordelen met betrekking tot het leveren van zorg en schaalvoordelen met betrekking tot de interne organisatie. CTG/ZAio en het CTZ zijn van mening dat deze schaalvoordelen weliswaar aanwezig zijn, maar dat zij effectieve toetreding niet lijken te belemmeren.

Schaalvoordelen met betrekking tot een goede interne organisatie, zijn vooral voordelen op het gebied van ICT, marketing, administratieve verantwoording en de invoering van kwaliteitssystemen. Een grote aanbieder kan dergelijke kosten over een veel grotere productie spreiden, en heeft derhalve lagere kosten per product dan kleine aanbieders. Ook is het voor een grote aanbieder vaak gemakkelijker om ziekte of vakanties onder de werknemers op te vangen.

Ook met betrekking tot de levering van de zorg zelf lijken er schaalvoordelen te bestaan. Dit is met name het geval met betrekking tot de functie verpleging. Voor het kostendekkend aanbieden van bijvoorbeeld 24-uurszorg en acute zorgverlening lijkt een bepaalde hoeveelheid verzekerden binnen een bepaald gebied noodzakelijk. Partijen geven aan dat dit effect met name het gevolg is van de huidige bekostigingsstructuur. De maximumbeleidsregelwaarde is namelijk gericht op cliënten met een gemiddelde zorgzwaarte, terwijl bepaalde soorten zorg, zoals 24-uurszorg, vooral geleverd worden aan de moeilijkere cliënten. Wanneer een zorgaanbieder een grote groep cliënten heeft, onder wie tevens gemakkelijke cliënten, kan hij deze zorg wel leveren. Een betere bekostiging voor deze soorten zorg achten zij wenselijk. Hier wordt in paragraaf 6.8 nader op ingegaan.

Een ander schaalvoordeel heeft betrekking op het leveren van zorg aan huis. Deze zorg is vaak goedkoper te leveren naarmate de cliënten van een zorgaanbieder dicht bij elkaar wonen. Dit is vooral het geval wanneer het gaat om kortdurende huisbezoeken. Hiervoor is het niet noodzakelijk dat een zorgaanbieder groot is, maar wel dat de cliënten van de zorgaanbieder regionaal geclusterd zijn. Deze schaalvoordelen lijken echter geen belemmering te vormen voor een goede werking van de markt.

Ten slotte lijken er schaalvoordelen te bestaan ten aanzien van innovatie. Innoveren kost relatief veel tijd en geld. Bovendien brengen innovaties risico mee. Een grote aanbieder is vaak beter in staat deze risico's en kosten te dragen dan een kleine aanbieder. Immers, het aandeel van de kosten in zijn totale budget is veel kleiner. In het verleden was het voor een grote aanbieder tevens veel gemakkelijker zorgvernieuwingsgelden binnen te halen.⁵⁹ Derhalve lijken er ook schaalvoordelen te bestaan met betrekking tot innovaties.

⁵⁹ In het verleden konden aanbieders die wilden innoveren, hiervoor extra budget afspreken (zogenoemde zorgvernieuwingsgelden). Dit budget kon worden afgesproken met het zorgkantoor en bedroeg maximaal 3% van het budget van de aanbieder in dat jaar. Grote zorgaanbieders kunnen daarbij, als gevolg van het feit dat zij meer budget ontvangen, tevens meer innovatiegelden verkrijgen. Voor grote aanbieders was het derhalve veel eenvoudiger om aan zorgvernieuwing te doen dan voor kleine aanbieders.

Hoewel niet met zekerheid is vast te stellen hoe groot de bovengenoemde schaalvoordelen precies zijn, lijken deze voordelen niet zodanig te zijn dat er bij de optimale schaalgrootte te weinig aanbieders over zijn op de markt voor effectieve concurrentie. Het tarief dat grote aanbieders afspreken met het zorgkantoor blijkt niet significant lager te zijn dan het tarief dat de kleine aanbieders afspreken. Dit kan deels het gevolg zijn van het feit dat de grote aanbieders vaak complexere zorg aanbieden en meer innoveren. Echter, het is tevens een teken dat de schaalvoordelen in deze markt niet dermate groot zijn dat kleine aanbieders op deze markt niet kunnen bestaan. Vooral nog gaan CTG/ZAio en het CTZ er daarom vanuit dat de schaalvoordelen op deze markt niet zodanig zijn dat zij een goede werking van de markt belemmeren.

Scopevoordelen

Scopevoordelen, of diversificatie-effecten, doen zich voor wanneer de gezamenlijke productie van een aantal verschillende producten, goedkoper of kwalitatief beter is dan de afzonderlijke productie daarvan. Scopevoordelen maken het gunstig voor een aanbieder om een breed pakket van diensten aan te bieden, terwijl bij afwezigheid van scopevoordelen, specialisatie meer voordelen kan bieden. Ook scopevoordelen kunnen het een nieuwe aanbieder lastig maken om toe te treden, wanneer deze nieuwe aanbieder slechts één product aanbiedt, terwijl de bestaande aanbieder een breed aanbod heeft. De nieuwe aanbieder kan dan nooit dezelfde prijs vragen als de bestaande aanbieder.

Het is moeilijk te bepalen in welke mate scopevoordelen een rol spelen in de extramurale AWBZ-zorg. Uit een benchmarkonderzoek in de thuiszorg⁶⁰ kwam naar voren dat zorgaanbieders bepaalde combinaties van extramurale functies vaker doelmatig produceren dan andere combinaties. Dit zou kunnen duiden op scopevoordelen. Aanbieders met een gemengde productie zijn echter niet altijd efficiënter dan gespecialiseerde aanbieders. Een eenduidige lijn is hier derhalve niet te trekken. In de gehandicaptensector lijkt specialisatie voor ernstig gehandicapten voordeel op te leveren. Voor de matig en licht gehandicapten lijken er wel scopevoordelen te bestaan. Hoe groot deze voordelen zijn, en of zij leiden tot een mono- of oligopolie op de markt is echter niet bekend. Voor de sectoren verpleging en verzorging is geen onderzoek gedaan naar het bestaan van scopevoordelen.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat cliënten en zorgkantoren het prettig vinden wanneer zij verschillende soorten zorg van één aanbieder kunnen afnemen. Voor het zorgkantoor betekent dit dat het met één onderhandelingsronde veel zorg kan inkopen, ofwel lage beheerskosten. Voor de cliënt betekent het dat hij verschillende vormen van zorg ontvangt die onderling goed op elkaar zijn afgestemd, waardoor de kwaliteit van de zorgverlening kan stijgen. Overigens kunnen kleinere aanbieders die goed met elkaar afstemmen deze voordelen voor de cliënt ook bereiken.

Ten slotte kunnen er scopevoordelen bestaan tussen het gecombineerd aanbieden van intra- en extramurale zorg. Intramurale aanbieders beschikken vaak al over de nodige infrastructuur en kunnen daardoor goedkoper bijvoorbeeld 24-uurszorg of de beschikbaarheidsfunctie

⁶⁰ PricewaterhouseCoopers en NIVEL, 'Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau' maart 2002, p. 93-94.

leveren. Deze voordelen lijken er vooralsnog echter niet toe te leiden dat extramurale aanbieders door deze lagere tarieven uit de markt gedrukt worden.

Om de wenselijkheid van fusies vanuit efficiëntieoogpunt te kunnen beoordelen, is het noodzakelijk te monitoren in welke mate zich schaal- en scopevoordelen voordoen in de extramurale AWBZ-zorg.

4.4.3 Andere toetredingsdrempels

Behalve toetredingsdrempels als gevolg van schaal- en scopevoordelen, zijn er ook andere manieren waarop een goede werking van de markt kan worden belemmerd. Enerzijds kan dit het gevolg zijn van gedragingen van partijen met een dominante positie op de markt, zoals zorgkantoren en grote zorgaanbieders. Deze gedragingen worden in hoofdstuk 6 behandeld. Daarnaast kan toetreding moeilijk zijn als gevolg van drempels voor de afnemers van de zorg om over te stappen naar een bepaalde aanbieder. Ten slotte bestaan er nog een aantal andere toetredingsdrempels.

Kapitaalinvesteringen

Wanneer hoge investeringen nodig zijn om deel te kunnen nemen aan de markt, lopen aanbieders relatief veel risico. Dit kan een drempel kan opwerpen voor nieuwe toetreders. De alternatieve inzetbaarheid van investeringen heeft hierop veel invloed. Wanneer investeringen op veel manieren inzetbaar zijn, is het risico dat de aanbieder zijn investeringen niet meer terugverdient lager en de kans op nieuwe toetreders hoger.

Voor de extramurale AWBZ zijn in het algemeen minder investeringen vereist dan voor de intramurale zorg.⁶¹ Hierbij dient wel onderscheid gemaakt te worden tussen verschillende functies. Voor de functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging lijken relatief weinig investeringen vereist. Een deel van deze investeringen, zoals auto's en kantoorruimten, kent bovendien een grote alternatieve inzetbaarheid. Vereiste kapitaalinvesteringen lijken voor deze functies geen aanzienlijke toetredingsbarrière te vormen. Voor de functies ondersteunende- en activerende begeleiding en behandeling zijn meestal iets meer investeringen vereist. Deze activiteiten vinden vaak plaats in speciaal daarvoor ingerichte ruimten, die enige investeringen behelzen. Een deel van deze investeringen hangt bovendien sterk samen met de te leveren zorg, waardoor de terugverdienmogelijkheden beperkt zijn. Toetreding tot deze functies is derhalve moeilijker. Ten slotte zijn ook voor de functie verpleging investeringen vereist. Deze investeringen hebben vooral betrekking op het inrichten van 24-uurs zorg en beschikbaarheidszorg. Hiervoor zijn investeringen nodig zoals zorgposten en infrastructuur die deels een lage alternatieve inzetbaarheid kennen. Deze investeringen kunnen derhalve ook een drempel opwerpen voor nieuwe toetreders tot de functies verpleging. Er valt dus met name toetreding te verwachten op de functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging.

⁶¹ Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004, alinea 79 en 'Besluit 3827/lcare-De Trans', alinea 17.

Toelatingseisen

Voordat een aanbieder AWBZ-zorg mag aanbieden, heeft hij hiervoor toelating van het CVZ nodig. De eisen die worden gesteld voor toelating tot het leveren van extramurale AWBZ-functies zijn momenteel minimaal en vormen daarmee geen serieuze toetredingsdrempel. Wel kan de tijd die het kost om een toelating te verkrijgen, de toetreding van nieuwe aanbieders vertragen. Voor de zorgverlening aan PGB-houders bestaat geen toelatingseis.

Met de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), die de huidige Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) moet vervangen, trekt het Ministerie van VWS het uitgeven van toelatingen aan zorgaanbieders naar zich toe. Het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), dat onder toezicht van het Ministerie valt, zal dan de toelatingen afgeven. Het is vooralsnog onduidelijk of de toelatingseisen voor de zorgaanbieders ook zullen veranderen.

Naast een toelating van het CVZ moet een aanbieder die zorg wil leveren, ook voldoen aan de minimumkwaliteitseisen voor zorg, die de IGZ waarborgt. Hoewel deze eisen een drempel kunnen opwerpen voor nieuwe toetreders, en daarmee toetreding en marktwerking kunnen belemmeren, zijn kwaliteitseisen erg belangrijk om ervoor te zorgen dat cliënten over durven te stappen naar verschillende aanbieders. Immers, wanneer een cliënt overstapt naar een andere aanbieder, is hij altijd zeker van een bepaalde minimumkwaliteit. Dit verlaagt de overstapdrempels voor de cliënt en vergroot de kans op een goede werking van de markt. In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op deze en andere overstapdrempels.

Contacten

Voordat een aanbieder effectief tot een bepaalde regio kan toetreden, heeft hij behalve toelating en de benodigde faciliteiten ook contacten nodig in die regio. Zo is de aanbieder bijvoorbeeld afhankelijk van een contract met het zorgkantoor om zorg aan te mogen bieden. Daarnaast is het voor de aanbieder van belang voldoende contact met doorverwijzers en voldoende naamsbekendheid onder zijn potentiële cliënten te hebben. Deze contacten zijn nodig om voldoende cliënten te kunnen werven. Waar bestaande aanbieders deze contacten reeds hebben, moeten nieuwe aanbieders veel moeite doen om de benodigde contacten te leggen. Dit kan voor nieuwe aanbieders een aanzienlijke toetredingsbarrière opwerpen. Ook de NMA geeft aan dat het leggen van contacten niet eenvoudig is.⁶² Dit kan een belemmering betekenen voor toetreding op voldoende schaal.

Het AWBZ-breed Zorgregistratiesysteem

Voordat een nieuwe aanbieder een contract kan sluiten met het zorgkantoor, wordt geëist dat hij gebruik maakt van het AWBZ-breed Zorgregistratiesysteem (AZR). Reeds gecontracteerde aanbieders blijven veelal gecontracteerd en krijgen enige tijd om het AZR te implementeren. Hierdoor ontstaat een ongelijk speelveld en een drempel voor nieuwe toetreders. In het Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren wordt van de zorgkantoren geëist dat zij het gebruik van het AZR stimuleren. Een zorgkantoor kan hierdoor niet overstappen naar een nieuwe zorgaanbieder zonder het AZR, ook al zou een zorgkantoor dit om overige redenen wel

⁶² Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Besluit 4295/Stichting Icare-Sensire-Thuiszorg Groningen', alinea 50.

willen. Dit vormt een belangrijke toetredingsdrempel. Deze drempel neemt echter af wanneer nieuwe zorgaanbieders klaar zijn om met het AZR te werken.

4.4.4 Huidige toetreding

In de extramurale AWBZ komt relatief veel toetreding voor. Instellingen treden vooral toe als zij eerst als onderaannemer⁶³ met een grote organisatie samenwerken en vervolgens zelf contracten willen sluiten met het zorgkantoor. Ook instellingen die nu met name verblijfszorg aanbieden en zich meer extramuraal gaan profileren, zijn actieve toetreders. Bij deze laatste groep is met name sprake van een verschuiving van de productmix in de richting van meer extramurale zorg. Aanbieders lijken voornamelijk toe te treden tot de sectoren waarin zij al actief waren, zoals een verpleeghuis dat ook extramurale verpleging gaat aanbieden. Dit zou erop kunnen wijzen dat met name contacten met verwijzers en cliënten in een regio belangrijk zijn. De intramurale instellingen en de onderaannemers hebben deze contacten al, en kunnen derhalve gemakkelijker toetreden dan een geheel nieuwe aanbieder. Voor aanbieders die dergelijke contacten nog niet hebben, kan toetreding tot de regio moeilijk zijn. Het is daarom van belang te monitoren hoe belangrijk deze toetredingsbelemmering is in de extramurale AWBZ-zorg.

4.5 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

Wanneer wordt uitgegaan van een relevante markt in de extramurale AWBZ-zorg die gelijk is aan de functies per zorgkantoorregio en waarbij de functies verpleging en persoonlijke verzorging tot dezelfde relevante productmarkt worden gerekend, is in veel markten sprake van een sterk geconcentreerd aanbod. Dit kan de keuzevrijheid van cliënten sterk beperken. Bovendien zijn er in een dergelijke geconcentreerde markt weinig prikkels voor de aanbieders om efficiënt te werken en optimaal te voldoen aan de wensen van de consument.

Wanneer een aanbieder een groot marktaandeel heeft in een bepaalde markt, wil dat niet altijd zeggen dat deze aanbieder ook een machtspositie heeft. Of een aanbieder een machtspositie heeft en die kan gebruiken, is mede afhankelijk van de kans dat er nieuwe toetreders op de markt komen. In dit hoofdstuk is gebleken dat voornaamste toetredingsbelemmerende factoren zijn dat nieuwe aanbieders nog onvoldoende contacten hebben met cliënten en verwijzers in een bepaald gebied en dat zij vaak moeilijk in aanmerking kunnen komen voor een contract met het zorgkantoor. Daarnaast spelen ook de vereisten aan nieuwe aanbieders met betrekking tot het AZR een rol. Mede als gevolg hiervan vindt toetreding momenteel vooral plaats door aanbieders die reeds op andere gebieden in de regio actief waren. Uit de monitor zal moeten blijken of er voldoende toetreding (mogelijk) is om te voorkomen dat zittende dominante aanbieders misbruik maken van hun positie.

⁶³ Een onderaannemer is een organisatie die uit naam van een andere aanbieder zorg levert. Deze aanbieder heeft een toelating van het CVZ en maakt productieafspraken met het zorgkantoor.

Aanbevelingen

Uit de analyse van het aanbod binnen de extramurale AWBZ-zorg heeft CTG/ZAio enkele beleidsvoornemens geformuleerd. Daarnaast worden er enkele aanbevelingen aan de zorgkantoren gegeven.

Beleidsvoornemens CTG/ZAio

- vaststellen welke relevante marktafbakening juist is voor monitordoeleinden (§ 4.2);
- monitoren van het aantal PGB-houders en de ontwikkeling hierin (§ 4.2);
- monitoren van de keuzemogelijkheden van de consument door het meten van het aantal aanbieders en de hoeveelheid aanbod op de markt en de ontwikkeling daarvan (§ 4.3.2);
- monitoren in welke mate horizontale en verticale fusies effectieve concurrentie op de markt belemmeren (§ 4.3.4);
- monitoren van de mate waarin de toetreding belemmert wordt als gevolg van een gebrek aan cont(r)acten met verwijzers, cliënten en het zorgkantoor (§ 4.4.4).

