



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Telefoon 030 - 2 96 81 11
www.ctg-zaio.nl

Visiedocument fysiotherapie

Visiedocument fysiotherapie - Vrijgevestigde fysiotherapie - Analyse en aanbevelingen voor concurrentie



- ■ ■
- Vrijgevestigde fysiotherapie
- Analyse en aanbevelingen voor concurrentie



INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE.....	3
VOORAF	5
MANAGEMENTSAMENVATTING.....	7
1. INLEIDING	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling	13
1.3 Afbakening	14
1.4 Opbouw visiedocument.....	15
2. HET DOEL VAN MARKTWERKING IN DE ZORG.....	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Het doel van ordeningsprincipes in de zorg.....	17
3. FYSIOTHERAPIE: KENMERKEN EN RECENTE GESCHIEDENIS	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Fysiotherapie.....	23
3.3 Recente geschiedenis	23
3.4 Experiment met vrije prijzen.....	27
4. RELEVANTE WETGEVING	31
4.1 Bestaande instrumenten	31
4.2 Overige relevante wetgeving.....	36
5. AANTAL MARKTPARTIJEN.....	41
5.1 Inleiding	41
5.2 Aanbodzijde	41

5.3	Vraagzijde.....	52
5.4	Aanbevelingen per partij	55
6.	OVERSTAPMOGELIJKHEDEN.....	57
6.1	Inleiding	57
6.2	Directe overstapkosten	57
6.3	Indirecte overstapkosten.....	62
6.4	Transparantie in de zorg	63
6.5	Aanbevelingen per partij	68
7.	ANTI-COMPETITIEVE GEDRAGINGEN	69
7.1	Inleiding	69
7.2	Aanbodzijde	70
7.3	Vraagzijde.....	77
7.4	Samenwerking tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars	83
7.5	Aanbevelingen per partij	85
8.	MONITOREN MARKTONTWIKKELINGEN	87
8.1	Keuze onderwerpen monitor	87
8.2	Rapportage.....	89
8.3	De baten van monitoren	89
8.4	Benodigde informatie	89
8.5	Inventarisatie bestaande datastromen	90
	BIJLAGE 1: AFKORTINGEN.....	95
	BIJLAGE 2: DOELSTELLINGEN VAN PARTIJEN OP HET GEBIED VAN KWALITEITSMETING	97

VOORAF

Dit Visiedocument fysiotherapie bevat de visie van het College tarieven gezondheidszorg/ de zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) op de benodigde condities voor het bevorderen van concurrentie op de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie, waar sinds 1 februari vrije prijzen gelden. Het visiedocument beoogt duidelijkheid te geven over de rol van CTG/ZAio op deze markt en geeft informatie over de marktgedragingen die wel en niet zijn toegestaan. Zowel CTG/ZAio als de NMa fungeren als scheidsrechters op deze markt. Een scheidsrechter kan echter pas goed functioneren als de spelregels bij alle marktpartijen bekend zijn. Als u de regels kent, kunt u de scheidsrechters erop attenderen als u vermoedt dat er overtredingen worden begaan.

Het visiedocument is het resultaat van literatuuronderzoek en een intensieve consultatie die CTG/ZAio heeft uitgevoerd in de eerste helft van het jaar. Startpunt van de consultatieprocedure was het Consultatiedocument fysiotherapie. Dat document bevat een analyse van en aanbevelingen voor concurrentie in de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie. Overheidsinstellingen, brancheorganisaties, individuele fysiotherapeuten (via een digitaal forum) en verzekeraars is gevraagd om op het document te reageren, zodat de analyses konden worden aangescherpt. Tenslotte hebben partijen de gelegenheid gekregen om tijdens een consultatiebijeenkomst hun reactie mondeling toe te lichten.

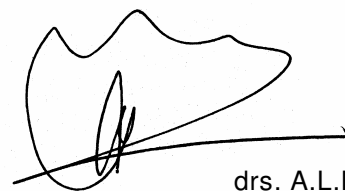
Op het consultatiedocument zijn zestien schriftelijke reacties binnengekomen. Via het digitale forum is ook veel nuttige informatie verzameld. Aan de consultatiebijeenkomst hebben zestien personen namens tien verschillende organisaties deelgenomen. De reacties hebben tot een aantal aanpassingen geleid. Er wordt meer aandacht besteed aan mogelijk misbruik van inkoopmacht door verzekeraars, de vormgeving en invulling van de monitor is geactualiseerd en de analyse is minder theoretisch van aard en veelal aangevuld met concrete voorbeelden. Het resultaat is dit visiedocument. Het is dus een synthese van de reacties op het consultatiedocument en de in het consultatiedocument opgenomen analyse. Uit deze analyse volgen de prioriteiten voor de monitor.

Het consultatieproces dat aan dit Visiedocument fysiotherapie ten grondslag ligt is constructief en bevredigend verlopen. Veel dank is verschuldigd aan de partijen die de moeite hebben genomen om schriftelijk of mondeling te reageren. Er is zoveel mogelijk rekening gehouden met de reacties die zijn binnengekomen. Dit laat onverlet dat de visie neergelegd in dit rapport die van CTG/ZAio is en niet hoeft te stroken met de opvatting van andere betrokken partijen.

Inmiddels hebben verzekeraars en fysiotherapeuten ruim vier maanden te maken met vrije prijzen. Gebleken is dat beiden nog moeten wennen aan hun nieuwe rol. Dat is niet verrassend. De recente contractonderhandelingen zijn hier een goed voorbeeld van. Fysiotherapeuten vragen hierbij aandacht voor mogelijk misbruik van inkoopmacht door verzekeraars en de administratieve rompslomp rond de contractering. CTG/ZAio gaat de ontwikkelingen in de markt monitoren en zal expliciet aandacht besteden aan deze aspecten. Een eerste oriënterende monitor zal eind augustus worden gepubliceerd. De eerste officiële monitorrapportage zal eind dit jaar verschijnen.



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



drs. A.L.M. Barendregt
algemeen directeur CTG/ZAio

MANAGEMENTSAMENVATTING

In de markt voor de fysiotherapie is op 1 februari 2005 een experiment gestart dat twee jaar duurt. Daarbij worden de maximumtarieven die golden voor de prestaties voor vrijgevestigde fysiotherapeuten losgelaten. Fysiotherapeuten en zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs van het geleverde product. Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de vormgeving en de wettelijke kaders van dit experiment. Omdat helder moet zijn waarover men onderhandelt, zouden de 'zittingen' als declaratiebasis in de loop van 2005 vervangen worden door concrete prestatiebeschrijvingen. Partijen hebben echter de wens geuit om de zitting als basis te blijven gebruiken. Het experiment wordt mogelijk gemaakt via beleidsregels op basis van artikel 11 van de WTG. Voor CTG/ZAio is een belangrijke rol weggelegd op het gebied van monitoring.

Doelstelling van het experiment is inzicht te krijgen in de gevolgen van vrije tariefvorming voor de doelmatigheid, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Daarnaast moet het experiment bijdragen aan nieuwe perspectieven voor fysiotherapeuten in de vorm van innovatie, variatie in het aanbod en ondernemerschap. De concrete vormgeving en invulling van de monitor sluit bij deze doelstellingen aan. CTG/ZAio zal de Minister rapporteren over de ontwikkelingen in de bovengenoemde criteria en een advies uitbrengen over de evaluatie van het experiment. De uiteindelijke besluitvorming over de voorzetting van het experiment is echter exclusief de verantwoordelijkheid van de Minister. Bij de evaluatie van het experiment heeft de Minister aangegeven onder andere te letten op de ontwikkeling van de prijs/kwaliteitverhouding van de aangeboden zorg, de aansluiting van deze zorg bij de wensen van de patiënt/consument en de inkomensontwikkeling van fysiotherapeuten. Op basis van de evaluatie zal de Minister beslissen of het experiment wordt voortgezet.

Speerpunten toezichtvisie CTG/ZAio tijdens experiment

Het toezicht van CTG/ZAio op de markt voor vrijgevestigde fysiotherapeuten kent tijdens de experimenteerfase drie speerpunten:

- informatie over nieuwe spelregels geven aan de sector;
- ondersteuning van activiteiten om de transparantie te verbeteren;
- monitoren van marktontwikkelingen.