Aanbevelingen aan de zorgkantoren

- creëren van meer keuzevrijheid voor de verzekerden door een groter aantal aanbieders te contracteren, wanneer dit een goede en doelmatige besteding van het budget niet in de weg staat (§ 4.3).

5. Overstapmogelijkheden

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 is het belang van voldoende aanbieders besproken. Daarnaast is het voor een goede marktwerking ook van belang dat de overstapkosten afnemers niet belemmeren om over te stappen en dat afnemers voldoende inzicht hebben in de prijs en de kwaliteit van de geleverde producten om een goede keuze te kunnen maken. Dit hoofdstuk zal daarom ingaan op de laatste twee criteria, de overstapkosten en de transparantie op de markt.

5.2 Overstapkosten

5.2.1 Algemeen

Algemeen worden overstapkosten gedefinieerd als:⁶⁴

"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."

De consument ervaart de kosten van een alternatief product als de prijs van het alternatieve product plus de kosten van het overstappen. De consument stapt pas over van zijn huidige naar een alternatieve aanbieder, als het prijsverschil zo groot is dat het de overstapkosten compenseert. Hoe hoger de overstapkosten zijn op een markt, hoe hoger de prijs die de huidige aanbieder kan vragen zonder afnemers te verliezen aan de alternatieve aanbieder. Overstapkosten geven de aanbieder dus een zekere mate van marktmacht, die hij vervolgens kan verzilveren in een hogere prijs en een beter bedrijfsresultaat.

Deze paragraaf gaat eerst in op de directe kosten van overstappen. Het gaat daarbij om kosten die ontstaan wanneer de vrager zelf besluit over te stappen naar een andere aanbieder. De belangrijkste directe overstapkosten per zorgmarkt komen aan de orde. Vervolgens komen de indirecte kosten aan bod. Dit zijn bijvoorbeeld overstapkosten die voor rekening komen van een andere partij dan de overstappende.

5.2.2 Directe overstapkosten

5.2.2.1 Algemeen

Er bestaan verschillende soorten directe overstapkosten. Op basis van een overzichtartikel van Klemperer⁶⁵ zijn er zeven soorten overstapkosten te onderscheiden:

⁶⁴ Eindrapport interdepartementale MDW-werkgroep Overstapkosten, 'Kosten noch moeite', 2003, p. 20.

⁶⁵ Klemperer, P., "Competition when consumers have switching costs: an overview with applications to industrial organisation, macroeconomics, and international trade", Review of economic studies, 62, 1995.

1. Kosten van het zoeken naar informatie over alternatieve aanbieders
Voor het bevorderen van concurrentie op de markt is de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van betrouwbare en vergelijkbare informatie cruciaal. Afnemers zullen pas overstappen naar een concurrerende aanbieder indien zij voldoende informatie hebben over de prijs en de kwaliteit van de alternatieve aanbieders. Onvoldoende informatie resulteert in marktmacht voor de aanbieders, die geen echte dreiging ondervinden van de aanwezigheid van concurrenten. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in hoge prijzen.
2. Onzekerheid over de kwaliteit bij een overstap
Onzekerheid over en onbekendheid met de kwaliteit van het alternatieve aanbod in vergelijking tot het huidige aanbod werpen een overstapbarrière op. Hoe groter de onzekerheid en onbekendheid zijn, hoe langer de vrager bij de huidige aanbieder blijft 'plakken' uit vrees dat hij bij de alternatieve aanbieder slechter af is.
3. Compatibiliteitseisen als kosten
Compatibiliteitskosten zijn bijkomende kosten die de overstappende partij moet maken om bijvoorbeeld systemen of netwerken met elkaar te laten communiceren.
4. Administratieve kosten van een overstap
Voor verschillende overstappen worden administratie- of transactiekosten in rekening gebracht. Aanbieders zullen de instapkosten proberen te minimaliseren en naar achter te 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.
5. Overstapkosten als gevolg van contractuele bepalingen
Een zorgaanbieder die verschillende producten aanbiedt, kan gebruik maken van koppelverkoop. Dit is een contractuele bepaling die stelt dat bepaalde (zeer gewilde) producten niet gekocht kunnen worden, zonder bepaalde andere (minder gewilde) producten gelijktijdig aan te schaffen. Dit is met name interessant voor aanbieders die voor één product veel marktmacht hebben. Deze kan zo zijn machtspositie op de ene markt uitstrekken naar andere markten. Zo kan een aanbieder desgewenst zijn multi-productkarakter behouden.

Daarnaast kunnen overstapkosten voortkomen uit contractuele bepalingen over investeringen in kwaliteit, efficiëntie of doelmatigheid. Hierbij is de levering van bepaalde producten voor een bepaalde periode contractueel vastgelegd, als garantie om de desbetreffende investeringen terug te kunnen verdienen (afnamegarantie) of om te voorkomen dat de baten van de investering wegvloeien naar derden (leveringsgarantie).

6. Overstapkosten als gevolg van klantenbinding

De binding tussen de aanbieder en de vrager veroorzaakt in veel gevallen overstapkosten. Wanneer de vrager overstapt naar een andere aanbieder, vervallen de voordelen (de waarde) die hij in de loop der tijd heeft opgebouwd. Een voorbeeld zijn kosten van het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een nieuwe aanbieder.

7. Overstapkosten als gevolg van wet- en regelgeving

Ook vigerende wet- en regelgeving kan leiden tot overstapkosten. De wet- en regelgeving die relevant is voor de extramurale AWBZ, staat in hoofdstuk 3. Doorgaans ondervinden alle aanbieders evenveel hinder van deze wet- en regelgeving.

Onderstaande paragrafen bespreken de overstapkosten die bestaan voor de verschillende partijen in de zorg. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de markt voor zorg-in-natura en de markt voor PGB-houders. Daar is voor gekozen omdat de partijen op deze markten andere informatiebehoeften en een andere invulling van deze behoeften kennen.

Van belang is hierbij op te merken dat voor de cliënt zorg-in-natura en PGB ook substituten zijn, en dat de cliënt derhalve eerst behoefte heeft aan voldoende informatie over de mogelijkheden om te kiezen voor een PGB of zorg-in-natura. Het is de taak van het zorgkantoor om de cliënt van deze informatie te voorzien. Het is onduidelijk of zorgkantoren hiertoe voldoende prikkels ondervinden. Enerzijds brengen PGB-houders extra administratieve lasten met zich voor het zorgkantoor. Dit zorgt voor hogere beheerskosten voor het zorgkantoor. Anderzijds komen de kosten voor een PGB niet voor rekening van de contracteerruimte van het zorgkantoor, terwijl dat bij zorg-in-natura wel zo is. Het is dus aannemelijk dat de prikkels die het zorgkantoor ondervindt om de cliënt in te lichten over de mogelijkheid van een PGB, toenemen naarmate er minder contracteerruimte beschikbaar is.

5.2.2.2 Zorginkoopmarkt voor zorg-in-natura

Ad. 1) Voor het zorgkantoor is zowel informatie over de prijs, als informatie over de kwaliteit van belang. Om deze informatie boven tafel te krijgen, hanteren de zorgkantoren selectiecriteria bij het contracteren van zorg.⁶⁶ Nog niet gecontracteerde zorgaanbieders ondervinden een sterke prikkel om aan het zorgkantoor aan te tonen dat zij aan de gestelde criteria voldoen. Dit verhoogt immers hun kans op het verkrijgen van een contract. Hierbij is het van belang dat er voldoende aanbieders zijn, zodat de aanbieders daadwerkelijk moeten concurreren om een contract. Reeds gecontracteerde aanbieders hebben vaak reeds lange tijd een contract met het zorgkantoor. Omdat dergelijke contracten niet van de ene op de andere dag kunnen worden opgezegd, zijn deze aanbieders op de korte termijn (circa één jaar) vrij zeker van een contract. De prikkels om goede informatie te verstrekken aan zorgkantoren, kunnen hierdoor verzwakken. Wel ondervinden de zorgaanbieders die momenteel niet voldoende informatie aanleveren, hiervan reputatieschade. Deze verkleint hun kans op een contract in een volgende

⁶⁶ CTZ-onderzoek Zorginkoop zorgkantoren, publicatie juli 2005

periode. Daarnaast ontdekken zorgkantoren steeds meer de mogelijkheden van voordeliger contractering, wat hen in staat stelt druk uit te oefenen op deze zorgaanbieders. Momenteel ervaart het zorgkantoor dus *enige kosten* als gevolg van het zoeken van informatie over met name de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze kosten zullen waarschijnlijk verminderen naarmate de markt meer concurrerend wordt en de aanbieders meer prikkels ondervinden om voldoende informatie aan te leveren. Wel kunnen de zorgkantoren dan nog enige kosten ondervinden voor het verifiëren van informatie. Zorgaanbieders hebben namelijk een prikkel om de zaken mooier voor te doen dan zij zijn, omdat dit hun kans op het verkrijgen van een contract vergroot. Hiervoor kan het zorgkantoor bijvoorbeeld gebruik maken van cliënttevredenheidsonderzoek of de materiële controle combineren met een kwaliteitscontrole.

Ad. 2) De kwaliteit van zorgaanbod in het verleden geeft een signaal over de te verwachten kwaliteit in de toekomst. Onbekendheid met nieuwe aanbieders zorgt voor *overstapkosten* naar deze aanbieders. Als gevolg van de minimumkwaliteitseisen van de IGZ, zijn afnemers er zeker van dat de kwaliteit van de ingekochte zorg in ieder geval aan het minimum voldoet. Informatie over de variatie in kwaliteit boven het minimum is echter onvoldoende beschikbaar, hetgeen leidt tot overstapkosten.

In de consultatie is aangegeven dat deze overstapkosten lager zijn indien een aanbieder is aangesloten bij een brancheorganisatie die zich inspant om (verschillen in) kwaliteit inzichtelijk te maken, zoals door de 'Benchmark thuiszorg'. Echter, de overstapkosten naar een niet bij een brancheorganisatie aangesloten zorgaanbieder nemen niet af. Respondenten hebben aangegeven dat kleine zorgaanbieders zich moeilijk bij belangenverenigingen, zoals brancheorganisaties, kunnen aansluiten, en dus minder gemakkelijk de door hen geleverde kwaliteit inzichtelijk kunnen maken. Het is voor deze aanbieders derhalve moeilijker afnemers over te halen om over te stappen. Daarom is het voor het bevorderen van marktwerking van belang om te monitoren of hierdoor een ongelijk speelveld tussen grote en kleine zorgaanbieders bestaat (of ontstaat).

Ad. 3) Zoals eerder al gemeld stellen zorgkantoren aan nieuw te contracteren zorgaanbieders andere eisen met betrekking tot het gebruik van het AZR dan aan reeds gecontracteerde zorgaanbieders. Reeds gecontracteerde aanbieders blijven veelal gecontracteerd en krijgen enige tijd om het AZR te implementeren, terwijl nieuwe aanbieders alleen een contract krijgen wanneer zij het AZR reeds geïmplementeerd hebben. Dit gedrag van zorgkantoren is het gevolg van het Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren. Het Convenant eist dat zorgkantoren het gebruik van het AZR stimuleren. Dit vormt een belangrijke overstapdrempel. Deze drempel neemt echter af wanneer nieuwe zorgaanbieders klaar zijn om met het AZR te werken.

Ad. 4) Er zijn geen aanwijzingen dat administratieve kosten een overstapdrempel vormen.

Ad. 5) Er kunnen op verschillende manieren overstapkosten ontstaan als gevolg van contractuele bepalingen. Zo konden zorgaanbieders en zorgkantoren tot voor kort afspraken maken over zorgvernieuwingsgelden. Deze investeringen verminderen in waarde wanneer de overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder niet wordt verlengd. Dit kan een overstapdrempel betekenen voor een zorgkantoor. Echter, omdat het zorgkantoor niet zomaar investeert in een bepaald project, is het niet waarschijnlijk dat het zorgkantoor een dergelijk contract op korte termijn op zal willen zeggen. Bovendien wordt de mogelijkheid om zorgvernieuwingsgelden toe te kennen per 2006 geheel afgeschaft (voor 2005 zijn er nog zorgvernieuwingsgelden mogelijk voor de GGZ). Het is derhalve niet waarschijnlijk dat gedane investeringen daadwerkelijk een overstapdrempel vormen. Andere contractuele bepalingen die de overstapkosten kunnen verhogen, zoals koppelverkoop en langetermijncontracten, worden in § 6.8 behandeld.

Ad. 6) Hoewel zorgkantoren de mogelijkheden van selectief contracteren blijken te verkennen, lijken er nog steeds historische relaties te bestaan tussen zorgkantoren en 'oude' zorgaanbieders. Deze relaties zijn grotendeels te verklaren doordat de zorgkantoren beter geïnformeerd zijn over het aanbod van deze 'oude' relaties. Dergelijke relaties kunnen enige overstapkosten veroorzaken.

5.2.2.3 Zorgverleningsmarkt voor zorg-in-natura

Voor een goede werking van de markt in de extramurale AWBZ is het van belang dat niet alleen de inkoper (het zorgkantoor) maar ook de gebruiker van de zorg kan overstappen indien een bepaalde aanbieder beter aan zijn wensen kan voldoen dan de huidige aanbieder. Hierbij is het van belang op te merken dat de perceptie van de cliënt over de overstapkosten veel invloed heeft op het feitelijke overstappen. Het is daarom van belang dat de cliënt goed geïnformeerd is over zijn mogelijkheden en over de werkelijke gevolgen van een overstap.

Ad. 1) De natura-cliënt heeft vooral behoefte aan informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en over de kwaliteit en levertijd van de te verlenen zorg. Deze informatie krijgen cliënten veelal via mond-tot-mond reclame van bijvoorbeeld andere cliënten, een huisarts of een behandelend arts in een ziekenhuis of het CIZ. Deze informatie is veelal gebaseerd op eigen ervaring met bepaalde zorgaanbieders, en daardoor niet altijd compleet, juist en objectief. Hierdoor kan voor cliënten een grote drempel ontstaan om over te stappen naar een aanbieder die bijvoorbeeld nieuw is en waarmee nog niemand ervaring heeft opgedaan.

Deels krijgen cliënten ook informatie over het gecontracteerde zorgaanbod via het zorgkantoor.^{67 68} Zorgkantoren gebruiken hiervoor onder andere websites. Deze informatie betreft met name de wachttijden (indien die er zijn) en de gecontracteerde aanbieders. Op grond van het convenant taken en beheerskosten van zorgkantoren behoort het verstrekken

⁶⁷ Zie paragraaf 3.2.3

⁶⁸ College toezicht zorgverzekeringen, 'Zorginkoop zorgkantoren', juli 2005, p.5-9.

van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod, de wachtlijsten, de verschillende mogelijkheden voor het verkrijgen van zorg of zelf doen regelen van zorg tot de taak van het zorgkantoor.

Ad. 2) Zorg is een ervaringsgoed, waarover de cliënt pas na consumptie een goed kwaliteitsoordeel kan vellen. Vaak kunnen cliënten de onzekerheid over de kwaliteit bij een overstap verkleinen door middel van informatie van bijvoorbeeld andere cliënten (zie ad. 1). Uit de consultatie is gebleken dat nieuwe zorgaanbieders problemen ervaren doordat zij nog weinig naamsbekendheid hebben. Dit speelt een *overstapkostenverhogende* rol voor de cliënt. Zorgaanbieders kunnen de overstapkosten zelf verlagen door zorginhoudelijke kwaliteit inzichtelijk te maken voor potentiële cliënten: rechtstreeks of via andere partijen in de markt zoals brancheorganisaties. Daarnaast kunnen ook de minimumkwaliteitseisen die de IGZ stelt aan aanbieders van zorg, helpen bij het verlagen van de overstapkosten.

De zorginhoudelijke kwaliteit wordt vooralsnog weinig inzichtelijk gemaakt door zorgkantoren. Kosten als gevolg van een gebrek aan kwaliteitsinformatie lijken daardoor te leiden tot aanzienlijke *overstapkosten* voor de cliënt. Zorgkantoren moeten hun informatieverstrekking op dit punt sterk gaan verbeteren om een goede keuze tussen zorgaanbieders mogelijk te maken en zo de overstapkosten te verlagen⁶⁹.

Ad. 3, 4 en 5) Zorgkantoren rekenen af met de zorgaanbieders en nemen daarbij alle relevante kosten voor hun rekening. Zorgaanbieders mogen geen extra kosten in rekening brengen bij verzekerden. Ook de eigen bijdrage die de verzekerden moeten betalen, verandert niet wanneer zij voor een andere zorgaanbieder kiezen. De verzekerde ondervindt dus geen administratieve of contractuele belemmeringen om over te stappen naar een andere aanbieder. Ook compatibiliteitseisen vormen hier *geen noemenswaardige overstapdrempel*.

Ad. 6) Vooral wanneer er een ruim aanbod van zorg is, zullen zorgaanbieders hun best doen om de overstapkosten te verhogen door de cliënt aan zich te binden. Er lijken enige overstapkosten te bestaan als gevolg van het feit dat cliënten vaak een vertrouwensrelatie hebben met de zorgverleners. Aanbieders proberen cliënten soms ook op andere manieren aan zich te binden. Hierbij valt te denken aan een zorgpas, waarmee de zorgontvangers korting ontvangen op andere diensten buiten de zorg, zoals de kapper of de wasserette. Klantenbinding lijkt derhalve enige overstapkosten op te werpen.