Informatie over nieuwe spelregels

De transitie van vaste prijzen naar vrije prijzen is ingrijpend. Het is daarom onwaarschijnlijk dat de markt van meet af aan goed zal werken, ook al is voldaan aan de belangrijkste voorwaarden voor vrije prijsvorming (de mogelijkheid van vrije toetreding, voldoende overstapmogelijkheden en de afwezigheid van anti-competitief gedrag). Verzekeraars, fysiotherapeuten en patiënten moeten wennen aan hun nieuwe rol en aan de nieuwe spelregels voor concurrentie. In dit kader is het van belang om de sector gedegen te informeren over de spelregels en de mogelijkheden die vrije tariefvorming biedt. Hier ligt een gezamenlijke taak voor CTG/ZAio en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

Met dit visiedocument fysiotherapie is een eerste stap gezet in dit voorlichtingsproces. Verder zal CTG/ZAio in 2005 veel aandacht besteden aan presentaties van de spelregels. Bovendien wordt er

binnenkort een themasite voor fysiotherapie¹ geopend, waarmee CTG/ZAio samen met VWS en de NMa, recente informatie biedt. Ten slotte heeft CTG/ZAio een informatielijn² waar iedereen met vragen terecht kan. De opzet is de vele vragen over de introductie van vrije prijsvorming in deze sector snel te kunnen beantwoorden.

Bevordering transparantie

Om de transparantie te bevorderen was het de bedoeling om de huidige zittingen te vervangen door gevarieerde prestatiebeschrijvingen. Het KNGF en ZN bekijken momenteel de mogelijkheden van nieuwe variaties op de zitting, echter wel met het nadrukkelijke uitgangspunt dat de zitting als een van de prestaties gehandhaafd blijft, ook voor 2006 en daarna. Regionaal kunnen dan mogelijk combinaties of producten (met de zitting als bouwsteen) worden overeengekomen. De Minister van VWS heeft CTG/ZAio opdracht gegeven om dit proces te coördineren.

Om de vergelijkbaarheid van de prijs- kwaliteitsverhoudingen van fysiotherapeuten te verbeteren zal CTG/ZAio partijen ook aansporen om kwaliteitsindicatoren te introduceren. CTG/ZAio acht een spoedige introductie hiervan belangrijk voor de keuzevrijheid van verzekeraars en consumenten. Beide partijen kunnen dan een beter onderbouwde keuze voor een bepaalde fysiotherapeut en/of behandeling maken.

Fysiotherapeuten dienen een openbare prijslijst te publiceren. Met deze standaardprijslijst wordt financiële duidelijkheid gegeven aan patiënten die een behandeling willen door een fysiotherapeut die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd en aan onverzekerde patiënten.

Monitoring van marktontwikkelingen

VWS heeft CTG/ZAio de taak gegeven om de ontwikkelingen op de zorgmarkt te monitoren tijdens de experimenteerfase die twee jaar duurt. Monitoren geeft inzicht in de werking van de markt en in de vraag of de publieke belangen na het loslaten van de huidige maximumtarieven in voldoende mate zijn geborgd (toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit). Ook geeft het inzicht in de vraag of het experiment fysiotherapeuten nieuwe perspectieven biedt op het gebied van innovatie, variatie in het aanbod en ondernemerschap.

Op basis van de huidige informatie verwacht CTG/ZAio dat de aanbodzijde van de markt een goede uitgangspositie biedt voor effectieve concurrentie. In het algemeen zijn er voldoende fysiotherapeuten, is er een vrij grote dynamiek in termen van toe- en uittreding van aanbieders en zijn er geen onoverkomelijke toetredingsdrempels die fysiotherapeuten weerhouden om tot deze markt toe te treden. Dit neemt niet weg dat vrije tariefvorming wel degelijk ingrijpend kan zijn voor de beroepsgroep. Gelet op het huidige overaanbod is het bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat sommige fysiotherapeuten mogelijk hun beroep niet meer kunnen uitoefenen of er in inkomen op achteruit zullen gaan. Aan deze aspecten van het experiment zal in de monitor aandacht besteed worden. Daarbij geldt dat patiënten voor bepaalde fysiotherapeutische zorg ook bij andere beroepsgroepen terecht kunnen, bijvoorbeeld bij oefentherapeuten Mensendieck, oefentherapeuten Cesar en fysiotherapeuten in loondienst van een intramurale instelling. Deze groep therapeuten valt niet onder

1 'Nieuwe tijden andere regels', te bereiken via www.ctg-zaio.nl. Vanaf juni kan hier ook specifieke informatie over fysiotherapie worden gevonden.

2 Deze informatielijn is te bereiken via telefoonnummer 0900-7707070 (€ 0.05 per minuut). Vragen per E-mail kunnen worden gesteld via informatielijn@ctg-zaio.nl. Vanaf juni geeft deze site ook specifiek informatie over de markt voor fysiotherapie.

het experiment. Voor deze aanbieders blijven vastgestelde (maximum)tarieven gelden terwijl zij in dezelfde relevante markt werken. Dit kan de marktwerking op de fysiotherapiemarkt beïnvloeden.

In de aanloop naar het experiment zijn bij CTG/ZAio klachten binnengekomen van fysiotherapeuten over mogelijk misbruik van inkoopmacht aan de kant van de verzekeraars. Deze klachten concentreerden zich op hun bevindingen dat er niet over de contracten valt te onderhandelen met verzekeraars en op de administratieve rompslomp die de onderhandelingen en het nakomen van de contracten met zich brengen. Tot de inwerkingtreding van de WMG voert CTG/ZAio zijn taak uit op grond van de WTG. Mocht er sprake zijn van eventueel mededingingsbeperkend gedrag door fysiotherapeuten of zorgverzekeraars, dan biedt de Mededingingswet houvast om dit gedrag te corrigeren. De uitvoering van de Mededingingswet is opgedragen aan de NMa. Zij is dan ook de aangewezen instantie om een uitspraak te doen over mogelijk misbruik van inkoopmacht aan de kant van de verzekeraars. Eventuele klachten die hierop betrekking hebben, kunnen dan ook ingediend worden bij de NMa. CTG/ZAio zal de ontwikkelingen tijdens de recente contractonderhandelingen wel monitoren en meenemen in zijn periodieke rapportage. Met de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg krijgt CTG/ZAio naar verwachting de beschikking over meer bevoegdheden om op te treden op de markt voor fysiotherapie.

Om zijn monitoringstaak goed te kunnen vervullen, heeft CTG/ZAio informatie over de markt nodig. Om de administratieve lastendruk voor marktpartijen daarbij niet onnodig te verzwaren, zal zoveel mogelijk aansluiting worden gezocht bij bestaande informatiebronnen. Een van de doelstellingen van de monitor is inzicht te krijgen in de werking van de markt. In dit kader wordt aandacht besteed aan de structuur van de markt, het gedrag van de spelers op de markt en de uiteindelijke uitkomsten op de markt in termen van prijs, kwaliteit en volume. De monitor richt zich ook op marktwerking in brede zin. Zo zal het aandacht besteden aan de recente onderhandelingen, hoe zijn deze verlopen, wat voor administratieve lasten veroorzaakten deze onderhandelingen, hoe verloopt de inkomensontwikkeling van fysiotherapeuten? Daarnaast zal de monitor de effecten van de introductie van vrije tariefvorming op algemene criteria zoals toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid in kaart brengen. Naar aanleiding van de reacties van partijen tijdens de consultatieronde zal de monitor specifiek aandacht besteden aan mogelijke anti-competitieve gedragingen die zich kunnen voordoen op deze markt. Aan de hand van de consultatieronde is ook een goed inzicht verkregen in andere onderwerpen die de verschillende partijen in de monitor opgenomen willen zien. De invulling en de vormgeving van de monitor zal nog nader worden besproken met de belangrijkste brancheorganisaties. Bij het toezicht op de fysiotherapiemarkt zijn er raakvlakken met de zorgverzekeringsmarkt en de rol van de zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt. Op dit gebied wordt samengewerkt met het CTZ. Een eerste oriënterende monitor zal eind augustus verschijnen. De eerste officiële monitorrapportage zal eind dit jaar verschijnen.

Dit visiedocument is dus een synthese van de reacties op het consultatiedocument en de in het consultatiedocument opgenomen analyse. Uit deze analyse volgen de prioriteiten voor de monitor.

Rol andere organisaties

NMa, CTZ

De NMa en CTG/ZAio trekken bij het toezicht op de markt voor fysiotherapie samen op: CTG/ZAio en de NMa verstrekken elkaar bijvoorbeeld informatie om de effectiviteit van het toezicht te vergroten.

Tevens zullen zij de sector samen informeren over de spelregels. De NMa ziet toe op de mededinging in de markt voor fysiotherapie. In 2006 zullen CTG/ZAio en het CTZ opgaan in de Nederlandse Zorgautoriteit. Om voor de periode tot de oprichting van de Zorgautoriteit de taakverdeling tussen het CTZ, CTG/ZAio en de NMa te regelen, is er een samenwerkingsprotocol opgesteld. Dit protocol bestaat uit een hoofdprotocol waarin afspraken tussen CTG/ZAio en de NMa zijn vastgelegd. In een aanvullend protocol zijn afspraken met het CTZ vastgelegd. Dit aanvullende samenwerkingsprotocol is van toepassing wanneer bij de behandeling van mededingingsaangelegenheden de bevoegdheden van CTG/ZAio en die van het CTZ elkaar overlappen. Ter voorbereiding van een goed werkende Zorgautoriteit zal CTG/ZAio het CTZ actief betrekken bij de uitvoering van haar toezichtstaken en het monitoren van markten.

Op gebieden waar geen formele samenloop van bevoegdheden is, met name op het gebied van concentratiecontrole (fusies en overnames) en bij het opsporen en vervolgen van kartels, zal de NMa CTG/ZAio consulteren.

OVERZICHT BELEIDSVOORNEMENS/AANBEVELINGEN

	§	Bestaande instrumenten	Conclusie
BELEIDSVOORNEMENS CTG/ZAio			
Transparantie kwaliteit van zorgaanbieders	6.4	WTG ExPres	Invoering prestatiebeschrijvingen door het KNGF en ZN coördineren
Transparantie kwaliteit van zorgaanbieders	6.4		Het KNGF en ZN aansporen tot de introductie van prestatie- indicatoren
Uitleg spelregels mededinging	7.1		Sector informeren over Mededingingswet en beleidsregels WTG
Inkoopmacht zorgverzekeraars	7.3	Mededingingswet, WTG ExPres	Monitoren (t.b.v. NMa en eigen activiteiten)
BELEIDSVOORNEMENS CTZ/CTG/ZAio			
Analyse structuur verzekeraarsmarkt	5.4		Analyse met betrekking tot regionale specialisatie van zorgverzekeraars en mogelijke toetredingsdrempels voor zorgverzekeraars
Analyse strategie verzekeraars m.b.t. prijsonderhandelingen	5.4		Onderzoek verrichten naar de strategie die verzekeraars volgen bij prijsonderhandelingen
Overstapkosten/transparantie verzekerden	6.2.2		Analyse van overstapkosten voor verzekerden bij hun keuze tussen verzekeraars
Invloed zorgverzekeraarsmarkt op zorginkoopmarkt	6.3.2		Analyse van incorporatie wensen en behoeften van verzekerden in inkoopbeleid van verzekeraars
Kwaliteit	6.4		Analyse van borging kwaliteit in inkoopbeleid verzekeraars
Onderhandelingsmacht	7.3.1		Analyse van gebruik onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars bij inkoop van zorg
Misbruik Inkoopmacht	7.3.1		Analyse van misbruik van inkoopmacht en mogelijkheden hiervan

AANBEVELINGEN AAN VWS			
Consumenten informeren over mogelijkheden en voordelen overstappen naar andere verzekeraar			Consumenten actief informeren over de mogelijkheden en voordelen van het overstappen naar een andere verzekeraar
Prestatie-indicatoren			Criteria vaststellen voor prestatieindicatoren
AANBEVELINGEN AAN OVERIGE ORGANISATIES			
Informatievoorziening naar verzekeraars	6.4		Om informatie over kwaliteit van fysiotherapeuten te krijgen, kunnen verzekeraars een deel van de financiering van zorginstellingen koppelen aan de kwaliteit en volledigheid van de te leveren data
Transparantie kwaliteit (ZN)	6.4		Ontwikkeling en invoering prestatiebeschrijvingen in samenwerking met het KNGF en gecoördineerd door CTG/ZAio
Transparantie kwaliteit (ZN)	6.4		Ontwikkeling en invoering prestatie- indicatoren in nauwe samenwerking met het KNGF en gecoördineerd door CTG/ZAio
Transparantie kwaliteit (KNGF)	6.4		Ontwikkeling en invoering prestatiebeschrijvingen in samenwerking met ZN en gecoördineerd door CTG/ZAio
Transparantie kwaliteit (KNGF)	6.4		Ontwikkeling en invoering prestatie-indicatoren in samenwerking met ZN en gecoördineerd door CTG/ZAio
Uitleg spelregels mededinging (NMa)	7.1		Sector informeren over Mededingingswet
Misbruik inkoopmacht (NMa)	7.3	Mededingingswet	Toetsen mogelijke strijdigheid met Mededingingswet

1. INLEIDING

1.1 Aanleiding

Momenteel wordt er in verschillende delen van het Nederlandse zorgstelsel geëxperimenteerd met vrije prijsvorming. De doelstelling hiervan is de zorg doelmatiger, resultaatgerichter, innovatiever en patiëntgerichter te maken door het initiatief over te laten aan de marktpartijen. Op macroniveau is de doelstelling dat marktwerking leidt tot een betere verhouding tussen prijs en kwaliteit en efficiëntere zorgprocessen. De introductie van vrije prijsvorming brengt echter ook onzekerheden met zich. Zo kan er kwaliteitsverlies optreden, kunnen de kosten van zorg toenemen en kan de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komen³.

Daarom is sectorspecifiek toezicht noodzakelijk zodat beoordeeld kan worden of marktwerking tot onwenselijke gedragingen of uitkomsten leidt. Zo nodig kunnen daarop maatregelen volgen. Dit wordt de taak van CTG/ZAio en in 2006 de Nederlandse Zorgautoriteit. Om dit sectorspecifieke toezicht goed uit te voeren, is het essentieel dat CTG/ZAio de ontwikkelingen op de zorgmarkt goed kan volgen. Hiervoor zal een monitor worden opgezet. Vooruitlopend op de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit zal CTG/ZAio het CTZ actief bij haar toezichtstaken betrekken als er raakvlakken zijn met de activiteiten van het CTZ. Het Ministerie van VWS heeft CTG/ZAio opgedragen om prijsontwikkelingen te "monitoren en te analyseren en indien noodzakelijk in te grijpen of de minister van VWS te adviseren in te grijpen op markten ingeval van mededingingsbeperkend gedrag of als de publieke belangen in het geding komen."

In de markt voor fysiotherapie is per 1 februari 2005 gestart met een experiment waarbij de maximumtarieven voor de prestaties die vrijgevestigde fysiotherapeuten leveren, worden losgelaten. Fysiotherapeuten en zorgverzekeraars zijn sinds dat moment vrij om met elkaar te onderhandelen over een tarief. Het uitvoeren van zo'n experiment is mogelijk via artikel 11 van de WTG. Het experiment en de bijbehorende fasering worden nader beschreven in de brief van VWS aan CTG/ZAio van 13 september 2004. Belangrijk onderdeel van het experiment is een monitor en een evaluatie door CTG/ZAio. In § 3.4 wordt uitgebreider ingegaan op het experiment.

Ter voorbereiding op de taak van CTG/ZAio om toezicht te houden op de introductie van prijs/kwaliteitsconcurrentie in de markt voor fysiotherapie, is voor deze markt onderliggend visiedocument opgesteld.

1.2 Doelstelling

Rapport

De doelstelling van dit rapport is om te inventariseren welke instrumenten en condities nodig zijn om de concurrentie in de markt voor vrijgevestigde fysiotherapeuten te bevorderen onder borging van de publieke belangen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid).⁴ Op basis van de inventarisatie formuleert CTG/ZAio beleidsvoornemens die bij deze doelstelling aansluiten. Uit de inventarisatie komen ook adviezen voort voor andere (overheids) instellingen zoals VWS en de NMa, voorzover hun activiteiten invloed hebben op concurrentie.

3 CPB, Concurrentie in de zorg, 2003

4 § 6.2 bevat een toelichting van de term betaalbaarheid en § 5.3 licht de term kwaliteit toe. De term toegankelijkheid heeft betrekking op de toegang van patiënten tot zorg, dit is onder meer afhankelijk van de betaalbaarheid van zorg, wachtlijsten en de locatie waar zorg wordt geboden.

CTG/ZAio probeert met dit document duidelijkheid te scheppen voor marktpartijen. Het is echter denkbaar dat de voornemens uiteindelijk sterk gewijzigd in besluiten verwerkt zullen worden als gevolg van bijvoorbeeld reacties op het document of gerechtelijke uitspraken. Dit document heeft derhalve geen juridische status.