5.2.2.4 PGB

Ad. 1) De PGB-houder heeft voor een goede keuze tussen zorgaanbieders behoefte aan informatie over de prijs, de kwaliteit en de wachtlijst van zorgaanbieders. Wederom geldt hier dat de zorgaanbieders er baat bij hebben om de PGB-houder hierover te informeren en zo meer

⁶⁹ De voorlichtingstaak van een zorgkantoor is ook in artikel 3 van het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren als prioriteit aangemerkt.

cliënten te trekken. In de praktijk zijn bemiddelingsorganisaties ontstaan die de zoekkosten reduceren.⁷⁰ Uiteraard moeten de activiteiten van het bemiddelingsbureau uit deze reductie bekostigd worden, maar daartoe mag de PGB-houder zijn budget aanwenden. Daarnaast kan de cliënt gebruik maken van initiatieven van bijvoorbeeld zorgkantoren of belangenverenigingen van cliënten die informatie over de kwaliteit van zorg bundelen en zo toegankelijk maken, en van informatie die hij krijgt van andere cliënten (mond-tot-mond-reclame). Desalniettemin kan het gebrek aan informatie over de *kwaliteit* van alternatieve aanbieders voor een PGB-houder nog steeds een *overstapdrempel* vormen.

Ad. 2) Ook voor de PGB-houder is zorg een ervaringsgoed en kan onzekerheid over de kwaliteit van een alternatieve aanbieder een *overstapdrempel* opwerpen.

Ad. 3) Kosten als gevolg van het compatibel maken van systemen vormen voor PGB-houders *geen overstapdrempel*.

Ad. 4) Voor alle aanbieders die zorg leveren aan PGB-houders, gelden prestatiebeschrijvingen waarvan zij niet mogen afwijken. Administratiekosten mogen derhalve ook hier officieel niet in rekening worden gebracht. Desalniettemin hebben PGB-houders te maken met dergelijke *kosten*,⁷¹ zoals kosten voor een intakegesprek of voor het opstellen van een nieuw zorgplan. Wel hebben zorgaanbieders een prikkel om elkaar te beconcurreren op dergelijke kosten om zo cliënten aan te trekken. Omdat de PGB-houder deze kosten uit het PGB mag betalen, is de overstapbelemmering laag.

Ad. 5) Zorgaanbieders hebben geen zorgplicht jegens PGB-houdende cliënten. Koppelverkoop en andere contractuele bepalingen zijn daardoor mogelijk. Een zorgaanbieder zou een PGB-houdende cliënt verliesgevende geïndiceerde zorgverlening alleen in combinatie met andere winstgevende zorg kunnen bieden. Of koppelverkoop waarschijnlijk is, hangt af van de marktmacht van de aanbieder. Omdat PGB-houders ook gebruik kunnen maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, is de kans dat zorgaanbieders koppelverkoop (kunnen) toepassen klein. Contractuele bepalingen hoeven derhalve *niet* te leiden tot grote *overstapdrempels* voor de PGB-houders.

Ad. 6) Klantenbinding zal zeer waarschijnlijk, net als voor zorg-in-natura-cliënten, op de PGB-houders van toepassing zijn. Ook hier valt te denken aan klantenbinding als gevolg van een vertrouwensrelatie met een bepaalde zorgverlener en aan de inzet van zorgpassen en dergelijke. Klantenbinding vormt dus een *overstapdrempel* voor PGB-houders.

De onderstaande tabel geeft samenvattend de invloed van de verschillende overstapkosten op het switchgedrag van afnemers weer.

⁷⁰ College voor zorgverzekeringen, 'Kernmonitor PGB nieuwe stijl', Diemen, 2004, p. 27.

⁷¹ Ibid. p. 26: Het Ministerie van VWS verstaat onder 'bemiddeling' het tot stand brengen van een zorgovereenkomst en de organisatie van de zorgverlening. Dit kunnen kosten zijn die doorgaans onder 'administratie' vallen. Het beheren en verantwoorden van het PGB valt niet onder het begrip 'bemiddeling'.

Overstapkosten veroorzaakt door	Voor zorgkantoor	Voor cliënt	Voor PGB-houder
1. zoeken naar informatie	Gemiddeld	Hoog	Hoog
2. onzekerheid kwaliteit overstap	Hoog	Hoog	Hoog
3. compatibiliteitseisen	Gemiddeld	Laag	Laag
4. administratie	Laag	Laag	Laag
5. contractuele bepalingen	Gemiddeld	Laag	Laag
6. klantenbinding	Gemiddeld	Gemiddeld	Gemiddeld

Tabel 7: Overzicht overstapkosten binnen de extramurale AWBZ-zorg

5.2.3 Indirecte overstapkosten

Naast de directe overstapkosten die ontstaan wanneer de vrager zelf besluit te switchen, bestaan er ook indirecte overstapkosten. Ook deze kosten zorgen ervoor dat het zorgkantoor minder snel over zal stappen en verminderen daarmee de concurrentie op de markt.

De mate waarin het zorgkantoor de consumenten kan doen overstappen naar een andere zorgaanbieder (ofwel kan 'sturen'), heeft veel invloed op zijn onderhandelingspositie.⁷² Naarmate een zorgkantoor zijn cliëntenstromen beter kan sturen, heeft het zorgkantoor een betere onderhandelingspositie en kan hij de zorgaanbieders beter dwingen tot doelmatigheidsafspraken.⁷³ Wanneer cliënten veel overstapkosten ervaren, zijn zij moeilijker te sturen, en daalt de onderhandelingsmacht van het zorgkantoor. Het zorgkantoor ondervindt dan dus hoge indirecte overstapkosten. Dit kan leiden tot een vermindering van de concurrentie op de markt en daarmee tot hogere prijzen en een lagere kwaliteit.

Reeds zorgconsumerende cliënten zijn meestal moeilijk te sturen. Het overstappen naar een andere aanbieder creëert relatief veel 'kosten' voor de cliënt, bijvoorbeeld als gevolg van het vervallen van de vertrouwensrelatie met een bepaalde aanbieder en onzekerheid over de kwaliteit van de alternatieve aanbieders. Een nieuw geïndiceerde cliënt zal in theorie gemakkelijker te sturen zijn; de keuze van een aanbieder is nog niet gebaseerd op eigen ervaringen en er is nog geen sprake van een (vertrouwens)relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder.⁷⁴

Naast kosten als gevolg van verlies van een onderhandelingspositie kan het zorgkantoor indirecte overstapkosten hebben wanneer verzekerden ontevreden zijn over het feit dat zij als het ware 'gedwongen' worden om over te stappen. Hoewel AWBZ-verzekerden niet van zorgkantoor kunnen wisselen, kan het imago van het zorgkantoor hierdoor beschadigd worden,

⁷² 'Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte', NYFER, 2004.

⁷³ Varkevisser, M., S.A. van der Geest, F.T. Schut, 'Concurrentie tussen Nederlandse Ziekenhuizen', Rotterdam, 2004, p. 74.

⁷⁴ Overigens is het van belang hier op te merken dat het goed mogelijk is dat alleen de dreiging om geen nieuwe cliënten meer binnen te krijgen voldoende prikkel kan zijn voor een aanbieder om daadwerkelijk te concurreren met andere aanbieders om de gunsten van het zorgkantoor.

hetgeen tevens doorwerkt op het imago van de concessiehoudende ziektekostenverzekeraar. Daarnaast bestaat de kans dat, wanneer de cliënten van het zorgkantoor ontevreden zijn, de uitvoeringsconcessie in gevaar komt. Over het algemeen lijken er dus *aanzienlijke indirecte overstapkosten* te bestaan, die overstappen voor het zorgkantoor bemoeilijken. Zorgkantoren kunnen hun indirecte overstapkosten verlagen door het voor cliënten gemakkelijker te maken over te stappen naar een andere aanbieder. Zo kan het zorgkantoren van de gecontracteerde zorgaanbieders eisen dat indien het contract wordt opgezegd, de aanbieder nog moet meewerken aan de overdracht van cliënten aan de nieuw gecontracteerde aanbieder.⁷⁵ Daarnaast kan het zorgkantoor bijvoorbeeld eisen dat zorgaanbieders het personeel van de niet-gecontracteerde aanbieders over nemen. Dit gebeurt bijvoorbeeld regelmatig bij aanbesteding in het openbaar vervoer. De cliënt houdt dan gewoon dezelfde zorgverlener wanneer andere aanbieders worden gecontracteerd, waarmee de cliënt minder hinder ondervindt van een dergelijke overstap.

5.3 Transparantie

Er bestaan relatief veel overstapdrempels in de extramurale AWBZ-zorg die een goede werking van de markt kunnen belemmeren. Immers, voldoende aanbieders alleen is niet genoeg voor concurrentie. Voor het verlagen van de overstapdrempels binnen de extramurale AWBZ-zorg is het met name van belang dat er voldoende transparantie is met betrekking tot de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg.

Concurrentie creëert prikkels voor meer transparantie. Immers, om de kans op het verkrijgen van een contract of van cliënten te vergroten, is het voor de zorgaanbieders van belang om aan te tonen dat zij kwalitatief goede en doelmatige zorg leveren (mits er geen sprake is van schaarste op de desbetreffende markt en het aantrekkelijk is voor aanbieders om een bepaalde groep cliënten te bedienen). Het opheffen van de contracteerplicht in de extramurale AWBZ-zorg zou de aanbieders dus voldoende moeten prikkelen om informatie te leveren aan de cliënt, de PGB-houder en/of het zorgkantoor. Het nemen van aanvullende maatregelen om de transparantie in de markt te vergroten, zou in principe dus niet nodig moeten zijn.

Uit de consultatie blijkt dat de omvang van de geleverde zorg binnen één AWBZ-functie sterk kan verschillen per aanbieder. Voor de cliënt is het niet altijd duidelijk hoeveel en welke zorg de verschillende aanbieders leveren. Zelfs voor zorgkantoren blijft het lastig om achteraf vast te stellen of de zorg terecht geleverd is, doordat de productieafspraken in brede functies worden opgesteld. Daarnaast is er vooral een gebrek aan goede informatie over de kwaliteit van de aangeboden zorg. Dit is onder meer het gevolg van een gebrek aan goede maatstaven om deze kwaliteit in kaart te brengen. Er worden momenteel op verschillende initiatieven ondernomen om meer transparantie in deze markt te introduceren. Hieronder komen deze kort aan de orde.

⁷⁵ Realizing the potential of home care: a review of the competitive bidding process used by Ontario's community care access centres to select providers of goods and services, 2005, www.ccacprocurementreview.on.ca

Transparant aanbod

Om ervoor te zorgen dat de afnemers (de cliënt, de PGB-houder en/of het zorgkantoor) meer inzicht krijgen in de geleverde zorg en de beschikbaarheid daarvan, wordt een aantal initiatieven ontplooid. Een branchevereniging van zorgaanbieders stimuleert het opstellen van een 'dienstencatalogus' door de zorgaanbieders. Die zal een beter inzicht moeten geven in de prestaties die de verschillende zorgaanbieders binnen één functie leveren. Een zorgkantoor heeft zelf een website ontwikkeld waarop AWBZ-cliënten of hun vertegenwoordigers kunnen vinden welke aanbieder de geïndiceerde zorg levert en welke zorg de verschillende aanbieders onder de aangeboden functies leveren. CTG/ZAio en het CTZ zien dit als positieve ontwikkelingen richting meer transparantie voor de afnemers. De inschatting is dat concurrentie op de markt voldoende prikkels zal geven voor het verder uitbouwen van deze en andere initiatieven, en zien nog geen noodzaak aanvullende instrumenten te ontwikkelen.

Transparante kwaliteit

De kwaliteit van zorg wordt op dit moment op een aantal manieren transparant gemaakt. Zo bestaat er een aantal kwaliteitsindicatoren, zoals ISO- en HKZ-certificering en de wet BIG, en wetgeving hieromtrent, zoals de Kwaliteitswet. Daarnaast is er vanuit de markt een aantal initiatieven opgestart om de transparantie in de markt te vergroten. In bijlage 2 is hiervan een overzicht opgenomen. Uit een consultatieonderzoek van het Nivel naar het kwaliteitsbeleid bij zestig zorgaanbieders,⁷⁶ blijken aanbieders zich bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vooral te richten op de interne bruikbaarheid daarvan en niet op de voorlichting aan externe partijen. Door de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren die gebaseerd zijn op resultaten (rond bijvoorbeeld de behaalde gezondheidswinst, het herstel) zou de kwaliteit van zorgaanbieders transparanter kunnen worden.

De overheid steunt een aantal initiatieven op het gebied van transparantie. Zo heeft het CVZ in 2004 de kwaliteitsbeoordeling in de sector verpleging en verzorging door de Stichting Cliënt en Kwaliteit gesubsidieerd. De kwaliteit van zorg in de sector verpleging en verzorging wordt hierbij beoordeeld vanuit het perspectief van cliënten en geschiedt ten behoeve van verbetering van de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van de cliënten. Daarnaast gaat in de toekomst ook het toezicht door de IGZ veranderen. Zij legt zich dan niet alleen meer toe op het controleren van de minimumkwaliteit, maar let ook op de variaties boven het minimum. Naar verwachting neemt dan de transparantie in de markt toe.

Voor een goede werking van de markt, is het niet alleen van belang dat er voldoende kwaliteitsindicatoren zijn, maar ook dat de zorgkantoren hier rekening mee houden bij het contracteren van zorg en kiezen voor de optimale prijs-kwaliteitverhouding. Het CVZ heeft hierover in het 'Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ' afspraken gemaakt met de zorgkantoren. Concreet houden deze afspraken in dat zorgkantoren drie gemaakte afspraken in hun zorginkoopbeleid opnemen, te weten:

- het hanteren van een werkend kwaliteitssysteem door de instelling;

⁷⁶ Zie: www.nivel.nl/pdf/transparantie-kwaliteit-zorg.pdf

- het uitvoeren van een cliëntenraadpleging door de instelling en het beschikbaar stellen van de uitkomsten aan het zorgkantoor;
- het maken van concrete, resultaatgerichte kwaliteitsafspraken over minimaal twee verbeterprojecten of zorginnovatieprojecten.

Hierbij is het van belang om op te merken dat enige standaardisatie in de kwaliteitsindicatoren noodzakelijk is om de vergelijkbaarheid van de verschillende aanbieders te waarborgen. Deze taak dient primair te worden opgepakt door de markt zelf, eventueel ondersteund door het Ministerie van VWS. Indien extra maatregelen nodig zijn, achten CTG/ZAio en het CTZ de IGZ hiervoor de aangewezen partij. CTG/ZAio en het CTZ zijn niet voornemens om zelf initiatieven te ondernemen om de transparantie over de prijs en de kwaliteit te vergroten.

5.4 Aandachtspunten bij transparantie

Hoewel transparantie op de markt van groot belang is voor het verlagen van de overstapkosten, bestaan er ook enkele ongunstige neveneffecten. Deze zijn grotendeels te ondervangen door hier in een vroeg stadium aandacht aan te besteden. Het is van belang dat het gevaar dat transparantie een goede werking van de markt belemmert, minder groot is wanneer deze transparantie uit de markt zelf tot stand komt, dan wanneer de overheid deze afdwingt.

Ongewenst strategisch gedrag zorgaanbieders

Een vaste set van kwaliteitsindicatoren leidt tot minder administratieve lasten voor zorgaanbieders. Wanneer een vaste set van kwaliteitsindicatoren transparant wordt gemaakt, bestaat er een risico dat aanbieders zich eenzijdig gaan richten op deze set. Om selectieve aandacht van aanbieders voor bepaalde kwaliteitsaspecten te voorkomen, is het van belang een deel van de indicatoren regelmatig te vernieuwen. Denk hierbij aan een systeem van een aantal reguliere onderwerpen dat steeds gemeten wordt en een aantal speciale aandachtspunten dat periodiek bepaald wordt op basis van signalen uit de markt.

Vergelijkbaarheid van de gegevens van verschillende aanbieders

Als de ene aanbieder op alle punten beter scoort dan een andere, is de keuze voor een cliënt of zorgkantoor gemakkelijk te maken. Maar het is veel reëler om te verwachten dat de ene aanbieder goed is in de ene zorgvorm, en de andere aanbieder in de andere zorgvorm. Wanneer een cliënt beide zorgvormen bij één aanbieder wil gebruiken (tijdefficiënt), of wanneer een zorgkantoor het liefst beide zorgvormen bij één aanbieder inkoopt (bijvoorbeeld wegens administratieve efficiëntie), ontstaat er een moeilijke afweging tussen twee, wellicht onvergelykbare, zorgvormen. Dit probleem valt op voorhand overigens moeilijk te ondervangen.

Misinterpretatie van de gegevens door gebruikers

Wanneer een zorgaanbieder slecht scoort op een deel van zijn aanbod, bestaat het gevaar dat hij in zijn geheel als slecht wordt beschouwd, terwijl zijn andere producten nog steeds van zeer goede kwaliteit kunnen zijn. Niemand is gebaat bij cliënten die in een paniecreactie van de ene naar de andere aanbieder overstappen, zonder rationele afweging van hun belangen. Daarom

moet informatie over de kwaliteit van zorg altijd goed gecheckt worden en op een verantwoorde, heldere en eenduidige manier worden gecommuniceerd.

Kartels

Het in stand houden van een kartel of een andere vorm van samenspanning, vergt van aanbieders effectieve handhaving. Dit blijkt in de praktijk vaak lastig, en is vaak een van oorzaken van de instabiliteit en de moeilijke handhaafbaarheid van kartels. Volledige en actuele informatie over prijzen en geproduceerde hoeveelheden van concurrenten en kartelleden kan een oplossing bieden voor dit 'detectieprobleem' en juist een middel zijn waarmee een kartel of samenspanning tussen aanbieders in stand wordt gehouden.⁷⁷ Het is daarom verstandig om enige mate van voorzichtigheid te betrachten in het streven naar verregaande transparantie, zeker daar waar het het uitwisselen van informatie over prijzen en hoeveelheden tussen aanbieders betreft. In § 6.4 wordt kartelvorming nader besproken.

5.5 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

Voor voldoende keuzevrijheid in de markt en voldoende prikkels voor de aanbieders om te voldoen aan de wensen van de verzekerden en een optimale prijs-kwaliteitverhouding te leveren, is het niet alleen van belang dat er voldoende aanbieders zijn en er voldoende aanbod is, maar ook dat de afnemers van de zorg gemakkelijk kunnen overstappen. Vooralsnog lijkt er in de extramurale AWBZ nog een aantal drempels te bestaan die dit overstappen belemmeren.

De zoekkosten en de onzekerheid over de kwaliteit van zorg vormen de grootste overstapdrempel. Hierdoor is het voor de cliënt (zorg in natura of PGB-houder) moeilijk om een zorgaanbieder te kiezen die het beste aan zijn wensen voldoet en is het voor het zorgkantoor moeilijk om zorg in te kopen tegen een optimale prijs-kwaliteitverhouding. Wel kunnen de minimumkwaliteitseisen die de IGZ stelt aan aanbieders van zorg de onzekerheid over de kwaliteit bij een overstap enigszins beperken. Naast het gebrek aan informatie speelt ook klantenbinding een rol. Cliënten (zorg-in-natura of PGB-houders) hebben vaak een vertrouwensrelatie met een zorgaanbieder die zij niet snel zullen opzeggen en zorgkantoren hebben al jarenlang met bepaalde aanbieders samengewerkt. Ten slotte kunnen ook compatibiliteitseisen overstappen door met name het zorgkantoor belemmeren. Als gevolg van deze drempels zullen het zorgkantoor, de zorg-in-natura-cliënten en de PGB-houders niet snel overstappen indien een andere aanbieder beter aan hun wensen voldoet. De prikkels voor aanbieders om een optimale prijs-kwaliteitverhouding te leveren en te voldoen aan de wensen van de verzekerden, zijn hierdoor vooralsnog beperkt.

Meer transparantie op de markt kan helpen de overstapdrempels in deze markt te verlagen. Meer concurrentie op de markt zorgt voor meer prikkels voor transparantie. Daarbij bestaat wel

⁷⁷ Er zijn voorbeelden uit de praktijk waar de toezichthouder actief transparantie nastreefde door het verzamelen en publiceren van prijzen van producten op het niveau van de individuele aanbieders met als doel het bevorderen van concurrentie en lagere prijzen. Enkele aanbieders in de desbetreffende sector echter gebruikten deze informatie als vehikel om samenspanning in stand te houden, waardoor prijzen juist stegen. Zie ook Church. J. en R. Ware (2000), 'Industrial Organization. A strategic approach', McGraw-Hill Publishers.

het risico dat gebruikers de geleverde informatie verkeerd interpreteren of dat er bijvoorbeeld kartelafspraken worden ondersteund. CTG/ZAio en het CTZ zullen daarom terughoudend optreden bij het openbaar maken van informatie. Zij laten dit in eerste instantie aan de markt zelf, de IGZ en het Ministerie van VWS over.

Aanbevelingen

Uit de analyse van de overstapdrempels en de transparantie binnen de extramurale AWBZ-zorg hebben CTG/ZAio en het CTZ enkele beleidsvoornemens geformuleerd. Daarnaast worden er enkele aanbevelingen voor VWS, de IGZ en de zorgkantoren gegeven.

Beleidsvoornemens CTG/ZAio

- monitoren of er een ongelijk speelveld ontstaat tussen kleine en grote aanbieders als gevolg van de mogelijkheden om lid te worden van een brancheorganisatie (§ 5.2.2.2);
- voorkomen dat aanbieders zich te eenzijdig richten op de gemeten indicatoren door periodiek speciale onderwerpen te volgen (§ 5.4).

Beleidsvoornemens CTZ

- ad hoc onderzoek naar de mate waarin zorgkantoren cliënten van voldoende informatie voorzien om een goede keuze te kunnen maken tussen de gecontracteerde aanbieders (§ 5.2.2.3).

Aanbevelingen aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- ondersteunen van de zoektocht naar informatie van de cliënt en de PGB-houder door het ondersteunen van landelijk geregelde informatieplatformen, waarop informatie over prijs- en kwaliteit beschikbaar is (§ 5.3).

Aanbevelingen aan de IGZ

- verder uitvoering geven aan het voornemen om niet alleen te kijken of een aanbieder voldoet aan de minimumkwaliteitseisen, maar ook de relatieve kwaliteit ten opzichte van andere aanbieders te beoordelen (§ 5.3);
- zo nodig standaardiseren van kwaliteitsindicatoren indien zorgkantoren hier onvoldoende in slagen (§ 5.3).

Aanbevelingen aan de zorgkantoren

- stimuleren van de informatie-uitwisseling tussen cliënten en het gebruik maken van cliëntoordelen bij het (her)contracteren van aanbieders (§ 5.2.1);
- verbeteren van de informatieverstrekking over de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg om een goede keuze tussen zorgaanbieders door de cliënt mogelijk te maken (§ 5.2.2.3);

- stimuleren van de aanbieders om kwaliteit te leveren door hier bij het contracteren rekening mee te houden en consequenties te verbinden aan het niet voldoen aan de gemaakte afspraken (§ 5.3);
- stimuleren van de aanbieders om gestandaardiseerde en vergelijkbare kwaliteitsindicatoren te hanteren (§ 5.3).

6. Anti-competitieve gedragingen

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk belicht gedragingen van zorgaanbieders en zorgkantoren in de extramurale AWBZ-zorg die de mededinging kunnen beperken. Het gaat daarbij met name om gedragingen die onwenselijk zijn met het oog op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Het hoofdstuk gaat zowel in op gedragingen die wél, als gedragingen die niet onder de Mededingingswet vallen.

De betaalbaarheid in de extramurale AWBZ-zorg wordt vooralsnog gewaarborgd door het bestaan van (maximum)tarieven. Hierdoor zijn ook de mogelijkheden tot misbruik van marktmacht door partijen beperkt. Echter, het bestaan van de (maximum)tarieven zorgt wel voor een ander probleem. Het verstoort de prijsprikkel van de aanbieders namelijk. De prijs kan bijvoorbeeld ook niet om legitieme redenen stijgen, zoals wegens een gewenste stijging van de kwaliteit, hoge kosten als gevolg van moeilijk behandelbare cliënten of schaarste in de markt. In een goed functionerende markt leidt schaarste (bijvoorbeeld als gevolg van een financieel onaantrekkelijke groep cliënten) tot een hogere prijs voor dat product, waardoor het voor aanbieders aantrekkelijker wordt om dat product aan te bieden. Gevolg hiervan is dat er uiteindelijk geen onaantrekkelijke doelgroepen of producten meer bestaan. Een maximumtarief zorgt ervoor dat de prijs de markt niet kan volgen, waardoor schaarste, wachtlijsten en onaantrekkelijke doelgroepen of regio's kunnen blijven bestaan.

Centraal staat in dit hoofdstuk de vraag of de zorgaanbieders of de zorgkantoren een economische machtspositie bezitten die zij in hun eigen voordeel zouden kunnen misbruiken.⁷⁸ Ook gaat het in op de voor- en nadelen van onderlinge samenwerking tussen de zorgaanbieders en zorgkantoren, en het effect van concurrentie op deze samenwerking.

6.2 Excessieve prijzen

Er is sprake van excessieve prijzen 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.⁷⁹ Het buitensporige karakter van een tarief zou bijvoorbeeld objectief kunnen worden vastgesteld door de verkoopprijs van het product te vergelijken met de kostprijs, ofwel door de winstmarge te bekijken.⁸⁰ Wanneer deze marge zowel in absolute zin, als in verhouding met bijvoorbeeld de marges op eenzelfde product in een andere, meer concurrerende, geografische markt of in

⁷⁸ Hierbij moet worden opgemerkt dat een economische machtspositie ook het gevolg kan zijn van bestaande regelgeving en van economische kenmerken die onlosmakelijk aan de desbetreffende markt verbonden zijn.

⁷⁹ Zie het arrest van het Europese Hof van Justitie van 14 februari 1978, *United Brands vs Europese Commissie*, zaaknummer 27/76, Jur. 1978,207.

⁸⁰ Andere maatstaven om een excessieve prijs te signaleren zijn de Internal Rate of Return (IRR) of het rendement op geïnvesteerd vermogen (Return on invested capital (RIOC)). De keuze voor een winstmaatstaf hangt af van specifieke kenmerken van de sector, zoals de mate van kapitaalintensiteit. De extramurale AWBZ-zorg kent een relatief lage kapitaalintensiteit. Er wordt daarom vooralsnog aangenomen dat de winstmarge de beste maatstaf is voor het signaleren van excessieve prijzen.

vergelijking met de marges op andere, vergelijkbare producten zeer hoog te noemen is, kan het desbetreffende tarief als excessief worden getypeerd.

Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg

In de extramurale AWBZ-zorg is de kans dat een aanbieder een excessieve prijs in rekening brengt klein. Er is hier immers sprake van een maximumtarief. Derhalve hebben CTG/ZAio en het CTZ besloten om voor de extramurale AWBZ-zorg geen aanvullende beleidsregels te ontwikkelen ten aanzien van te hoge tarieven. Wanneer wordt besloten om de tarieven in de extramurale AWBZ vrij te geven, achten CTG/ZAio en het CTZ het nuttig om deze beslissing te heroverwegen.

6.3 Roofprijzen

Het doel van concurrentie in de AWBZ is het vergroten van de keuzemogelijkheden van de cliënten, het bevorderen van de doelmatigheid van de aanbieders en het verhogen van de prijs-kwaliteitverhouding. Een lage prijs geldt vaak als een wenselijke uitkomst hiervan. Het credo is dan 'hoe lager, hoe beter'. Toch zijn er situaties denkbaar, waarbij het in ieders belang is dat de prijzen niet té laag zijn. Wanneer een aanbieder met een machtspositie bepaalde goederen of diensten zeer goedkoop, dat wil zeggen onder de kostprijs, aanbiedt, met als doel nieuwe toetreders van de markt te weren en concurrentie te frustreren, kan er sprake zijn van roofprijzen.

Hoewel de strategie van roofprijzen op de korte termijn tot verliezen leidt, kunnen de (extra) winsten op lange termijn deze verliezen overtreffen. Hiervoor moet een aanbieder wel in staat zijn om zijn prijzen of zijn afzet op de lange termijn te verheffen tot boven competitief niveau (recoupment).⁸¹ Daarnaast moet het voor concurrenten niet duidelijk zijn dat een aanbieder roofprijzen hanteert. Immers, wanneer de concurrent weet dat een aanbieder roofprijzen hanteert en dat niet eeuwig kan volhouden, zal zijn toekomstige winstverwachting er wellicht voor zorgen dat hij op de markt blijft. Roofprijzen zijn vooral aantrekkelijk als het voor de aanbieder moeilijk is concurrentie op andere manieren uit te schakelen. Wanneer de bestaande aanbieder zijn concurrent bijvoorbeeld eenvoudig kan overnemen, dan is dat vaak een winstgevender strategie.⁸²

⁸¹ Als de prijs of de afzet van de aanbieder met marktmacht, niet hoger is dan de prijs of de afzet die de aanbieder zou krijgen op een competitieve markt, kan de aanbieder geen extra winsten genereren door andere aanbieders uit de markt te drukken. Zijn langetermijnomzet blijft dan immers gelijk en te lage prijzen leiden alleen maar tot extra kosten. Wanneer de aanbieder met marktmacht de prijs of de afzet wel kan beïnvloeden, kan het hanteren van te lage prijzen een winstgevende strategie zijn.

⁸² Wanneer een aanbieder overgaat tot het hanteren van roofprijzen is hij zeker van een verlies op de korte termijn, terwijl het meestal onzeker is of er ook recoupment plaats kan vinden op langere termijn. Wanneer een aanbieder zijn concurrent bijvoorbeeld over neemt, dan moet hij hiervoor tevens investeringen plegen, maar daar staat tegenover dat hij daarvoor ook een onderneming (met een mogelijke winstverwachting) in zijn bezit krijgt. Pas wanneer een aanbieder zijn concurrenten echt niet op een andere manier kan elimineren, zal hij overgaan tot het (kostbare) roofprijzen.

Het Europese Mededingingsrecht veroordeelt misbruik van een economische machtspositie, waartoe onder meer rooftprijzen behoren. In het AKZO-arrest⁸³ is bepaald dat een onderneming misbruik maakt van haar economische machtspositie wanneer:

1. zij producten verkoopt tegen een prijs die beneden de gemiddelde totale kosten⁸⁴ ligt, met de intentie om hiermee haar concurrent uit te schakelen;
2. zij een prijs hanteert die beneden de variabele kosten ligt. De intentie van de onderneming hoeft in een dergelijk geval niet te worden aangetoond door de mededingingsautoriteit.

Ook de Nederlandse Mededingingswet verbiedt misbruik van een economische machtspositie, onder andere door middel van rooftprijzen. Het is echter niet eenvoudig om rooftprijzen te signaleren. Hier is een belangrijke rol weggelegd voor (indirecte) aanwijzingen. Zo kan gedacht worden aan het uitblijven van (succesvolle) toetreding op een markt die daar in principe voldoende mogelijkheden voor lijkt te bieden. Daarnaast kunnen partijen die menen dat rooftprijzen gehanteerd worden, hierover een formele klacht indienen bij de NMa.

Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg

In de extramurale AWBZ is het risico van rooftprijzen vooralsnog beperkt. Er is in de meeste regio's weliswaar een grote aanbieder actief, die te lage prijzen zou kunnen instellen, maar er bestaat een aantal factoren die dit risico beperken. De belangrijkste reden voor het instellen van rooftprijzen is het uit de markt drukken van concurrenten, zodat 'de rover' op de lange termijn een hogere afzet of hogere prijzen kan realiseren. In de extramurale AWBZ-zorg is het vanwege de bestaande maximumtarieven vrijwel uitgesloten om de tarieven op de lange termijn te verhogen tot boven competitief niveau. Wel kan een aanbieder als er weinig concurrenten zijn, een hoger volume afdwingen bij het zorgkantoor. Echter, het is niet waarschijnlijk dat de winsten die de aanbieder kan maken op dat extra volume, voldoende zijn om een strategie van rooftprijzen winstgevend te maken. Ten slotte is toetreding binnen de extramurale AWBZ relatief eenvoudig. Wanneer een aanbieder in een bepaalde regio zeer winstgevend zorg kan aanbieden, is het waarschijnlijk dat er snel nieuwe toetreders zullen komen, die de winsten snel weer afromen. Het is daarom niet waarschijnlijk dat rooftprijzen op lange termijn een winstgevend strategisch instrument zullen zijn voor een aanbieder.

Naast het feit dat het relatief moeilijk is om rooftprijzen op de langere termijn terug te verdienen, is het voor een aanbieder vaak ook voordeliger om een concurrent over te nemen dan om hem uit de markt te concurreren. Als gevolg van de vigerende omzetrempels voor het melden van concentraties aan de NMa, hoeven veel concentraties binnen de extramurale AWBZ-zorg niet gemeld te worden aan de NMa. Het overnemen van een concurrent is daardoor relatief eenvoudig geworden.

Gezien het beperkte risico van rooftprijzen en het feit dat de NMa rooftprijzen reeds kan aanpakken, achten CTG/ZAio en het CTZ het niet noodzakelijk om aanvullend beleid te

⁸³ 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.

⁸⁴ De totale kosten zijn gelijk aan de som van de variabele kosten (kosten per product) en de vaste kosten.

ontwikkelen. Wel gaan CTG/ZAio en het CTZ de markt monitoren om te kunnen zien of de keuze om geen aanvullend beleid te ontwikkelen, een juiste keuze is geweest. Hiervoor zullen zij geen extra informatie opvragen, maar zullen zij kijken naar de productieafspraken die CTG/ZAio in het kader van zijn reguliere taken reeds ontvangt. Het spreekt voor zich dat het deze beslissing heroverweegt indien er wijzigingen optreden in het beleid (zoals het vrijgeven van de tarieven). Bovendien evalueren CTG/ZAio en het CTZ dit beleid in 2007.

6.4 Gedrag zorgkantoren

Tengevolge van de volmachtverlening van de uitvoeringsorganen AWBZ aan de verbindingskantoren om namens hen zorg te contracteren, de plicht van zorgaanbieders om productieafspraken te maken met het zorgkantoor in hun statutaire vestigingsplaatsregio⁸⁵ en de opheffing van de contracteerplicht voor extramurale AWBZ-zorg, beschikken zorgkantoren regionaal over een sterke inkooppositie, aangenomen dat er geen schaarste bestaat op de markt.⁸⁶ Zorgkantoren kunnen de prijs en kwaliteit van de zorgverlening beïnvloeden en leverings- of betalingsvoorwaarden stellen aan zorgaanbieders.