Dit visiedocument is gebaseerd op literatuuronderzoek, een consultatiebijeenkomst en interviews met experts vanuit de sector, wetenschappelijke organisaties en de overheid.

Voor de consultatie van de partijen heeft CTG/ZAio half maart het Consultatiedocument fysiotherapie gepubliceerd. Overheidsinstellingen, brancheorganisaties en marktpartijen die direct of indirect betrokken zijn bij de markt voor fysiotherapie werd gevraagd om vanuit hun kennis en deskundigheid te reageren op dit document. In dit kader is het ook noemenswaardig te vermelden dat CTG/ZAio een netwerkgroep heeft opgericht zodat op een informele manier met individuele fysiotherapeuten via een digitaal forum kon worden gediscussieerd over aspecten die zijn opgenomen in het consultatiedocument. Ook heeft CTG/ZAio een brief gestuurd naar individuele verzekeraars met een selectie van de belangrijkste consultatievragen om inzicht te krijgen in het gedrag van verzekeraars op de markt voor fysiotherapie. Tenslotte hebben partijen de gelegenheid gekregen om tijdens een consultatiebijeenkomst hun schriftelijke reactie mondeling toe te lichten.

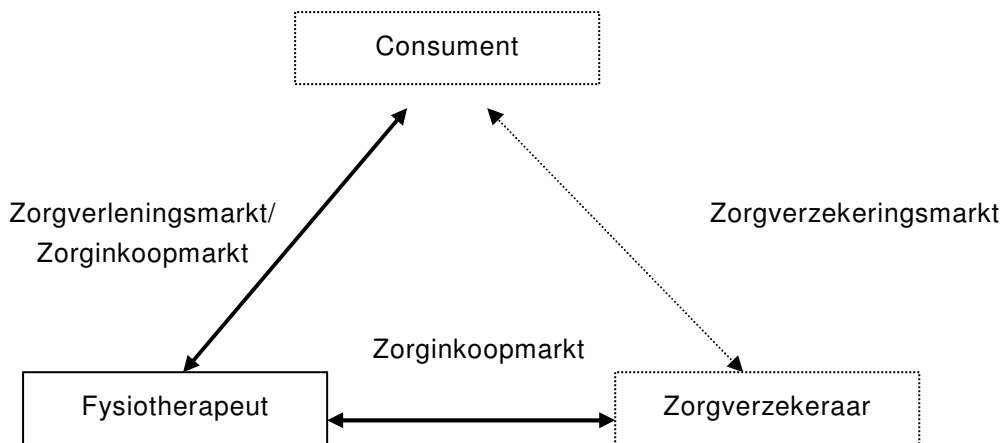
Op dit consultatiedocument zijn zestien reacties binnengekomen. Daarvan zijn er acht reacties afkomstig van brancheorganisaties en acht van individuele marktpartijen, veelal verzekeraars. Hierbij zijn de reacties die voortvloeien uit de discussies met individuele fysiotherapeuten via de netwerkgroep niet meegeteld. In de netwerkgroep zaten ongeveer 35 fysiotherapeuten. Aan de consultatiebijeenkomst hebben zestien personen namens tien verschillende organisaties deelgenomen. In de consultatie is gevraagd naar de juistheid van de analyse en de volledigheid van de inventarisatie van instrumenten en condities die van invloed zijn op concurrentie. Ook werd gevraagd naar concrete voorbeelden uit de praktijk die de analyses en conclusies bevestigen of weerleggen.

De reacties hebben onder andere tot de volgende aanpassingen ten opzichte van het consultatiedocument geleid. Ten eerste wordt er meer aandacht besteed aan mogelijk misbruik van inkoopmacht aan de kant van de verzekeraars. Ten tweede is het hoofdstuk dat ingaat op de monitor geactualiseerd. Tenslotte is de analyse minder theoretisch van aard en veelal aangevuld met concrete voorbeelden. Het resultaat is dit visiedocument.

1.3 Afbakening

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

Het visiedocument besteedt aandacht aan alle partijen die betrokken zijn bij de zorgverlenings- en zorginkoopmarkt voor fysiotherapie, alsmede aan hun onderlinge relaties. De marktpartijen zijn vrijgevestigde fysiotherapeuten, consumenten (als patiënt of als verzekerde) en zorgverzekeraars. Aangezien de introductie van prijsconcurrentie betrekking heeft op vrijgevestigde fysiotherapeuten, is de analyse vooral gericht op fysiotherapeuten en de relaties die zij aangaan met andere marktpartijen (de dikgedrukte pijlen in vorenstaand figuur).



Daar waar relevant zal eveneens gekeken worden naar de oefentherapeuten Cesar en Mensendieck aangezien de therapie die zij bieden een substituuat voor fysiotherapie kan zijn. De zorgverzekeringsmarkt zal marginaal worden besproken in dit document, maar zal later worden geanalyseerd in een apart consultatiedocument dat door CTZ naar verwachting eind juni zal publiceren.

Terwijl de bevoegdheden van CTG/ZAio verankerd zijn in de WTG, zijn ook andere regels in de markt voor fysiotherapie van invloed op de mogelijkheden voor concurrentie. Om inzicht te krijgen in de noodzakelijke instrumenten en condities om concurrentie te bevorderen, is daarom een integrale benadering noodzakelijk. CTG/ZAio beseft dat de analyse in dit visiedocument daarom ook andere organisaties raakt. Bij het schrijven van dit rapport is het CTZ intensief betrokken geweest bij die gedeeltes die de zorgverzekeraars raakten. Waar uit de analyse blijkt dat ook andere instellingen in de markt voor fysiotherapie invloed hebben op de mogelijkheden voor concurrentie, heeft CTG/ZAio de vrijheid genomen hun ongevraagd te adviseren.

1.4 Opbouw visiedocument

Dit visiedocument is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 gaat in op de bijzondere kenmerken van gezondheidszorg in het algemeen, waarbij ook de belangrijkste voorwaarden voor concurrentie in de zorg naar voren komen: voldoende spelers, afnemers die (kunnen) overstappen en het ontbreken van anti-competitief gedrag. Hoofdstuk 3 gaat kort in op het begrip fysiotherapie en bespreekt recente ontwikkelingen die van belang zijn voor deze markt. Tevens wordt concreet ingegaan op het hoe en waarom van het experiment van vrije prijsvorming in de markt voor fysiotherapie. Hoofdstuk 4 beschrijft de belangrijkste wetten die van invloed zijn op concurrentie in de markt voor fysiotherapie. Hoofdstuk 5 gaat in op de eerste voorwaarde voor concurrentie: een voldoende aantal spelers op de markt voor fysiotherapie. In het bijzonder wordt geanalyseerd wat de invloed is van mogelijke toetredingsdrempels en van horizontale en verticale integratie in deze markt. Hoofdstuk 6 bespreekt de mogelijkheden tot overstappen op de zorgverleningsmarkt (consument stapt over naar een andere zorgaanbieder), de zorginkoopmarkt (verzekeraar stapt over naar een andere zorgaanbieder) en de zorgverzekeringsmarkt (consument stapt over naar een andere zorgverzekeraar). Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan de bevordering van transparantie. Hoofdstuk 7 gaat over het voorkómen van anti-competitief gedrag. Dit betreft misbruik van een economische machtspositie zoals bedoeld in artikel 24 van de Mededingingswet, maar ook andere gedragingen die onwenselijk zijn met het oog op

het bevorderen van de concurrentie. Hoofdstuk 7 besteedt daarnaast aandacht aan de samenwerking tussen marktpartijen. Hoofdstuk 8 geeft ten slotte toelichting op de wijze waarop CTG/ZAio denkt zijn monitoringstaak in de experimenteerfase in grote lijnen in te kunnen vullen.

2. HET DOEL VAN MARKTWERKING IN DE ZORG

2.1 Inleiding

De overheid streeft naar goede zorg tegen aanvaardbare kosten. De overheid probeert deze doelstelling te bereiken door de juiste ordeningsprincipes in te zetten. Met de introductie van vrije prijzen verandert de overheid het ordeningsprincipe in een deel van de zorgsector waaronder de markt voor vrijgevestigde fysiotherapeuten. Prijsconcurrentie is dus geen doel op zich, maar een middel om kwalitatief goede zorg tegen aanvaardbare kosten te krijgen. Dit hoofdstuk gaat in op de bijzondere kenmerken van gezondheidszorg in het algemeen en de mogelijkheden voor vrije prijzen in de zorg. Veel van deze algemene kenmerken zijn ook van toepassing op de markt voor fysiotherapie en dat is de reden waarom deze kenmerken hier worden behandeld. Allereerst worden enkele algemene ordeningsprincipes toegelicht en is er aandacht voor de afwegingen die bestaan tussen een keus voor centralisatie of voor decentralisatie. Vervolgens wordt gekeken wat dit betekent voor de introductie van vrije prijzen in de zorg.

2.2 Het doel van ordeningsprincipes in de zorg

2.2.1 Ordening in de zorg heeft de volgende doelstellingen

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

De allocatie van het recht om beslissingen te nemen, is een belangrijk aspect in de ordering in de zorg. Het recht om beslissingen te nemen, kan worden gecentraliseerd (in dat geval neemt de overheid de beslissingen) of gedecentraliseerd (in dat geval nemen patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders beslissingen). In het huidige stelsel is het recht om beslissingen te nemen sterk gecentraliseerd: de overheid (of instanties namens de overheid) neemt in veel gevallen beslissingen over de hoeveelheid van het zorgaanbod⁵ en het totale budget voor de zorgsector.

De introductie van prijsconcurrentie in de zorg met de verschuiving van aanbodregulering naar meer vraaggerichte zorg heeft als doel om beslissingsbevoegdheden meer te delegeren.⁶

2.2.2 Een afweging tussen centralisatie en decentralisatie

Centralisatie en decentralisatie hebben beide voor- en nadelen. De behoefte aan inzicht in deze voor- en nadelen heeft de afgelopen twintig jaar geleid tot een aantal stelseldiscussies over de zorg, bijvoorbeeld de voornemens van de commissie-Dekker en het plan-Simons, en uiteindelijk tot concrete hervormingen.

⁵ Dit betreft met name de capaciteit van de zorginstellingen. Over het volume worden afspraken gemaakt tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars.

⁶ Tweede Kamer, 2003-2004 29 324 nr. 1.

Een voordeel van centrale planning is dat via budgettering een beheerste groei van de kosten van de gezondheidszorg mogelijk is. Als de overheid alle informatie had over de voorkeuren van patiënten, over de talenten en capaciteiten en het inspanningsniveau van zorgaanbieders en de ontwikkeling van de technologie, dan zou zij bovendien precies de juiste hoeveelheid benodigde zorg kunnen bepalen. Het is uiteraard onmogelijk al deze informatie te verzamelen en de economie op een goede wijze centraal te plannen. In de zorgsector heeft centrale planning geleid tot inefficiëntie en een sterk wisselende kwaliteit van zorgverlening. Doordat de kosten alleen worden beheerst door ingrijpen in het budget, ontstaan er wachtlijsten. Voorbeelden van de sterk wisselende kwaliteit kunnen worden gevonden in het rapport 'Gepaste zorg'.⁷ In dat rapport worden voorbeelden gegeven van grote regionale verschillen in zorgconsumptie. Zo blijkt een inwoner van Hoogeveen bij lage rugpijn een honderd keer zo grote kans te hebben op een ziekenhuisopname als een inwoner van Eindhoven. De kans op galblaasverwijdering verschilt met een factor dertig tussen ziekenhuizen. Het rapport stelt tevens dat de communicatie tussen professionals in de zorgketen te wensen overlaat. Dit leidt onder meer tot medicatiefouten. Geschat wordt dat medicatiefouten leiden tot ongeveer 90.000 ziekenhuisopnames per jaar.⁸ Uit onderzoek van Shell blijkt dat er momenteel een duidelijk inzicht ontbreekt in de omvang van het probleem van de veiligheid in de zorg.⁹ Ook gaan er veel kansen verloren om van incidenten te leren¹⁰. Door een structurele verbetering¹¹ van de veiligheid in de zorg is het volgens Shell mogelijk om over een periode van vijftien jaar het aantal incidenten met 75% te verminderen, hetgeen dan op termijn tot een besparing in Nederland van één tot drie miljard euro zal kunnen leiden¹². Ook TPG geeft voorbeelden dat betere zorg kan worden geleverd voor minder geld¹³. TPG komt tot de conclusie dat logistieke verbeteringen op korte termijn (twee tot drie jaar) de kwaliteit kunnen verbeteren onder een gelijktijdige kostenbesparing in de curatieve zorg tot 20%. Ook in het buitenland worden soortgelijke conclusies getrokken. Zo wordt het beslissingsrecht in de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk ook gedecentraliseerd door het invoeren van een 'internal market'.¹⁴

Decentralisatie heeft als voordeel dat besluitvorming plaatsvindt op het niveau waar de meeste informatie beschikbaar is: op het niveau van de patiënten, de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Volgens het Centraal Planbureau¹⁵ bestaat er geen eenduidige definitie van concurrentie, maar het citeert Joseph Stiglitz (een van de winnaars van de Nobelprijs voor economie in 2001) hij geeft aan dat concurrentie te maken heeft met markten, prikkels en decentralisatie. In perfect concurrerende markten worden decentrale beslissingen perfect gecoördineerd en worden alle marktparticipanten gestimuleerd om de juiste beslissingen te nemen tegen de laagst mogelijke kosten. Bij concurrentie op perfecte markten doen aanbieders hun best hun klanten 'waar voor hun geld' te bieden. Als consumenten niet tevreden zijn, kunnen ze overstappen naar andere aanbieders. Decentralisatie door

⁷ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 'Gepaste Zorg'. RVZ, 2004.

⁸ Het totaal aantal opnames in 2003 bedroeg ruim 1,5 miljoen.

⁹ Shell, 'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet', Eindrapportage Shell Nederland, november 2004.

¹⁰ Onder een incident worden alle bedoelde uitkomsten van een proces of behandeling verstaan. Een complicatie is dus ook een incident.

¹¹ Om tot een structurele verbetering van de veiligheid in de zorg te komen, zijn volgens Shell vier acties noodzakelijk. Ten eerste dienen alle ziekenhuizen per 1 januari 2008 een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) te hebben voor zowel patiënten als medewerkers. Ten tweede dienen de directies of raden van bestuur van ziekenhuizen volledig eindverantwoordelijk te zijn voor de veiligheid van patiënten en medewerkers in hun organisatie. Ten derde moeten zorgverzekeraars kwaliteit en veiligheid in hun contracten een vaste plaats geven. Ten vierde moet de overheid daadkracht en verantwoordelijkheid tonen.

¹² Shell baseert dit op eigen ervaring.

¹³ TPG, 'Het kan écht: betere zorg voor minder geld', Eindrapportage, 7 juni 2004.

¹⁴ Zie voor een meer uitgebreide beschrijving 'The health of nations, a survey of health care finance', The Economist, July 17th 2004.

¹⁵ CPB, 'Zorg voor concurrentie, een analyse van het zorgstelsel' CPB document No 28, januari 2003.

middel van marktwerking verkleint het risico dat belangrijke informatie over het hoofd wordt gezien en maakt kostbare informatieverzameling voor planning op centraal niveau overbodig.

Aan het decentraliseren van beslissingen kunnen ook nadelen zijn verbonden. Concurrentie kan niet goed werken als er belemmeringen zijn om toe te treden of als marktparticipanten zich anti-competitief gedragen (bijvoorbeeld door het vormen van kartels). Daarnaast zijn aan sommige activiteiten zo veel schaalvoordelen verbonden dat er geen concurrentie tot stand kan komen, of dat publieke doelen omtrent toegankelijkheid in het geding komen. In dat geval kan centrale planning de meer efficiënte oplossing zijn. Een voldoende aantal zorgaanbieders kan anti-competitief gedrag voorkomen. Het wegnemen van onnodige toetredingsbarrières en de fusiebeoordeling door de NMa dragen bij aan concurrentie (dit wordt uitgewerkt in paragraaf 5.4 en 5.5). De NMa kan bovendien optreden bij misbruik van een economische machtspositie of kartelvorming. Om de concurrentie te bevorderen, kan het bovendien wenselijk zijn om pro-actief in te grijpen in de markt (dit wordt uitgewerkt in hoofdstuk 7). Voorbeelden van pro-actief ingrijpen zijn bijvoorbeeld het stellen van eisen aan de wijze waarop de kwaliteit van de zorgverlening wordt gemeten en gepubliceerd.