Het is nadrukkelijk de bedoeling dat zorgkantoren door doelmatige zorg in te kopen, de prestaties van aanbieders beïnvloeden en concurrentie 'uitlokken'. Van hen wordt verwacht dat ze enerzijds zorgaanbieders contracteren die zorg leveren die voldoet aan de wensen van de cliënt, en anderzijds dat ze de middelen doelmatig besteden. Omdat zorgkantoren niet onderling concurreren op een verzekeringsmarkt, is er geen marktconforme prikkel die hen stimuleert om voldoende, vraaggerichte en doelmatige zorg in te kopen. Er zijn wel andere prikkels zoals:

- a. de Raad van Advies van het zorgkantoor;
- b. de reputatie van de concessiehouder;
- c. de mogelijkheid dat de concessie niet wordt verlengd.

Misbruik inkooppositie

In sommige gevallen gebruiken de zorgkantoren hun inkooppositie niet alleen om voldoende doelmatige zorg in te kopen, maar misbruiken zij hun positie ook om van de aanbieders en/of cliënten bepaalde voorwaarden af te dwingen die in geval van een evenwichtige machtsverdeling niet tot stand zouden zijn gekomen. Hieronder volgt een aantal mogelijke vormen van misbruik van een dominante positie door de zorgkantoren.

⁸⁵ Zie hiertoe de 'Circulaire van de ziekenfondsraad van 17 december 1997 (SEA nr.AWBZ/24/97) inzake uitbreiding werking Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering per 1-1-98' Voorschriften zorgverzekeringen, Uitvoeringsorganen-Algemeen, 2-1a, p.70.

⁸⁶ Het zorgkantoor heeft een zorgplicht. Dat wil zeggen dat het verplicht is om voldoende zorg in te kopen voor zijn verzekerden. Of het zorgkantoor in staat is om inkoopvoorwaarden te stellen, is mede afhankelijk van de schaarste op de markt en van de grootte van de betreffende aanbieder. Wanneer er schaarste heerst op de markt, moet het zorgkantoor alle beschikbare zorg opkopen en is er weinig ruimte voor het zorgkantoor om inkoopvoorwaarden te stellen. In hoofdstuk 4 is reeds geconcludeerd dat er op de meeste delen van de extramurale AWBZ-zorg voldoende aanbod is.

Te lage prijs gegeven de kwaliteit

Zorgkantoren beschikken over een dusdanige inkooppositie dat ze de mogelijkheid hebben zo'n lage prijs te bedingen dat de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar komt. Vanwege het gebrek aan kwaliteitsmaatstaven ligt de focus van veel zorgkantoren vooral op prijselementen. Zorgkantoren zijn door de overheid aangezet tot het inkopen van zo goedkoop mogelijke zorg omdat zij in de behoeften van cliënten moeten voorzien (indicaties) maar daarbij niet de (financiële contracteerruimte) mogen overschrijden. Er is dus een prikkel voor zorgkantoren om te lage prijzen te bedingen. Zo kwam uit de consultatie naar voren dat in 2005 een zorgkantoor een prijs wilde afspreken die 25% onder de maximumbeleidsregelwaarde lag. Bij een dergelijke prijs valt zeker niet uit te sluiten dat de kwaliteit in het geding komt.

Er zijn twee factoren die de kans beperken dat een zorgkantoor te lage prijzen bedingt van de zorgaanbieders. Allereerst leiden te lage prijzen er op termijn toe dat de kwaliteit van de zorgverlening daalt tot het minimumniveau. Dit is in het belang van de aanbieders noch van het zorgkantoor. Op de lange termijn is de prikkel voor de zorgkantoren om te lage tarieven te bedingen, dus klein. Op korte termijn is dergelijk gedrag, mede als gevolg van een gebrek aan informatie over prijs-kwaliteitverhoudingen, echter niet uit te sluiten.

Daarnaast voorkomt ook het beslismodel budgetverzoeken dat CTG/ZAio hanteert, deels dat zorgkantoren te lage prijzen kunnen afspreken. Het beslismodel voorziet in twee mogelijkheden:

- Als er tussen een zorgaanbieder en een zorgkantoor een verschil van inzicht bestaat over de te hanteren prijs, voorziet het beslismodel erin dat de maximumbeleidsregelwaarde wordt gehanteerd. Vervolgens kunnen er afspraken worden gemaakt over het in te kopen volume.
- Indien er verschil van inzicht bestaat over het te hanteren volume, wordt het laagste volume dat door een van de partijen wordt gevraagd, overgenomen door CTG/ZAio.

Wanneer een zorgaanbieder van mening is dat de tarieven die het zorgkantoor eist te laag zijn gezien de kwaliteit die hij levert, kan hij besluiten een eenzijdig budgetverzoek in te dienen bij CTG/ZAio en te vragen het geschil te beslechten via het beslismodel. Hierdoor wordt de kans dat het zorgkantoor te lage tarieven afdwingt kleiner. Wel moet worden opgemerkt dat het zorgkantoor kan beslissen geen volume af te nemen van de zorgaanbieder wanneer hij hiervoor de maximumbeleidsregelwaarde moet betalen. De zorgaanbieder loopt dus altijd het risico dat, wanneer hij niet akkoord gaat met de voorwaarden die het zorgkantoor stelt, hij geen zorg mag leveren. De mogelijkheid dat het zorgkantoor te lage prijzen bedingt van de zorgaanbieder blijft dus aanwezig.

CTG/ZAio en het CTZ zijn van mening dat het van belang is te monitoren of zorgkantoren daadwerkelijk te lage prijzen afdwingen van de zorgaanbieders. Dit denken zij te doen door de afgesproken tarieven te vergelijken met een schatting van de efficiënte kostprijs van zorg. Het is moeilijk om te bepalen wat de efficiënte kostprijs is. Wel kan een groot verschil tussen maximumtarief en contractprijs een signaal zijn dat er te lage prijzen zijn bedongen. Dit gedrag

valt niet onder de Mededingingswet, omdat deze niet van toepassing is op de zorgkantoren. Mochten er op dit gebied grote problemen ontstaan, dan moeten andere maatregelen overwogen worden.

Koppelinkoop

Een zorgkantoor kan een contracteerbeleid voeren waarbij alleen een bepaald product van een aanbieder wordt afgenomen indien de aanbieder ook een onrendabele lijn wil uitbaten. Er is dan sprake van koppelinkoop. Omdat de maximumbeleidsregelwaarde van sommige prestaties in bepaalde situaties (bijvoorbeeld niet-planbare zorg in dunbevolkte regio's) niet toereikend is, zijn er onvoldoende aanbieders die deze zorg willen leveren. Om toch aan zijn zorgplicht te voldoen, kan een zorgkantoor koppelinkoop toepassen. Dit gedrag is deels het gevolg van de huidige bekostigingssystematiek en kan worden beperkt door deze systematiek aan te passen (zie hoofdstuk 6.8 kruissubsidiëring).

Inkoopprocedure en contracteercriteria

Uit de consultatie is gebleken dat zorgkantoren niet altijd op basis van objectieve, non-discriminatoire criteria zorg inkopen en daarbij een transparante procedure volgen. Zo signaleren zorgaanbieders dat er zorgkantoren zijn:

- die niet altijd het inkoopbeleid willen toesturen aan zorgaanbieders;
- waarbij zorgaanbieders een gedetailleerde offerte op prijs en volume niveau moeten indienen waarop het zorgkantoor reageert met één totaalbedrag als tegenvoorstel dat niet te herleiden is tot de inkoop van minder volume of de inkoop tegen een lagere prijs;
- die de contracteercriteria wijzigen nadat partijen al afspraken over volume en prijs hebben gemaakt. Bijvoorbeeld in eerste instantie instemmen met substitutie en later de zorgaanbieder laten weten dat substitutie niet mogelijk is.

Deze gedragingen komen deels voort uit de omstandigheid dat zorgkantoren binnen een korte termijn hun inkoopbeleid hebben moeten aanpassen aan nieuwe wet- en regelgeving. Het is belangrijk dat zorgkantoren geïnformeerd zijn over welke gedragingen al dan niet wenselijk zijn en dat zij zich hier aan committeren. Het is daarom van belang te monitoren in welke mate zorgkantoren hun inkoopbeleid vaststellen aan de hand van de vraag van verzekerden en daaraan objectieve, transparante en niet discriminatoire criteria verbinden. Hiermee kan voorkomen worden dat zorgkantoren bepaalde zorgaanbieders die doelmatige en vraaggerichte zorg verlenen, niet contracteren of dat verzekerden geen keuze hebben tussen aanbieders (en kunnen stemmen met de voeten). Tevens is van belang te monitoren op basis van signalen van zorgaanbieders op welke wijze zorgkantoren uitvoering geven aan de inkoop van zorg. Er zijn geen omissies in de huidige of toekomstige wet- of regelgeving die het toezicht hierop verhinderen.

Daarnaast kunnen ook PGB-houders een rol spelen in het voorkomen van misbruik van een dominante inkooppositie door de zorgkantoren en het verlagen van deze toetredingsdrempel.

Als het contracteerbeleid van het zorgkantoor onvoldoende aansluit bij de wensen van de consument, zal een deel van de verzekerden wellicht een PGB aanvragen om op die manier zelf zorg in te kopen bij de nieuwe aanbieders. Op die manier kan een nieuwe aanbieder ook zonder contract met het zorgkantoor, zorg aanbieden aan verzekerden. Over het algemeen zal gelden: hoe meer PGB's er in een regio worden toegekend, hoe lager de toetredingsdrempel voor nieuwe aanbieders wordt. Het is dus aan te bevelen het PGB-houderschap te stimuleren als substituuut voor zorg-in-natura. Overigens bestaat hierbij wel het risico dat er verlies aan gratis mantelzorgers optreedt.⁸⁷

Uit de consultatie bleek dat zorgaanbieders vaak niet kunnen vaststellen of zorgkantoren de inkoopcriteria objectief hanteren. Het is de taak van de zorgkantoren om aan de aanbieders aan te tonen dat ze aan deze voorwaarden voldoen. Hiertoe kunnen zij niet alleen 'kick-off' bijeenkomsten organiseren waarbij men aan zorgaanbieders uitlegt hoe de inkoopprocedure zal verlopen maar kunnen ook 'debriefings' organiseren waarbij men bekend maakt welke aanbieder op basis waarvan een overeenkomst en productie gekregen heeft. Op basis van artikel 39 van de concept-Wmg heeft de NZa in de toekomst naar verwachting de mogelijkheid om de zorgkantoren te verplichten dergelijke bijeenkomsten te organiseren.

6.5 Samenwerking

Met samenwerkingsverbanden wordt meestal een verbetering van de doelmatigheid van zorg beoogd. Ze kunnen ook de concurrentie tussen zorgaanbieders belemmeren. Deze paragraaf gaat in op de verticale samenwerkingsverbanden in de extramurale AWBZ-zorg en op samenwerkingsverbanden tussen uitvoeringsorganen onderling en tussen zorgaanbieders onderling. Het doel hiervan is meer inzicht te geven in mededingingsbeperkende effecten die deze samenwerking kan hebben op de extramurale AWBZ-zorg.

De vraag of samenwerkingsverbanden wenselijk zijn, heeft te maken met a) de mate waarin zij bijdragen aan de publieke doelen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit en b) de mate waarin ze de concurrentie beperken.⁸⁸ De centrale vraag is of er aanvullende instrumenten nodig zijn om, na het opheffen van de contracteerplicht, wenselijke samenwerkingsverbanden in stand te houden of marktwerkingsbelemmerende samenwerkingsverbanden aan te pakken.

6.5.1 Uitvoeringsorganen onderling

Alle uitvoeringsorganen AWBZ hebben, onder meer vanuit efficiëntie-overwegingen, de inkoop van zorg per volmacht opgedragen aan de zorgkantoren. In de mandaat- en volmachtovereenkomst zijn uitvoeringsorganen en zorgkantoren expliciet overeengekomen dat zij niet onderling concurreren.

⁸⁷ Berg, B. van den & E. Schut (2003), 'Het einde van gratis mantelzorg?', ESB, nr. 4413, p. 420-422.

⁸⁸ Zie ook de NMa (2002), 'Richtsnoeren voor de zorgsector'.

Voor het inkopen van zorg hebben de uitvoeringsorganen voor 2005 een gemeenschappelijk inkoopkader voor de contractering van zorg afgesproken. De uitvoeringsorganen beogen hiermee hun inkoopbeleid transparant en zorgvuldig vorm te geven en vergelijkbare aanbieders vergelijkbare kansen te bieden. Dit beleid geeft aanbieders in beginsel voldoende mogelijkheden om een overeenkomst te krijgen en belemmert de concurrentie niet. Daarnaast hebben de afzonderlijke zorgkantoren enige ruimte om additionele criteria aan het inkoopbeleid toe te voegen die aansluiten op regiospecifieke zorgbehoeften. Sommige bovenregionale aanbieders ervaren met name de verschillende eisen die zorgkantoren stellen aan aanbieders ten aanzien van kwaliteitskeurmerken en kwaliteitscertificeringen als een belemmering. Kwaliteitskeurmerken en -certificering dragen bij aan het publieke doel: kwalitatief goede zorgverlening. Op nationaal niveau kan gesteld worden dat aanbieders niet in alle regio's gelijke kansen hebben omdat sommige regio's strengere kwaliteitseisen hanteren dan andere. Deze kwaliteitseisen beperken de mededinging binnen een bepaalde markt echter niet, omdat zorgaanbieders op eenzelfde (regionale) markt vergelijkbare kansen hebben.

Er zijn vooralsnog geen aanwijzingen dat de samenwerking tussen uitvoeringsorganen of zorgkantoren de publieke doelen niet dient of de mededinging tussen zorgaanbieders belemmert. Bovendien leidt dergelijke samenwerking niet tot het ontstaan of versterken van marktmacht, omdat de zorgkantoren al monopsonist zijn in hun regio. CTG/ZAio en het CTZ zijn daarom van mening dat er geen aanvullende instrumenten hoeven te worden ontwikkeld om ongewenste samenwerking tussen de zorgkantoren tegen te gaan.

6.5.2 Zorgaanbieders onderling

De laatste jaren hebben de aanbieders in de AWBZ zich verbonden in samenwerkingsvormen van uiteenlopende aard.⁸⁹ Zo maken intramurale instellingen en thuiszorgaanbieders afspraken over het snel opvangen van ontslagen cliënten, en wordt er samengewerkt bij het exploiteren van onrendabele lijnen. Hiermee worden publieke doelen beoogd, zoals een betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Deze doelen worden echter niet in alle gevallen behaald. Bovendien kunnen bij omvangrijkere samenwerkingsverbanden de kosten voor bijvoorbeeld overleg, afstemming en controle groter zijn dan de voordelen die door middel van de samenwerking worden bereikt.⁹⁰ Daarnaast kan samenwerking tussen zorgaanbieders de mededinging beperken. Ter illustratie zijn twee voorbeelden opgenomen in de onderstaande tekstbox. Opgemerkt wordt dat het hier gaat om signalen uit de sector. Deze signalen zijn niet nader onderzocht.

⁸⁹ De Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004.

⁹⁰ Determinanten van kennisintensieve onderzoeks- en ontwikkelingssamenwerking, een empirisch onderzoek naar O&O-samenwerking in Nederland met een verbijzondering naar publieke en private kennisrelaties; A.P.P.Poot; TU Delft; 2004.

Samenwerking tussen zorgaanbieders in de praktijk

Transferverpleegkundigen (aanwezig in ziekenhuizen) zijn soms in dienst van één of een paar (grote) thuiszorginstellingen. Gevolg is dat veel patiënten ook naar deze instellingen worden doorverwezen en niet naar andere (bijvoorbeeld kleine nieuwe) thuiszorginstellingen.

Sommige ziekenhuizen voorzien alleen in (reclame)folders van de grootste aanbieders en weren de informatie van kleinere aanbieders en toetreders. Ook zijn er huisartsen en apothekers die weigeren folders van nieuwe zorgaanbieders te verspreiden.

Concurrentie kan er ook toe leiden dat wenselijke vormen van samenwerking niet of in mindere mate tot stand komen. Denk hierbij aan het leveren van zorg in dunbevolkte gebieden en het leveren van 24-uurs niet planbare zorg door zorgaanbieders. In eerste instantie heeft het zorgkantoor de taak om in deze gevallen samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren door zorgaanbieders bijvoorbeeld te informeren over de voordelen van samenwerking. CTG/ZAio en het CTZ kunnen de zorgkantoren hierin bijstaan.

De NMa kan de samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders toetsen aan onder meer het kartelverbod. Hiermee lijken er op voorhand voldoende instrumenten te bestaan om eventueel misbruik aan te pakken. Signalen uit de sector geven echter aan dat bepaalde vormen van samenwerking die schadelijk zijn voor een goede werking van de markt, toch plaats kunnen vinden. Het is daarom van belang te monitoren in welke mate samenwerking een goede werking van de markt belemmert. Nader onderzoek naar de transfer van cliënten vanuit het ziekenhuis naar extramurale zorg is bovendien gewenst. Mocht uit de monitor blijken dat er op dit vlak problemen blijven bestaan, dan kunnen CTG/ZAio en het CTZ aanvullende stappen overwegen.

6.5.3 Verticale samenwerkingsverbanden

Zorgkantoor-zorgaanbieder

Tussen zorgaanbieders en zorgkantoren is sprake van samenwerking op het terrein van protocollen, zorgregistratie en innovatie. In het Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren is afgesproken dat zorgkantoren het wachtlijstbeheer en de zorgtoewijzing in de regio organiseren. Zij hebben hiervoor vaak in zogenoemde zorgtoewijzingsprotocollen afspraken gemaakt met zorgaanbieders. Deze protocollen voorzien bijvoorbeeld in de opname van cliënten in geval van een crisissituatie. Tevens worden er afspraken gemaakt over de wijze waarop een verzekerde wordt voorzien van zorg als hij geen aanbieder van voorkeur heeft aangegeven.

In beginsel is het wenselijk dat zorgaanbieders en zorgkantoren samenwerken bij het toewijzen van zorg. Aan deze samenwerking kleeft echter ook het risico dat nieuwe aanbieders moeilijk tot deze markt kunnen toetreden wanneer zij geen deel uit maken van de toewijzingsafspraken. Hiermee kan de samenwerking tussen de aanbieders en de zorgkantoren een goede werking

van de markt sterk belemmeren. Met de verdere invoering van het AWBZ-breed Zorgregistratiesysteem (AZR) haalt het zorgkantoor de zorgtoewijzing meer naar zich toe. Het AZR maakt het proces van zorgtoewijzing transparanter en het risico van verdeling van de productie tussen de zorgaanbieders onderling kleiner. Uit de praktijk komen echter ook signalen van aanbieders die het AZR juist gebruiken om hun zorgvraag veilig te stellen. In de volgende tekstbox wordt daarvan een voorbeeld gegeven. Deze signalen zijn niet nader onderzocht.

Zorgtoewijzing in de extramurale AWBZ-zorg

Nieuwe patiënten komen vaak terecht bij de traditionele aanbieders in een regio. Dit kan mede worden veroorzaakt door de manier waarop het AZR wordt gebruikt. In het AZR wordt voor iedere nieuwe patiënt de eerste voorkeursaanbieder weergegeven, waarna deze aanbieder zelf kan bepalen of hij nog plaats heeft voor een nieuwe cliënt, of dat hij de cliënt door laat stromen naar een andere aanbieder. Er zijn echter signalen dat de aanbieder van voorkeur niet direct zorg verleent, maar de cliënt op een interne wachtlijst zet. Dit leidt tot wachtlijsten, terwijl een andere aanbieder deze zorg wel had kunnen leveren. Dit leidt tot behoud van een machtspositie binnen een bepaalde regio.

Het is de taak van het zorgkantoor om in de gaten te houden dat er geen misbruik wordt gemaakt van het AZR. Het zorgkantoor is er immers voor verantwoordelijk dat zijn verzekerden zo snel mogelijk de juiste zorg krijgen. Door op de eerste plaats wachtlijst-informatie aan cliënten te verstrekken voordat zij hun keuze voor de voorkeursaanbieder aangeven op het indicatiebesluit, kunnen zorgkantoren voorkomen dat verzekerden ongewenst intern op een wachtlijst komen te staan. Op de tweede plaats moeten zorgkantoren met zorgaanbieders afspraken maken over de termijn waarbinnen de voorkeursaanbieder contact opneemt met de cliënt. Tevens moet men afspreken dat de zorgaanbieder de cliënt naar het zorgkantoor verwijst indien de cliënt de wachttijd te lang vindt. Door informatie te verschaffen aan cliënten over de taken van zorgkantoren, waaronder zorgbemiddeling, zijn cliënten geïnformeerd over de wijze waarop zij een snel zorg kunnen krijgen. Mochten CTG/ZAio en het CTZ signalen ontvangen uit de markt dat zorgkantoren hier onvoldoende zorg voor dragen, dan beschikken CTG/ZAio en het CTZ over voldoende instrumenten om hier tegen op te treden.

CIZ-zorgaanbieder

Naast samenwerking met het zorgkantoor, werken aanbieders vaak ook samen met het CIZ. In het Zorgindicatiebesluit is geregeld dat het CIZ het onderzoek van de aanvraag van de zorgvrager en het nemen van indicatiebesluiten kan mandateren aan zorgaanbieders. Dat wil zeggen dat een zorgaanbieder met een mandaat zelf mag bepalen op hoeveel zorg een cliënt die zich bij hem meldt, recht heeft. Hierdoor ontstaat het probleem dat de aanbieder die zelf de cliënt mag indiceren eenvoudig meer zorg kan indiceren dan strikt genomen nodig is, waardoor hij zijn productieafspraken met het zorgkantoor gemakkelijker kan vullen en er overconsumptie ontstaat. Door steekproefsgewijs de indicatiestelling te controleren, voorkomt het CIZ dit probleem.

Het CIZ kan een belangrijke rol spelen in de keuze van de consument voor een bepaalde zorgaanbieder. Het is daarom belangrijk dat het CIZ objectief is en geen aanbieders bevoordeelt. Uit de praktijk komen er echter signalen dat dit niet altijd het geval is. Onderstaande tekstbox geeft hiervan een voorbeeld. Deze signalen zijn niet nader onderzocht.

Zorgtoewijzing in de extramurale AWBZ-zorg

In sommige regio's verwijst het CIZ automatisch door naar de grootste zorgaanbieder in de regio wanneer een consument geen voorkeursaanbieder opgeeft, zonder daarbij te letten op eventuele wachtlijsten of objectieve informatie te verschaffen. Dit belemmert de keuzevrijheid van de consument. Kleine thuiszorgaanbieders hebben hierdoor moeite om voldoende cliënten binnen te halen om aan hun productieafspraken te voldoen. Hiermee kan het CIZ ervoor zorgen dat de markt in bepaalde regio's niet goed zal werken.

De Minister van VWS is verantwoordelijk voor het functioneren van het CIZ. Het gedrag van het CIZ valt niet onder de Mededingingswet. Wanneer een dominante zorgaanbieder zijn positie in stand houdt door middel van samenspanning met het CIZ, kan het CIZ daar dan ook niet op worden aangesproken door de NMa. Mogelijk kan een dominante aanbieder die zijn positie in stand houdt door middel van samenspanning met het CIZ aangepakt worden op basis van de Mededingingswet. Dit is echter vooralsnog onzeker. Het verdient aanbeveling om nader onderzoek te verrichten naar het effect van samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders op de werking van de markt.

6.6 Kartelvorming

Een verregaande vorm van samenwerking is kartelvorming. Excessieve en rooiprijzen kunnen het resultaat zijn van anti-competitief gedrag van één dominante aanbieder, maar kunnen ook het resultaat zijn van gedragingen van verschillende samenspannende aanbieders die gezamenlijk een dominante positie misbruiken. Dit laatste staat bekend als kartelvorming en -gedrag. Kartelvorming elimineert of vermindert concurrentie tussen de aan het kartel deelnemende partijen en daarmee de concurrentie op de markt.

Of een kartel succesvol tot stand kan worden gebracht, hangt af van de mogelijkheden voor de afnemers om uit te wijken naar een aanbieder die geen deel uitmaakt van het kartel. Deze uitwijkmogelijkheden worden bepaald door het aantal substituutaanbieders dat geen deel uitmaakt van het kartel, het totale marktaandeel van de bij het kartel betrokken aanbieders, en de kans dat er nieuwe aanbieders tot de markt toetreden. Wanneer de afnemers weinig uitwijkmogelijkheden hebben, bestaat er een reëel gevaar voor kartelvorming. Daarnaast hangt de kans op kartelvorming in een bepaalde markt in hoge mate samen met de structuur van die markt. Zo maken een grote mate van gelijkheid tussen aanbieders en een sterk georganiseerde sector het ontstaan van een kartel waarschijnlijker.

Kartels kunnen expliciet tot stand komen wanneer aanbieders bewust afspraken met elkaar maken over het te volgen beleid. Daarnaast kunnen ze ook impliciet tot stand komen, en in

stand gehouden worden, doordat partijen hun onderlinge afhankelijkheid erkennen en hun gedragingen coördineren zonder hierover expliciete afspraken te maken. Dit wordt ook wel 'tacit collusion' genoemd. Kartelvorming is verboden volgens de Mededingingswet, behoudens in uitzonderlijke situaties zoals beschreven in paragraaf 3.2.1. In de 'Richtsnoeren Samenwerking Ondernemingen' van de NMa wordt precies aangegeven welke vormen van samenwerking er wel, en welke er niet toegestaan zijn.

Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg

Uit een analyse van de kenmerken van de markt voor extramurale AWBZ-zorg, blijkt dat deze markt vijf kenmerken heeft waardoor een reëel risico van kartelvorming bestaat, namelijk:

- 1 Kostensymmetrie: Feitelijke kostenverschillen tussen aanbieders maken het bereiken van een overeenkomst tussen kartelleden over bijvoorbeeld prijzen en hoeveelheden lastig, aangezien partijen met verschillende kostenniveaus verschillende prijzen en hoeveelheden nastreven. Wanneer er veel kostensymmetrie is tussen de aanbieders is kartelvorming eenvoudiger.

De figuren in bijlage 3 geven de kostenstructuren van een selectie van willekeurige aanbieders van verschillende omvang weer.⁹¹ De kosten als percentage van de omzet vertonen grote gelijkenissen: de totale kosten, de aandelen van personeelskosten en de afschrijvingskosten komen sterk overeen. De kosten van de grote, middelgrote en kleinere aanbieders vertonen daarbij ongeveer hetzelfde beeld. Deze kostensymmetrie vergroot de kans op kartelvorming.

- 2 De sociale structuur van de sector: Een sector die gekenmerkt wordt door veel samenwerking, overleg en overkoepeling, leent zich beter voor kartelvorming dan een sector waarin concurrentie intens is en op alle terreinen plaatsvindt. Samenwerkingsverbanden en overlegstructuren kunnen bedoeld of onbedoeld dienen als vehikel om kartels te vormen en in stand te houden.

De extramurale AWBZ-zorg kenmerkt zich door een hoge organisatiegraad. De verschillende deelmarkten kennen afzonderlijke brancheorganisaties waar een aanzienlijk deel van de aanbieders bij is aangesloten. Ook vindt er op regionaal niveau veel overleg plaats over bijvoorbeeld de toewijzing van zorg en het terugbrengen van wachtlijsten. Deze samenwerking kan bijdragen aan de efficiëntie van de sector. Echter, deze hoge organisatiegraad creëert tevens een sociale structuur die kartelvorming kan faciliteren.

- 3 Homogene producten: Bij volledig homogene producten hoeft een kartel 'slechts' overeenstemming te bereiken over één prijs, terwijl bij gedifferentieerde producten

⁹¹ De groepen grote, middelgrote en kleine aanbieders bestaan uit vijf aanbieders met ongeveer gelijke extramurale jaaromzetten. De informatie over de kostenstructuren is afkomstig uit de jaarverslagen van verschillende aanbieders.

overeenstemming bereikt moet worden over de verschillende differentiaties. Dit bemoeilijkt de vorming van een kartel.

In de extramurale AWBZ bestaan er slechts zeven functies, op basis waarvan een aantal prestaties is gedefinieerd en getarifeerd. Het is aanbieders niet toegestaan af te wijken van de door CTG/ZAio vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Aanbieders hoeven per prestatie dus slechts over één prijs overeenstemming te bereiken, waarbij bovendien het door het CTG/ZAio vastgestelde tarief als richtlijn kan dienen. De productstructuur in de extramurale AWBZ-zorg maakt kartelvorming dus eenvoudiger.

- 4 Concentraties: Hoe geconcentreerder de markt, hoe minder aanbieders er nodig zijn om een kartel te vormen dat in staat is marktmacht uit te oefenen en hoe gemakkelijker het is een kartel in stand te houden. Het controleren van het kartel is immers gemakkelijker wanneer er slechts een beperkt aantal aanbieders deelneemt aan het kartel en de kans dat een van de deelnemers het kartel verbreekt, is kleiner.
In paragraaf 4.3.3 was reeds te zien dat de productmarkten in de extramurale AWBZ-zorg geconcentreerd zijn. Dit vormt eveneens een risico met het oog op kartelvorming en dient derhalve in de gaten gehouden te worden. Let wel, het risico van kartelvorming wordt enigszins verminderd door het feit dat deze hoge concentratiegraden veelal veroorzaakt worden door de aanwezigheid van één of twee grote spelers, die op zichzelf al marktmacht hebben. Zij zullen daardoor minder geneigd zijn tot het maken van kartelafspraken met minder dominante spelers.
- 5 Symmetrische voorkeuren: Verschillen in voorkeuren voor winstgevendheid op korte en op lange termijn – bijvoorbeeld als gevolg van een andere rechtsvorm – maken het handhaven van kartels lastiger.

Aanbieders op extramurale AWBZ-zorgmarkten hebben veelal de stichting als rechtsvorm, met name daar waar het de grotere aanbieders betreft. De verschillen in voorkeuren ten aanzien van korte- of lange termijn winstgevendheid zijn hierdoor beperkt, wat het maken van kartelafspraken vergemakkelijkt. Wel ontstaan er steeds meer BV's in de AWBZ, waardoor er meer variatie komt in de voorkeuren en het risico van kartelvorming in de toekomst waarschijnlijk afneemt. Het risico van kartelvorming is bovendien beperkt omdat stichtingen geen winstoogmerk mogen hebben, terwijl het verhogen van de winst juist de primaire doelstelling van kartelvorming is. Wel kan kartelvorming plaats vinden met als doel het uit de markt drukken en/of houden van concurrenten om zo een hoger volume af te kunnen zetten.

Hoewel op basis van de bovenstaande overwegingen blijkt dat er een risico bestaat op kartelvorming in de extramurale AWBZ-zorg, kan de huidige onzekerheid omtrent de ontwikkelingen in de sector een dempende werking hebben op dit risico. Immers, een grote onzekerheid over toekomstige ontwikkelingen (vraagontwikkeling) verlegt de focus van

aanbieders van de lange termijn, naar de korte termijn en maakt het in stand houden van kartels moeilijker. Enerzijds wordt de onzekerheid binnen de AWBZ beperkt door de convenanten die de brancheorganisaties hebben gesloten met de overheid over de ontwikkeling van de AWBZ op de middellange termijn (tot 2007).⁹² Anderzijds vergroten het opheffen van de contracteerplicht en de onzekerheid over de toekomstige ontwikkelingen in het beleid de onzekerheid onder de aanbieders echter juist. Hiermee kan de focus van aanbieders zich verleggen naar de korte termijn en neemt het risico van kartelvorming af.

CTG/ZAio en het CTZ hebben zelf geen bevoegdheden op terrein van kartelvorming. Wel is het volgen van de ontwikkelingen in de genoemde risicofactoren zinvol. Hiermee kunnen zij ondersteuning bieden aan het toezicht door de NMa.

6.7 Contractvoorwaarden

Als partijen elkaar in vergaande mate contractueel binden, kan dit de concurrentie tussen zorgaanbieders belemmeren. Een zorgaanbieder kan een zorgkantoor in vergaande mate aan zich binden door bijvoorbeeld exclusieve afnamebepalingen, inzage in concurrerende aanbiedingen, getrouwheidskortingen en een lange contractuele binding te bedingen.

Duur contractuele binding

Vóór het opheffen van de contracteerplicht voor extramurale zorg kwam het nog wel eens voor dat partijen een overeenkomst voor onbepaalde tijd aangingen. Sinds 1 februari 2005 is met de inwerkingtreding van de wet HOZ bepaald dat een overeenkomst die langer dan vijf jaar duurt, nietig is (art. 44, AWBZ). Als partijen een overeenkomst aangaan met een looptijd langer dan vijf jaar, is deze overeenkomst van rechtswege nietig en zijn de kosten ten laste van de AWBZ in beginsel onrechtmatig. Het CTZ ziet hierop toe in het kader van een rechtmatige uitvoering van de AWBZ. Het is derhalve niet nodig hiervoor aanvullend beleid te ontwikkelen.

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 aanbieders.

In de extramurale AWBZ-zorg bestaat er met name een reëel risico van koppelverkoop tussen intra- en extramurale AWBZ-zorg. Als gevolg van zijn zorgplicht is het zorgkantoor verplicht voldoende zorg in te kopen voor zijn verzekerden. Wanneer het intramurale aanbod van een bepaalde aanbieder voor het zorgkantoor noodzakelijk is om aan zijn zorgplicht te voldoen, heeft deze aanbieder onderhandelingsmacht ten opzichte van het zorgkantoor. Deze aanbieder kan het zorgkantoor bijvoorbeeld verplichten om ook een bepaald volume aan extramurale zorg

⁹² De kern van de afspraak in het convenant is dat de AWBZ-uitgaven alleen binnen de financiële kaders van het regeerakkoord kunnen blijven groeien. De zorgaanbieders spreken af tot 2007 jaarlijks 1,25% meer cliënten te helpen op basis van de beschikbare middelen.

af te nemen. Deze vorm van koppelverkoop kan ertoe leiden dat aanbieders een contract krijgen, terwijl zij dat op grond van de aangeboden prijs-kwaliteitverhouding anders niet hadden gekregen. Hiermee worden aanbieders die alleen extramurale zorg aanbieden, benadeeld en kan een goede werking van de markt in de extramurale AWBZ verstoord worden. Het is daarom van belang te monitoren of er sprake is van koppelverkoop tussen intra- en extramurale zorg. Overigens is het moeilijk om vast te stellen of een aanbieder op oneigenlijke voorwaarden een contract heeft verkregen. Wel kan bijvoorbeeld gekeken worden of aanbieders die zowel intra- als extramurale zorg leveren, gemiddeld hogere prijzen afspreken met het zorgkantoor dan andere aanbieders voor dezelfde soort zorg. Daarnaast kan bijvoorbeeld worden afgegaan op klachten van zorgkantoren.