2.2.3 Inspelen op de bijzondere kenmerken van de zorg

De zorgsector heeft bijzondere kenmerken die ten minste enige sturing door de overheid noodzakelijk maken. In het eerdergenoemde rapport van het Centraal Planbureau worden vier bijzondere algemene kenmerken van gezondheidszorg genoemd (deze zijn niet allemaal in gelijke mate van toepassing op de zorg die verleend wordt door fysiotherapeuten):

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

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

Ad 2 en 3) Het feit dat patiënten en verzekeraars kunnen overstappen, is binnen een stelsel van gereguleerde concurrentie een belangrijke disciplinerende factor voor zorgaanbieders om de zorgkwaliteit te verhogen. Hiervoor is wel voldoende transparantie nodig, zodat patiënten een afgewogen keuze kunnen maken voor een bepaalde zorgaanbieder. De (dreiging van) overstappende afnemers prikkelt zorgaanbieders (financieel) om aandacht te besteden aan die aspecten die de afnemers belangrijk vinden. In de zorgsector is goede kwaliteit echter vaak letterlijk van levensbelang. Het is dus van belang dat niet alleen de prijs, maar ook de zorgkwaliteit onderdeel uitmaakt van de afweging van een consument (en daarvan afgeleid de zorgverzekeraar) voor een bepaalde zorgaanbieder. De noodzaak tot transparantie over kwaliteit van de zorg wordt verder uitgewerkt in § 6.3. Een consument heeft als verzekerde ook informatie nodig over verzekeringen om tussen verzekeraars te kunnen kiezen. Indien de transparantie onvoldoende is, worden verzekerden belemmerd bij het overstappen. In het huidige zorgstelsel gaat het voor ziekenfondsverzekerden bijvoorbeeld om de premie van de verzekering en de dienstverlening door het ziekenfonds. Na invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 spelen ook de aangeboden polisvarianten een

rol. Een neveneffect is dat bij het achterwege blijven van informatie de prikkel van verzekeraars om zich te onderscheiden, door de belangen van hun verzekerden optimaal te behartigen en de prikkel om te concurreren, teniet worden gedaan. In hoofdstuk 5 zal kort aandacht besteed worden aan deze aspecten.

Ad 4) Omdat patiënten tegen ziektekosten zijn verzekerd, hebben zij nauwelijks tot geen belang bij lage behandelingskosten en zijn zij tot op zekere hoogte zelfs geneigd om te veel te consumeren (het zogenoemde moral hazard probleem). Theoretisch is de zorgvraag van een patiënt dus onbegrensd en onnodig groot¹⁶. De kosten daarvan worden gemitigeerd door de zorgverzekeraar een centrale rol in de onderhandelingen te geven en daarnaast de patiënt een eigen bijdrage te laten betalen (of een no-claimkorting te geven). In dit visiedocument wordt niet nader ingegaan op deze beleidsmaatregelen. In het rapport 'Gepaste zorg'¹⁷ wordt nadrukkelijk gewezen op de centrale rol die de arts vervult bij de keuze tussen zorgaanbieders en de aard en omvang van de zorgconsumptie. Een te hoge zorgconsumptie is onwenselijk, zowel uit het oogpunt van kostenbeheersing als uit het oogpunt van kwaliteit. In het rapport 'Gepaste zorg' wordt nadrukkelijk gesteld dat meer zorg wel leidt tot meer zorgkosten, maar vaak "geen hogere kwaliteit van zorg, geen betere gezondheidsresultaten en niet meer patiënttevredenheid" biedt. In dit licht is het ook belangrijk om stil te staan bij aanbod-geïnduceerde vraag. Het probleem van aanbodgeïnduceerde vraag doet zich voor in de situatie waarin de zorgaanbieder zijn eigen productie indiceert die niet gebaseerd hoeft te zijn op de werkelijke vraag naar zorg. De zorgverzekeraar zal in eerste instantie de indruk krijgen dat er meer zorg ingekocht dient te worden dan op medische gronden noodzakelijk is. Dit leidt tot ondoelmatige zorgverlening.

In dit licht moet worden benadrukt dat concurrentie kan bijdragen aan de beheersing van kosten per eenheid product, maar daarmee niet automatisch aan de beheersing van het Budgettair Kader Zorg¹⁸. Concurrentie zet namelijk geen rem op de vraag naar zorg. Bij het loslaten van centrale budgetten kan het volume stijgen doordat verzekerden de kosten van zorg niet direct in hun portemonnee voelen en zorgaanbieders een informatievoorsprong hebben ten opzichte van verzekeraars en patiënten.

2.2.4 De rol van CTG/ZAio

Zoals hierboven beschreven, is marktwerking in de zorg niet het ultieme medicijn om alle doelstellingen te realiseren. Aan marktwerking zijn een aantal risico's verbonden. CTG/ZAio is er om bij de invoering van marktwerking deze risico's te beperken en indien nodig in te grijpen. CTG/ZAio gaat dus niet over de invoering van de marktwerking zelf. De conclusie van de analyse in deze paragraaf is dat prijsconcurrentie in de zorg kan bijdragen aan kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering, maar dat de overheid (in nauw overleg met CTG/ZAio) een nadrukkelijk sturende rol moet vervullen om de risico's van marktwerking te beperken.

¹⁶ Het RVZ rapport "Gepaste zorg" concludeert echter dat wanneer de consument in het zorgcircuit is terecht gekomen deze nauwelijks invloed heeft op het zorggebruik. Het zijn vooral de aanbieders die dit bepalen. Het RVZ rapport stelt: "Beter geïnformeerde patiënten willen veelal minder zorg dan niet of slecht geïnformeerde patiënten. Het idee dat de meeste patiënten van alles willen, omdat het niets kost, klopt niet". Om gepast gebruik bij patiënten te bevorderen zijn zorginhoudelijke prikkels belangrijker dan financiële prikkels.

¹⁷ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. "Gepaste Zorg". RVZ, 2004.

¹⁸ De risico's van concurrentie voor het Budgettair Kader Zorg zijn in het eerdergenoemde rapport van het Centraal Planbureau voldoende beschreven. Dit visiedocument gaat er niet verder op in.

Deze sturende rol heeft wat betreft het bevorderen van concurrentie betrekking op:

- het aantal marktpartijen (hoofdstuk 5);
- de mogelijkheden voor verzekeraars en consumenten om over te stappen (hoofdstuk 6);
- geen anti-competitief gedrag van aanbieders en verzekeraars (hoofdstuk 7)

3. FYSIOTHERAPIE: KENMERKEN EN RECENTE GESCHIEDENIS

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat kort in op de belangrijkste kenmerken van het product fysiotherapie en de recente geschiedenis met betrekking tot de markt voor fysiotherapie voor de inwerkingtreding van het experiment met vrije prijsvorming. Na een korte uitleg van het begrip fysiotherapie in § 3.2 bespreekt § 3.3 de huidige situatie en recente ontwikkelingen in deze markt. § 3.4 gaat nader in op het experiment met vrije prijsvorming en geeft een indicatie van de totale uitgaven aan fysiotherapie.

3.2 Fysiotherapie

Fysiotherapie is gericht op het bewegend functioneren van de mens en vindt plaats door middel van massagetherapie, oefentherapie (beweging) en fysische therapie (prikkel door middel van warmte, koude, licht, geluid en elektriciteit waaraan apparatuur te pas komt.) Mensen kunnen voor een breed scala aan klachten bij een fysiotherapeut terecht. Hierbij kan gedacht worden aan: chronische pijn, hart- en vaataandoeningen, sportblessures, herstellen van breuken, en arbeidsgerelateerde aandoeningen, zoals RSI. Daarnaast kunnen ook preventieve behandelingen een belangrijk onderdeel vormen van de fysiotherapeutische behandelingen. Het product fysiotherapie is nauw verwant aan de producten oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck (in het vervolg oefentherapie C/M), zover het betrekking heeft op het deel oefentherapie, ondanks mogelijke verschillen in behandelingswijze en of behandelingsdoel.

Oefentherapie C/M is gericht op verbetering van het bewegend functioneren van de mens en zijn lichaamshouding. Dit gebeurt door middel van een motorisch leerproces en een gedragsveranderingsproces, waarbij de patiënt geïnformeerd wordt over het ontstaan van de klacht en een beter uitgebalanceerd bewegingspatroon aanleert met als doel de balans tussen belasting en belastbaarheid te herstellen. Als gevolg hiervan zullen pijnklachten vaak afnemen en leert de patiënt omgaan met eventuele beperkingen.

Tot 1996 werden alle fysiotherapeutische behandelingen vergoed door het ziekenfonds¹⁹ (tweedecompartimentszorg). Daarna is ongeveer 20% naar de aanvullende verzekering (derde compartiment) gegaan. Toen werden onder andere alleen nog de eerste negen behandelingen vergoed door het ziekenfonds. Door de pakketmaatregelen van 1 januari 2004 wordt fysiotherapie alleen nog vergoed voor jongeren tot 18 jaar en komen alleen patiënten met bepaalde chronische aandoeningen nog in aanmerking voor vergoeding vanaf tien behandelingen. De resterende fysiotherapeutische zorg, tussen de 70 en 80%, komt ten laste van de aanvullende verzekering of eigen betalingen²⁰.

3.3 Recente geschiedenis

De fysiotherapeuten kennen een zittingentarief. Het reguliere CTG- tarief was € 21,50 in 2003 en 2004, ongeacht de inhoud en tijdsduur van de behandeling. Het zittingentarief kent nog wel wat differentiatie. Zo kan voor een zitting kinderfysiotherapie/manuele therapie/oedeemtherapie 1,5 maal

19 Toelichting: Eerste compartiment is de AWBZ, tweede compartiment is het ziekenfonds en het derde compartiment is de aanvullende verzekering. Het eerste en tweede compartiment samen is het Budgettair Kader Zorg (BKZ)

20 CVZ, Wetgeving Gezondheidszorg - Suppl. 233 (februari 2004), Hoofdstuk 3.5.5.1 Regeling Paramedische hulp ziekenfondsverzekering.

het reguliere tarief in rekening worden gebracht. De reden voor dit hogere tarief is dat de werkzaamheden in deze therapieën aantoonbaar langer duren dan de reguliere behandeling. Hierdoor zouden de desbetreffende fysiotherapeuten het normatieve inkomen niet kunnen halen. Tevens zijn er toeslagen voor behandeling aan huis en in een inrichting. Daarnaast zijn er tarieven voor groepsbehandeling van twee tot en met tien personen en bestaat er een tarief voor een eenmalig fysiotherapeutisch onderzoek.

3.3.1 Het tot stand komen van het inkomens- en kostenbestanddeel

Begin 1996 hebben de koepelorganisaties Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) /Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren (KPZ) voorstellen ingediend bij het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) voor een herijking van het kostenbudget voor fysiotherapie. Uiteindelijk is de eerste fase van de kostenherijking in een beleidsregel per 1 januari 1999 vastgelegd en in de tarieven verwerkt. Op 1 januari 2001 is de tweede fase van de herijking doorgevoerd en in de tarieven verwerkt. Het inkomen is per 1 juli 2001 aangepast in verband met de sterk gestegen premies voor de ziektekosten- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. In 2002 is de derde en laatste fase van een kostenherijking in de tarieven verwerkt. In de periode 1999 tot en met 2004 is het kostenbestanddeel gestegen van € 21.961,- naar € 27.511,- en het inkomen van € 41.573,- naar € 51.948,-.

In 2000 heeft de Minister van VWS het CTG verzocht een plan van aanpak te ontwerpen voor de inkomensherijking voor de vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, waaronder ook de fysiotherapeuten. In juli 2002 heeft het CTG nieuwe, normatieve inkomens vastgesteld. Met name vanwege de financiële implicaties – dit bracht ruim € 250 miljoen aan extra kosten mee, waarvan circa € 77 miljoen voor de fysiotherapeuten – wilde het CTG het oordeel van de Minister over dit voorstel betrekken bij de definitieve besluitvorming over de nieuwe beleidsregels. Voor fysiotherapeuten zou dit een inkomensstijging van € 7.460,- per fte per jaar betekenen, wat gelijk is aan een inkomensstijging van 15,8%.

In december 2002 reageerde de Minister afwijzend op deze inkomensherijking. Het kabinet had voor de verdeling van de financiële middelen duidelijke keuzes gemaakt. Prioriteit kreeg het volume van de zorg; de inkomensontwikkeling in de zorg achtte het kabinet van minder belang. De Minister vond een inkomensstijging van gemiddeld 10%, gegeven het verslechterde economische klimaat, onaanvaardbaar.

3.3.2 De rekennorm

Tot 1987 bestond er een verrichtingensysteem voor fysiotherapeuten. In 1987 heeft het COTG beleidsregels vastgesteld om het verrichtingensysteem te vervangen door het zittingensysteem. De reden hiervoor was dat de kosten van fysiotherapie te snel stegen. Er golden voor het verrichtingensysteem geen volumeafspraken. Tussen de toenmalige koepelorganisaties VVF en VNZ (Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen) bestond geen overeenstemming over het aantal zittingen per dag. De ziekenfondsen hebben toen zestien zittingen per dag voorgesteld. Dat voorstel had als basis het gemiddeld aantal berekende zittingen per dag dat volgens gegevens van de ziekenfondsen door de fysiotherapeuten zou worden uitgevoerd. Over de gemiddelde tijdsduur per zitting in minuten bestond toen al geen overeenstemming. Uiteindelijk is het zittingensysteem met de zestien zittingen per dag per 1 april 1991 geëffectueerd. De particuliere sector volgde per 1 januari 1997, tot die tijd hanteerde deze sector nog het verrichtingensysteem.

In 1993 hebben de representatieve partijen (ZN en VVF) een voorstel bij het COTG ingediend om de rekennorm te verlagen naar 15,5 zittingen per dag. Dit voorstel is door het COTG niet overgenomen. De onderbouwing was op een minutenbenadering gebaseerd. Het COTG heeft toen opgemerkt dat per 1 april 1991 de minutenbenadering is losgelaten en dat eerst geëvalueerd zou moeten worden in hoeverre het aantal van zestien nog voldeed aan de verwachtingen die er waren bij de invoering van het zittingensysteem. Eind 2001 heeft Deloitte & Touche Bakkenist in een rapportage²¹ inzake het onderzoek naar de tijdsbesteding en het inkomen van de vrijgevestigde fysiotherapeut aangetoond dat de patiëntgebonden (directe en indirecte) tijd per reguliere behandeling 34 tot 37 minuten bedraagt. Zestien zittingen op een dag betekende dat een fysiotherapeut minimaal negen uur per dag zou moeten werken om het norminkomen te halen.

Op 14 december 2001 ontving het CTG een verzoek van het KNGF om het aantal zittingen per dag te reduceren van zestien naar veertien, bij een gelijk aantal werkbare dagen van 230 per jaar. Het CTG heeft destijds besloten als eerste stap de rekennorm te verlagen van zestien naar vijftien zittingen per dag. Dit CTG-voorstel wees de Minister van VWS af wegens het ontbreken van financiële middelen.

Eind 2003 is in de Tweede Kamer de motie-Schippers c.s.²² aangenomen inzake vrije tarieven voor de fysiotherapie. Hierin stond dat per 1 juli 2004 prestatiebeschrijvingen fysiotherapie moesten worden opgesteld en dat per 1 juli 2004 fysiotherapeuten vrijgesteld dienden te worden van de WTG, zodat binnen de fysiotherapie vrije tariefvorming plaats kon vinden.

In april 2004 heeft het KNGF opnieuw een verzoek tot rekennormverlaging naar 14 zittingen ingediend met dezelfde argumenten als in december 2001. Daarnaast werd duidelijk dat de motie-Schippers c.s.²³ niet per 1 juli 2004 zou worden uitgevoerd. Dit betekende dat de tarieven op die datum nog niet vrij werden gelaten. Het KNGF wilde daarom nog een tariefsverhoging voor de periode van 1 juli 2004 tot 1 januari 2005 doorvoeren. CTG/ZAio heeft de beleidsregels toen niet aangepast, omdat de tarieven op 1 januari 2005 zouden worden vrijgegeven. Tevens hield de Minister van VWS rekening met een mogelijke tariefstijging bij de invoering van vrije tarieven.

Uiteindelijk is de gewijzigde WTG op 1 februari in werking getreden. Ter overbrugging van deze extra maand uitstel is tijdens de CTG/ZAio-vergadering van 13 december 2004 besloten om voor de maand januari de rekennorm te verlagen van zestien naar veertien zittingen per dag. Dit voorstel hield in dat het maximumtarief verhoogd zou worden naar € 25,- per zitting. Hiermee konden reeds per 1 januari 2005 gesloten overeenkomsten tussen individuele fysiotherapeuten en zorgverzekeraars, waarin hogere tarieven dan € 21,50 per zitting waren afgesproken, toch worden uitgevoerd. Op 24 december heeft de Minister zijn voornemen om deze door CTG/ZAio vastgestelde beleidsregel goed te keuren, ingetrokken. De reden hiervoor was dat deze beleidsregel zich volgens de Minister onvoldoende verhoudt met het streven om langs een natuurlijke weg marktconforme tarieven te laten ontstaan. Dit betekende dat tot de inwerkingtreding van de gewijzigde WTG het maximumtarief van € 21,50 per zitting geldig bleef.