Ten slotte kan zich ook nog koppelverkoop voordoen tussen AWBZ-producten en niet-AWBZ-producten. Hierbij kan een verzekerde alleen een niet-AWBZ-product afnemen van een aanbieder, indien hij, wanneer hij AWBZ-zorg nodig heeft, voor die aanbieder zal kiezen. De keuzevrijheid van de verzekerde op het moment dat hij daadwerkelijk zorg nodig heeft, wordt daardoor beperkt. Dit kan hogere zorgkosten met zich brengen wanneer deze aanbieder geen goede prijs-kwaliteitverhouding levert. Soms is koppelverkoop echter ook nodig om bepaalde doelen te kunnen realiseren. In de onderstaande tekstbox wordt een voorbeeld gegeven van koppelverkoop.

Koppelverkoop

Sommige woningcorporaties koppelen hun huurovereenkomsten aan een exclusieve thuiszorgaanbieder (zorgpost in het gebouw). Aangegeven wordt dat als gevolg van de hoge investeringen die vereist zijn, een zorgaanbieder alleen wil investeren in een dergelijke voorziening, wanneer hij ook zeker is van een bepaalde opbrengst gedurende een bepaalde periode. In een specifiek geval dat zich in Geerttruidenberg heeft voorgedaan, is een dergelijke exclusiviteitsbepaling door de uitspraak van de rechter in Breda verboden op grond van de Mededingingswet.

Koppelverkoop hoeft niet in alle gevallen ongewenst te zijn. Wanneer hierdoor vormen van zorg tot stand komen die anders niet van de grond zouden komen, achten CTG/ZAio en het CTZ sommige vormen van koppelverkoop niet direct schadelijk voor de publieke belangen. Wel moet er niet meer koppelverkoop plaatsvinden dan strikt noodzakelijk. Zo valt te denken aan aanbesteding, ofwel concurrentie om de markt. Daarbij geldt dat de partij die het beste bod doet, alle (gekoppelde) zorg mag leveren. Op die manier blijven de doelmatigheidsprikkels behouden en komen bepaalde vormen van zorg toch tot stand. Wat betreft onwenselijke vormen van koppelverkoop, zoals die tussen intra- en extramurale producten, lijken er voorsnog voldoende aanknopingspunten op basis van de Mededingingswet. CTG/ZAio en het CTZ achten het derhalve niet noodzakelijk om aanvullende instrumenten te ontwikkelen.

6.8 Andere marktwerkingsbelemmeringen

In dit hoofdstuk was er vooral aandacht voor gedragingen van partijen met marktmacht die een goede werking van de markt konden belemmeren. Dergelijke gedragingen worden meestal uitgevoerd in het eigen belang van de aanbieder. Echter, bepaalde gedragingen zijn ook het gevolg van institutionele factoren en wetgeving. Deze paragraaf besteedt nader aandacht aan dergelijke gedragingen.

Kruissubsidiëring

Kruissubsidiëring wil zeggen dat een aanbieder voor een bepaald product een te hoge prijs vraagt om daarmee zijn verliezen op een ander product te compenseren. Kruissubsidiëring is op zich niet schadelijk en soms zelfs wenselijk, zolang de concurrentie op de markt hierdoor niet wordt belemmerd. In paragraaf 6.3 is gebleken dat het risico dat aanbieders kruissubsidiëring zullen gebruiken om concurrenten uit de markt te drukken (door middel van rooftprijzen) beperkt is. Wel vindt er enige mate van kruissubsidiëring plaats als gevolg van de huidige bekostigingssystematiek.

De huidige tariefstructuur is gebaseerd op gemiddelde kosten en vereist daarmee enige mate van kruissubsidiëring bij de aanbieders. De gedachte hierachter is dat elke aanbieder een aantal duurdere cliënten (waarvoor het tarief niet toereikend is) en een aantal goedkopere cliënten (waarvoor het tarief te hoog is) behandelt, en dat een gemiddeld tarief dus ongeveer kostendekkend moet zijn. Signalen uit de sector geven echter aan dat het voor aanbieders relatief gemakkelijk is om de goedkopere cliënten te selecteren. Als gevolg van de toegenomen marktwerking binnen de extramurale AWBZ zijn er steeds meer prikkels om goedkopere cliënten te selecteren en de producten vervolgens tegen een zeer gunstig tarief aan het zorgkantoor te verkopen. De aanbieders die niet aan risicoselectie doen, raken hierdoor hun goedkopere cliënten kwijt en blijven achter met de duurdere cliënten, waarvoor de maximumbeleidsregelwaarde niet toereikend is. Door deze wijze van bekostigen kan de zorgverlening aan bepaalde groepen cliënten in gevaar komen. Bovendien is het niet waarschijnlijk dat er tot deze onrendabele markt nieuwe aanbieders toetreden die concurrentie om kwaliteit en prijs mogelijk maken. Hierdoor ontstaan ook de voorziene keuzevrijheid voor de verzekerden en de prikkels tot een goede en doelmatige zorgverlening niet of in mindere mate. Het is aan te bevelen dit aspect van het bekostigingssysteem nader te bespreken met de betrokken brancheorganisaties.

Bovenregionaal zorgaanbod

Wanneer een aanbieder zorg in verschillende regio's wil leveren, geldt dat het zorgkantoor in de statutaire vestigingsplaatsregio degene is die de productieafspraken met die aanbieder maakt. Hierbij dient het zorgkantoor in de regio waarin de zorg geleverd wordt, afspraken te maken met het zorgkantoor dat de zorg contracteert over de inzet van hun beider contracteerruimten. Dit blijkt in de praktijk echter niet altijd goed te verlopen.^{93,94} Hierdoor is het

⁹³ College toezicht zorgverzekeringen, 'Zorginkoop zorgkantoren', juli 2005, p. 22.

voor een bovenregionale aanbieder vaak moeilijk om voldoende groeiruimte los te krijgen. Hoewel het aantal bovenregionale aanbieders in de extramurale AWBZ-zorg momenteel nog beperkt is, worden de mogelijkheden voor andere aanbieders om bovenregionaal te gaan aanbieden, door deze problemen wel beperkt. ZN werkt momenteel aan een methode om de overheveling van de contracteerruimte te verbeteren. Een voor de hand liggende oplossing zou zijn om de plicht voor aanbieders om productieafspraken te maken met het zorgkantoor in de statutaire vestigingsplaats, af te schaffen. Elk zorgkantoor kan dan voor alle in zijn eigen werkgebied woonachtige verzekerden zorg inkopen. De bovenregionale aanbieders ondervinden dan geen hinder meer van overhevelingsproblemen bij het zorgkantoor. Bovendien kan het opheffen van deze plicht het ondernemersrisico van de aanbieders sterk verkleinen. Echter gelet op de verstrekende consequenties van een dergelijke opheffing, is deze optie vooralsnog niet uitvoerbaar.

6.9 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

Of de markt in een bepaalde regio goed kan werken, is onder andere afhankelijk van de concentratie op die markt. Indien er op een bepaalde markt een partij bestaat met een economische machtspositie, kan hij deze positie misbruiken en daarmee een goede werking van de markt frustreren.

In dit hoofdstuk is gebleken dat als gevolg van de maximumbeleidsregelwaarde in de extramurale AWBZ-zorg, er slechts beperkt sprake is van een risico van rooftprijzen of excessieve prijzen. Wel bestaat er als gevolg van de structuur van de sector en de grote mate van gelijkheid tussen de aanbieders een reëel risico van kartelvorming. Een dergelijk kartel kan bijvoorbeeld worden gebruikt om toetreders buiten de markt te houden of om een hogere afzet te bedingen. Het is daarom van belang te monitoren hoe de factoren die invloed hebben op de mogelijkheden tot kartelvorming, zich ontwikkelen.

Niet alleen de aanbieders, maar ook de zorgkantoren kunnen de mededinging op diverse wijzen belemmeren. Zorgkantoren kunnen té lage prijzen bedingen, koppelinkoop toepassen en een onvoldoende transparant, subjectief, discriminatoir contracteerbeleid hanteren. Het is daarom van belang te monitoren in welke mate het gedrag van zorgkantoren leidt tot een beperking van de concurrentie op de markt van de extramurale AWBZ-zorg.

⁹⁴ Er zijn verschillende redenen aan te dragen voor het feit dat de contracteerruimte momenteel niet goed wordt overgeheveld. Enerzijds kan het zorgkantoor in de regio waarin de zorg wordt geleverd, reden hebben om geen contracteerruimte over te hevelen. Immers, het zorgkantoor dat de zorg contracteert, heeft hiervoor ook extra contracteerruimte gekregen (de contracteerruimte is gelijk aan het totaal van de budgetten van alle aanbieders in die zorgkantorregio (dus inclusief de bovenregionale budgetten), plus een procentuele groeiruimte). Wanneer een bovenregionale aanbieder echter meer wil groeien dan waar in de contracteerruimte rekening mee is gehouden of wanneer een regionale aanbieder over de grenzen van de zorgkantorregio zorg wil gaan aanbieden, gaat dat ten koste van de cliënten in de eigen regio van het zorgkantoor dat de zorg contracteert. Zorgkantoren zijn vaak niet bereid om een deel van hun contracteerruimte in te zetten voor verzekerden in andere regio's. Voor deze zorg dient derhalve compensatie plaats te vinden vanuit het zorgkantoor waarvoor de zorg geleverd wordt. Momenteel vindt deze overheveling zeer moeizaam plaats, hetgeen de groei van bovenregionale aanbieders belemmert.

Voor een goede werking van de markt is tevens van belang dat samenwerking tussen verschillende partijen een goede werking van de markt niet belemmert. CTG/ZAio en het CTZ zien vooral risico's met betrekking tot de samenwerking tussen het CIZ en zorgaanbieders en tussen zorgaanbieders onderling (transfer vanuit ziekenhuis naar thuiszorg). Een deel van deze risico's wordt momenteel reeds ondervangen door middel van toezicht door het CTZ of door de Mededingingswet. CTG/ZAio en het CTZ achten het echter van belang de samenwerking met het CIZ nader te onderzoeken. Mocht blijken dat deze samenwerking een goede werking van de markt in de weg staat, dan kunnen CTG/ZAio en het CTZ aanvullend beleid in gaan stellen.

In dit document is voornamelijk gekeken naar de mogelijkheden voor concurrentie op de extramurale markt. Echter, sommige partijen zijn ook actief op de intramurale markt. Een partij met een machtspositie op de intramurale markt, kan, ook wanneer hij op de extramurale markt geen machtspositie heeft, voorwaarden opleggen aan het zorgkantoor. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om de minimale afname van een bepaald volume aan extramurale zorg. Dergelijke gedragingen belemmeren de concurrentie en zijn derhalve onwenselijk. Vooralsnog volstaat de Mededingingswet voor dergelijke gedragingen. CTG/ZAio en het CTZ zullen dan ook geen aanvullende instrumenten ontwikkelen op dit terrein.

Ten slotte constateren CTG/ZAio en het CTZ dat er momenteel als gevolg van het huidige bekostigingssysteem problemen bestaan met het bekostigen van bepaalde soorten zorg. Als gevolg van concurrentie op de eenvoudigere producten zijn er steeds minder mogelijkheden om deze vormen van zorg te financieren. CTG/ZAio zal dit probleem nader bespreken met de betrokken brancheorganisaties.

Aanbevelingen

Uit de analyse van het aanbod binnen de extramurale AWBZ-zorg hebben CTG/ZAio en het CTZ enkele beleidsvoornemens geformuleerd. Daarnaast worden er enkele aanbevelingen voor het Ministerie van VWS gegeven.

Beleidsvoornemens CTG/ZAio

- vergelijken van de tariefafspraken die de aanbieders maken met de zorgkantoren met een schatting van de gemiddelde kostprijs om te evalueren of de beslissing om geen instrumenten te ontwikkelen ten aanzien van rooftprijzen, juist is geweest (§ 6.3);
- monitoren van de factoren die kartelvorming in de sector vereenvoudigen of bemoeilijken (§ 6.4);
- onderzoek doen naar de mate waarin samenwerking tussen het CIZ en de aanbieders concurrentie belemmert (§ 6.6.3);
- signaleren van koppelverkoop door te monitoren of grote intramurale aanbieders om redenen die niet samenhangen met de geleverde zorg, hogere tarieven af kunnen spreken (§ 6.7);

- bekijken van de mogelijkheden om de bekostigingssystematiek voor bepaalde vormen van zorg (onrendabele producten) aan te passen in overleg met de betrokken brancheorganisaties (§ 6.8).

Beleidsvoornemens CTZ

- monitoren van de mate waarin zorgkantoren prijzen afspreken met de aanbieders die geen ruimte bieden voor kwaliteitsdifferentiatie (§ 6.5);
- monitoren van de mate waarin zorgkantoren objectieve non-discriminatoire inkoopcriteria hanteren bij het inkopen van zorg (§ 6.5).

Aanbevelingen aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- stimuleren van de substitutie van zorg-in-natura-consumptie naar PGB-houderschap (budgetneutraal) teneinde de dominante inkooppositie van het zorgkantoor te verkleinen en toetreding voor kleine aanbieders gemakkelijker te maken (§ 6.5).

7. Monitoring

7.1 Inleiding

Monitoren is een van de kerntaken van CTG/ZAio. Het doel van monitoring is concurrentie in de zorgsector te bevorderen en informatie over de effecten hiervan te verzamelen. Hiertoe worden voor verschillende deelmarkten in de zorgsector, waaronder de extramurale AWBZ-zorg, onafhankelijk van elkaar, kenmerken in kaart gebracht en gevolgd in de tijd, en wordt geanalyseerd in hoeverre bepaalde kenmerken – en de ontwikkeling hiervan – een risico kunnen vormen voor mededinging.⁹⁵

In de voorgaande hoofdstukken zijn verschillende aspecten van de extramurale AWBZ-zorg geanalyseerd. Uit deze analyses is gebleken dat de extramurale AWBZ-zorg een aantal kenmerken kent die een risico kunnen vormen voor de mededinging. In de monitor zal een aantal indicatoren worden bepaald die in onderlinge samenhang een goed beeld geven van de ontwikkeling van de markt met betrekking tot deze kenmerken. Deze indicatoren hebben betrekking op de structuur van de markt en de uitkomsten van de markt met betrekking tot de publieke doelen.

7.2 Doelstelling

Met de monitor beogen CTG/ZAio en het CTZ inzicht te geven in de mate waarin de markt goed werkt en de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, voldoende borgt. Behalve inzicht in de mate waarin risicovolle gedragingen op deze markt voorkomen, geeft de monitor dus ook inzicht in de effecten van het gevoerde beleid. Deze informatie zou de basis kunnen zijn voor een wijziging in de koers van het beleid. De hoofddoelstelling van monitoren in de zorgsector wordt als volgt omschreven:

Het onafhankelijk kenmerken in kaart brengen en volgen in de tijd, en het analyseren in hoeverre bepaalde kenmerken – en de ontwikkeling hiervan – een risico vormen voor mededinging op de desbetreffende markt.

Bij het opzetten van de monitor streven CTG/ZAio en het CTZ ernaar om de extra administratieve lastendruk voor partijen zo veel mogelijk te beperken door de monitor te richten op de daadwerkelijke problemen voor een goede werking van deze markt. De risicoanalyse in dit visiedocument dient om deze problemen zo goed mogelijk te identificeren. Wanneer besloten wordt dat bepaalde informatie noodzakelijk is in het kader van de monitor, wordt daarbij zo veel mogelijk geput uit bestaande informatiebronnen.

De monitor voor de extramurale AWBZ-zorg resulteert in een periodieke rapportage van de bevindingen van de monitor ten behoeve van de 'afnemers' van de monitor. Deze afnemers zijn het Ministerie van VWS en andere beleidsmakers, de NMa, marktpartijen (aanbieders,

⁹⁵ Het monitoren van de extramurale AWBZ-sector vindt plaats op basis van en conform het rapport van CTG/ZAio *Monitoren in de zorg: Algemene uitgangspunten, sectorspecifieke indicatoren en bronnen voor het inrichten van monitors voor de zorgsectoren*. Dit rapport is beschikbaar op de website van CTG/ZAio (www.ctg-zaio.nl).

consumenten en betrokken organen), CTG/ZAio, het CTZ en andere betrokkenen en geïnteresseerden. Ten behoeve van een optimaal bereik van de 'afnemers' van de monitors, worden de rapportages gepubliceerd op de website van CTG/ZAio. Voorts kent het monitoren een aantal subdoelstellingen, waaronder interveniëren, adviseren en meten van de effecten van marktwerking.

7.3 Monitorstructuur

De monitor zal zich deels richten op de problemen in de extramurale AWBZ die in dit visiedocument zijn beschreven. De monitor bevat echter niet alleen indicatoren die betrekking hebben op de in het visiedocument geïdentificeerde risico's voor de mededinging – zoals concentratie en misbruik – maar ook op andere aspecten waarvan verwacht wordt dat die als gevolg van meer marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg zullen veranderen, zoals prijs, kwaliteit, innovatie en wachtlijsten. Hiermee wordt beoogd inzicht te geven in de mate waarin de markt uit zichzelf goed werkt en de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) voldoende borgt.

De monitor is als volgt opgezet. Allereerst is er aandacht voor aspecten in de structuur van de markt die invloed hebben op de mogelijkheden voor marktwerking. Daarnaast is er aandacht voor de gevolgen van marktwerking op de publieke doelen. De effecten van mogelijk ongewenste gedragingen van partijen met het oog op een goede werking van de markt, komen hierin tevens naar voren. Voorbeelden van marktkenmerken en indicatoren zijn:

Structuur	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
<u>Kenmerk:</u> relevante markt <u>Mogelijke indicator:</u> grensoverschrijdende zorgconsumptie en aanbod	<u>Kenmerk:</u> kwaliteit van de gecontracteerde zorg <u>Mogelijke indicator:</u> cliënttevredenheidsonderzoek	<u>Kenmerk:</u> keuzemogelijkheden cliënten <u>Mogelijke indicator:</u> aantal gecontracteerde aanbieders, wachtlijsten	<u>Kenmerk:</u> mogelijkheden om voldoende zorg te contracteren <u>Mogelijke indicator:</u> contractprijzen, winsten
<u>Kenmerk:</u> aantal aanbieders en concentratie <u>Mogelijke indicator:</u> HHI's, C-ratio's	<u>Kenmerk:</u> oog voor kwaliteit bij contractering zorg <u>Mogelijke indicator:</u> contracteercriteria van zorgkantoren	<u>Kenmerk:</u> sturingsmogelijkheden zorgkantoor <u>Mogelijke indicator:</u> patiëntmobiliteit, klachten	<u>Kenmerk:</u> spreiding in prijzen <u>Mogelijke indicator:</u> contractprijzen

Tabel 8: Voorbeelden van marktkenmerken en mogelijke indicatoren

Van belang is op te merken dat de indicatoren zelf niet altijd leidend zijn bij het beoordelen van marktwerking, maar dat deze veelal dienen als *input* voor analyses van verschillende aspecten van marktwerking door CTG/ZAio, het CTZ en andere afnemers van de monitors. Daarbij wordt de onderlinge samenhang tussen de verschillende indicatoren niet uit het oog verloren. CTG/ZAio en het CTZ besteden er tevens aandacht aan dat de indicatoren zodanig worden gepresenteerd dat deze toegankelijk en eenvoudig te interpreteren zijn door de verschillende afnemers van de monitors.

7.4 Gebruik van data en de vorm van de monitor

Informatie-opvraag

Voor de informatie die nodig is voor de monitor, wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van reeds bestaande bronnen en databestanden voorzover deze voldoende betrouwbare informatie geven die actueel is en (minimaal) jaarlijks worden geactualiseerd. In de extramurale AWBZ-zorg is binnen CTG/ZAIo en het CTZ reeds een groot deel van de benodigde data al dan niet publiekelijk beschikbaar. De verwachting is derhalve dat er vooralsnog geen extra informatie hoeft te worden opgevraagd aan partijen. Wel is het noodzakelijk dat CTG/ZAIo en het CTZ toegang krijgen tot bepaalde gegevens die niet publiekelijk beschikbaar zijn. In bijlage 4 staat een overzicht van de beschikbare informatie voor de AWBZ.

Informatie over de kostprijs van zorg is momenteel nog niet publiek beschikbaar. CTG/ZAIo en het CTZ zijn voornemens deze informatie ook niet op te vragen voor de monitor. Het opvragen van kostprijsinformatie kan nodig zijn om bijvoorbeeld te hoge of te lage prijzen te voorkomen en om daarmee een goede werking van de markt te waarborgen. Dit is bijvoorbeeld het geval in het B-segment van de ziekenhuiszorg, waar het opvragen van kostprijsinformatie noodzakelijk is voor het handhaven van de beleidsregels van CTG/ZAIo ten aanzien van te hoge en te lage tarieven. Daarnaast kan bepaalde informatie worden opgevraagd om daarmee de ontwikkelingen van de markt te kunnen volgen. Met behulp van kostprijsinformatie zouden bijvoorbeeld uitspraken kunnen worden gedaan over de aanwezige schaal- en scopevoordelen, en zou efficiëntieverweer bij fusies getoetst kunnen worden. Op basis van de risico-analyse die CTG/ZAIo en het CTZ hebben gedaan in dit visiedocument, hebben zij besloten om geen aanvullende beleidsregels op te stellen om een goede werking van de markt te borgen. Het opvragen van kostprijsinformatie voor het handhaven van dergelijke beleidsregels is dan ook niet noodzakelijk. Het opvragen van kostprijsinformatie alleen om de ontwikkeling van de markt te kunnen volgen, is in de ogen van CTG/ZAIo en het CTZ niet proportioneel. CTG/ZAIo en het CTZ zullen deze keuze na twee jaar, of eerder bij gewijzigd beleid, evalueren. Bovendien valt niet uit te sluiten dat CTG/ZAIo en het CTZ uit hoofde van andere taken dan het toezicht op de markt in de toekomst zullen besluiten kostprijsinformatie op te vragen.

Monitorrapportage

De monitor resulteert in periodieke monitordocumenten. Het monitordocument presenteert en beschrijft zowel periodiek gemeten indicatoren (reguliere onderwerpen in het monitordocument) als indicatoren die incidenteel onderzocht worden (*special topics*).

De periodiek gemeten indicatoren worden in het monitorrapport trendmatig weergegeven opdat de ontwikkeling in de tijd zichtbaar is. De speciale onderwerpen worden in principe eenmalig onderzocht. Een dergelijk onderzoek – waarvan de resultaten worden gepresenteerd als *special topic* in het monitorrapport – dient altijd te leiden tot het al dan niet aanmerken van de desbetreffende indicator als risicofactor voor de mededinging. Indien de incidenteel gemeten indicator als risicofactor wordt aangemerkt, dan wordt deze opgenomen in het reguliere deel van de monitor en zal in de tijd gevolgd worden. Omgekeerd kan gelden dat een regulier gemeten indicator een dusdanige ontwikkeling laat zien dat deze – in samenhang met andere indicatoren – geen risico meer vormt voor de mededinging. Is dit het geval, dan wordt de

desbetreffende indicator uit het reguliere deel van de monitor gehaald en kan deze indien wenselijk incidenteel onderzocht worden.

Waar mogelijk is de meetvorm van de indicatoren kwantitatief en zal deze meetvorm ook als zodanig in het monitorrapport gepresenteerd worden. Over het algemeen zullen de periodiek te meten indicatoren veelal kwantitatief van aard zijn, terwijl de incidentele analyses naar verwachting meer kwalitatief van aard zijn.

De indicatoren zullen zodanig gepresenteerd worden dat het traceren en herkennen van individuele aanbieders niet mogelijk is. Dit betekent dat veelal op een hoog aggregatieniveau wordt gepresenteerd. Daar waar een hoog aggregatieniveau leidt tot een wezenlijk verlies aan informatie, wordt op een lager aggregatieniveau en geanonimiseerd⁹⁶ gepresenteerd, zodanig dat de individuele marktpartij niet herleidbaar is. Voor het ingrijpen om de marktcondities te bevorderen, zal CTG/ZAio uiteraard wel gebruik maken van de aanbiedersspecifieke data.

De monitor zal ten minste één keer per jaar gepubliceerd worden, waar nodig of wenselijk wordt over de monitorresultaten vaker gerapporteerd. Het eerste monitorrapport zal in het voorjaar van 2006 verschijnen.

7.5 Aanbevelingen

Uit de analyse van de monitor in de extramurale AWBZ volgt een beleidsvoornemen voor CTG/ZAio en het CTZ. Daarnaast wordt er een aanbeveling gedaan aan het Ministerie van VWS.

Beleidsvoornemen CTG/ZAio en het CTZ

- bij het verzamelen van data voor de monitor zo veel mogelijk gebruik maken van bestaande informatie, voorzover deze voldoende betrouwbaar is en regelmatig wordt geactualiseerd (§ 7.4).

Aanbeveling aan VWS

- toegankelijk maken van beschikbare data voor CTG/ZAio en het CTZ ten behoeve van de monitortak (§ 7.4)

⁹⁶ Individuele instellingen worden altijd anoniem gemaakt, waar nodig worden ook regio's en/of functies geanonimiseerd.

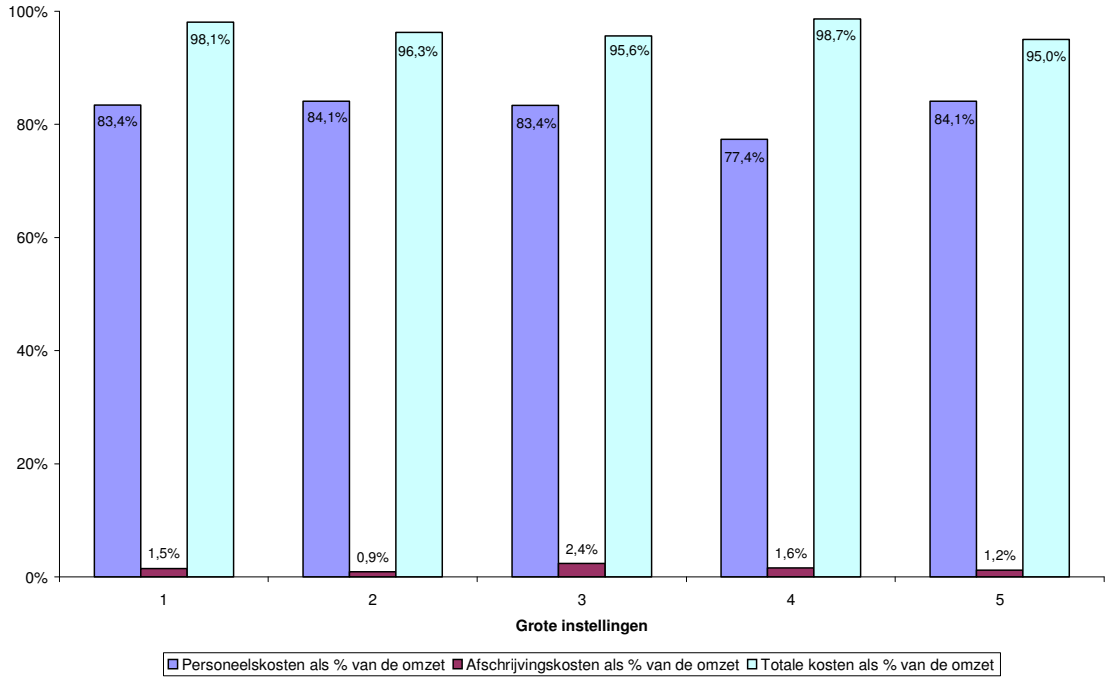
Bijlage 1: Lijst van gebruikte afkortingen

AB	Activerende begeleiding (AWBZ-functie)
AMM	Aanmerkelijke marktmacht
AMvB	Algemene maatregel van bestuur
AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-breed zorgregistratiesysteem
BH	Behandeling (AWBZ-functie)
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CR-ratio	Concentratie-ratio
CTG/ZAio	College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HHI	Herfindahl Hirschman Index
HV	Huishoudelijke verzorging (AWBZ-functie)
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IRR	Internal rate of return
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
OB	Ondersteunde begeleiding (AWBZ-functie)
PGB	Persoonsgebonden budget
PV	Persoonlijke verzorging (AWBZ-functie)
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RIOC	Return On Invested Capital
VB	Verblijf (AWBZ-functie)
VP	Verpleging (AWBZ-functie)
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van)
Wet HOZ	Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZBO	Zelfstandig bestuursorgaan
Zfw	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland (brancheorganisatie van zorgverzekeraars)
ZVW	Zorgverzekeringswet

Bijlage 2: Kwaliteitsinitiatieven in de extramurale AWBZ-zorg

<u>Project</u>	<u>Initiator</u>
Consumenteninformatie en transparantie in de zorg	Zon Mw
Kwaliteitsrapportage Stichting Cliënt & Kwaliteit	LOC
ISO-certificering	
HKZ-certificering	Stichting HKZ
	Arcares en consumentenorganisaties
Branchenorm verantwoorde zorg	Arcares
Gouden/zilveren keurmerk	Stichting Perspekt (Arcares en VDZ Nederland)
Bronzen keurmerk	Stichting Perspekt, Achmea, LOC en stichting Cliënt en Kwaliteit
Jaardocument Maatschappelijke verantwoording	Arcares en LvT
Kwaliteitskader CVZ	CVZ
Websites van zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars
	RIVM i.o.v. Ministerie van VWS
Normenkader IGZ	IGZ

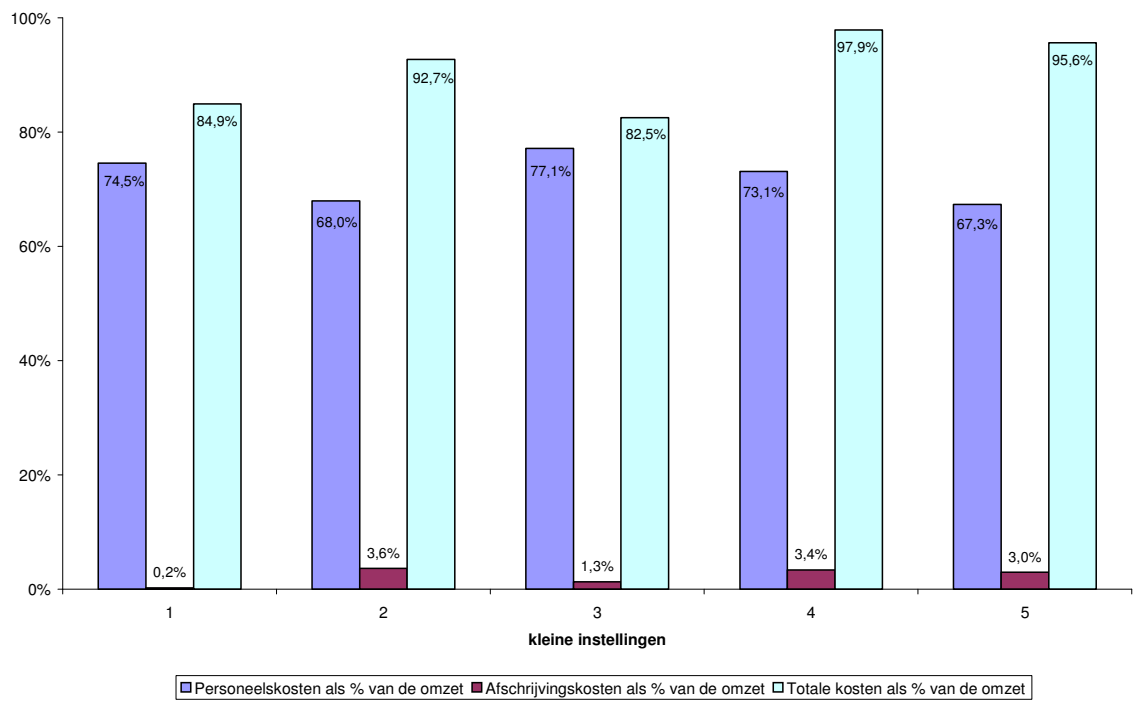
Bijlage 3: Kostenstructuur thuiszorgaanbieders



Figuur 5: Kostenstructuur steekproef grote aanbieders: personeelskosten, afschrijvingskosten en totale kosten als % van de omzet



Figuur 6: Kostenstructuur steekproef middelgrote aanbieders: personeelskosten, afschrijvingskosten en totale kosten als % van de omzet



Figuur 7: Kostenstructuur steekproef kleine aanbieders: personeelskosten, afschrijvingskosten en totale kosten als % van de omzet

Bijlage 4: Overzicht van aanwezige databronnen

Bron	Beschikbaarheid
Extramurale zorgprestaties: volumina en prijzen per instelling, prestatie, regio	Beschikbaar bij CTG/ZAio
Rekenstaat-informatiesysteem (RIS)	Beschikbaar voor CTG/ZAio
Jaarbeeld Zorg (VWS)	Beschikbaar in publieke domein
Individuele jaarverslagen instellingen	Beschikbaar in publieke domein (Prismant)
Elektronisch bestand Jaarverslagen instellingen	Beschikbaar voor VWS, niet vrijelijk beschikbaar
Visiedocument AWBZ-zorgmarkten (NMa)	Beschikbaar in publieke domein
Meldingen en besluiten NMa inzake concentraties en misbruik van marktmacht	Beschikbaar in publieke domein
Sectorale benchmarkrapporten (PwC, Atos, Prismant, Arcares, KPMG)	Beschikbaar voor CTG/ZAio
Zorgatlas RIVM	Beschikbaar in publieke domein
CVZorgcijfers 1998-2003 (CVZ)	Beschikbaar in publieke domein
CBS Statline	Beschikbaar in publieke domein
Rapporten CPB en SCP	Beschikbaar in publieke domein
AWBZ-brede zorgregistratie (AZR)	Niet beschikbaar in publieke domein
CAK Data	Niet beschikbaar in publieke domein, wel beschikbaar voor CTG/ZAio ten behoeve van afbakening relevante markten
Balanced scorecards - RIVM vulling prestatie-indicatoren	Beschikbaar voor VWS in 2005
Project Maatschappelijke Verantwoording	Beschikbaar voor CTG/ZAio

Tabel 9: Beschikbare databronnen binnen de AWBZ