21 Deloitte & Touche Bakkenist, Onderzoek naar de tijdsbesteding en het inkomen van de vrijgevestigde fysiotherapeut, november 2001.

22 Motie van het lid Schippers c.s. voorgesteld op 9 december 2003.

23 Motie van het lid Schippers c.s. voorgesteld op 9 december 2003

3.3.3 Versterking eerstelijnszorg en de regionale ondersteuningsstructuur

Een groot aantal partijen, waaronder het KNGF, heeft een intentieverklaring²⁴ ondertekend die een aantal gezamenlijke standpunten en intenties bevat, waarmee partijen samen beogen om tot een sterke, toekomstgerichte eerstelijnszorg te komen. Het belang van een betere service voor patiënten, het waarborgen van een hoogwaardig zorgaanbod en het creëren van een goede werkomgeving voor zorgaanbieders staan hierin voorop. Daarnaast worden er geïntegreerde regionale ondersteuningsstructuren opgezet, waarbij tevens oog is voor een systeem van kwaliteitsborging op landelijk niveau. Er dient een regionale organisatie van ondersteuningsactiviteiten te ontstaan. In samenspraak met zorgaanbieders kopen zorgverzekeraars ondersteuning in, die voorziet in de regionale behoeften van eerstelijnszorgaanbieders (huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten, logopedisten). CTG/ZAio heeft een moduletariaf van € 1, – per verzekerde per jaar vastgesteld om deze initiatieven te financieren.

3.3.4 Directe toegang

Het KNGF heeft bij de discussie over varianten op het zittingensysteem aangegeven bij de inwerkingtreding van de gewijzigde WTG rekening te willen houden met de directe toegang van patiënten tot fysiotherapie. Momenteel kan een patiënt alleen na verwijzing van de arts (huisarts, medisch specialist) bij de fysiotherapeut terecht. De Minister van VWS heeft onlangs²⁵ aangegeven dat hij directe toegang tot de fysiotherapie (DTF) mogelijk zal maken. Hiertoe zal hij de wet BIG aanpassen. Directe toegankelijkheid van fysiotherapie is daarmee per 1 januari 2006 (bij de inwerkingtreding van de WMG), of eerder bij aanpassing van de wet BIG, mogelijk. De specifieke invulling, contractering en daarmee het welslagen van directe toegankelijkheid van fysiotherapie is de verantwoordelijkheid van fysiotherapeuten en verzekeraars. TNO²⁶ heeft met een aantal fysiotherapeuten, een onderzoek gedaan naar de wenselijkheid van directe toegankelijkheid van fysiotherapie (DTF). Hieruit is gebleken dat het percentage DTF-patiënten, over alle proeflocaties, gemiddeld 10% bedraagt van het totaal aantal ziekenfondspatiënten. Vanuit de pilot locaties werd regelmatig opgemerkt dat juist particuliere patiënten veel belangstelling hebben voor DTF. Deze groep viel echter buiten het onderzoek.

3.3.5 Totale kosten fysiotherapie

In het Rapport Financiële Bouwstenen Zorg van VWS van februari 2003 is voor fysiotherapeutische hulp in 2004 € 676 miljoen aan uitgaven geraamd. Voor 2004 maakten de uitgaven aan derdecompartimentszorg zo'n 20% uit van de totale uitgaven. Op 1 januari 2004 is een groot gedeelte naar het derde compartiment overgeheveld. De werkelijke kosten binnen het Budgetair Kader Zorg (BKZ) zijn tot op heden niet bekend. Volgens het KNGF zit ongeveer 73% in het derde compartiment en dit betekent dat er momenteel nog een bedrag van € 186 miljoen ten laste van het BKZ komt. Volgens het Ministerie van VWS zijn de kosten van fysiotherapie ten laste van het BKZ echter € 222 miljoen. Dit houdt in dat er in totaal ongeveer 67% naar het derde compartiment zou zijn gegaan. De werkelijke totale kosten van fysiotherapie zijn moeilijk vast te stellen; fysiotherapie wordt heel vaak samen met oefentherapie C/M genoemd.

²⁴ Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg, convenant, 30-08-2004

²⁵ Brief aan de Tweede Kamer met kenmerk CZ/EZ-2540187

²⁶ TNO-rapport, Pilot Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie, opdrachtgever CVZ, mei 2004.

3.4 Experiment met vrije prijzen

3.4.1 Experiment

Fysiotherapie is in het verleden steeds genoemd als meest geschikte sector om vrije prijzen te introduceren. Hierover werd reeds gesproken in de VWS-notitie *Speelruimte en Verantwoordelijkheid*²⁷ en in de *Deelmarktanalyses*²⁸. De overweging daarvoor was dat vraag en aanbod binnen de fysiotherapie redelijk met elkaar in evenwicht zijn.

Eind 2003 is in de Tweede Kamer de motie-Schippers c.s.²⁹ aangenomen inzake vrije tarieven voor fysiotherapie. Een belangrijk onderdeel van deze motie vormde ook het opstellen van prestatiebeschrijvingen per 1 juli 2004. Echter per 1 juli 2004 was er tussen het KNGF, ZN en VWS nog geen overeenstemming bereikt over de prestatiebeschrijvingen. De Minister van VWS heeft CTG/ZAio in juni 2004 meegedeeld dat de motie-Schippers per 1 januari 2005 zou worden uitgevoerd.

CTG/ZAio heeft in november 2004 een uitvoeringstoets vastgesteld inzake de invoering van vrije tarifiering voor twee jaar voor fysiotherapeuten. In 2005 blijft de zitting als declaratiebasis gelden. Het tarief per zitting is, per inwerkingtreding van de gewijzigde WTG, vrij onderhandelbaar. Het was de bedoeling om de huidige zittingen in 2006 te vervangen door prestatiebeschrijvingen. Het zittingensysteem zou worden losgelaten en er zouden landelijk vrije tarieven gaan gelden op basis van prestatiebeschrijvingen. Partijen hebben echter de wens geuit om in 2006 de zitting als basis te blijven gebruiken. Regionaal kunnen dan mogelijk combinaties of producten (met de zitting als bouwsteen) worden overeengekomen.

Naast de genoemde zittingen en toeslagen in § 3.3 worden, per inwerkingtreding van de gewijzigde WTG, de volgende varianten op de zitting vastgesteld:

- zitting bekkenfysiotherapie;
- groepszitting voor meer dan tien personen;
- instructie/overleg van de ouders van een patiënt kinderfysiotherapie;
- informatieverstrekking aan derden;
- verstrekte verband- en hulpmiddelen.

3.4.2 Doelstelling en criteria experiment

In het verzoek om een uitvoeringstoets van september 2004 heeft de Minister van VWS de volgende criteria en doelstelling van het experiment aangegeven. Als toetsingscriteria gelden de algemene doelstellingen van de WTG, zoals het nastreven van een uniforme transparante procedure, evenwichtige tarieven en doelmatigheid van zorg.

Andere toetsingscriteria en indicatoren hebben betrekking op:

- de kwaliteit van de geleverde zorg;

27 Notitie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de WTG, *Speelruimte en verantwoordelijkheid*, mei 2000.

28 KPMG, *De markt voor fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck: deelmarktanalyse, 2002*, Hoofddorp.

29 Motie van het lid Schippers c.s. voorgesteld op 9 december 2003. De motie Schippers luidt: Overwegende dat de pakketmaatregelen fysiotherapie voor fysiotherapeuten en de gebruikers van fysiotherapie naast een herverdeling van kosten ook nieuwe perspectieven moet bieden, zoals variatie van het aanbod, innovatie en een nieuwe impuls voor ondernemerschap; overwegende dat hiervoor vrije tarieven onontbeerlijk zijn

- de mate waarin de patiënt en consument en fysiotherapeut en zorgverzekeraars geïnformeerd zijn over het product/prijspakket;
- de tevredenheid van de patiënt/consument;
- de manier waarop de verzekeraar zijn regierol oppakt;
- de toegankelijkheid van de fysiotherapeutische zorg;
- ontwikkelingen in de aanvullende verzekering;
- prijs- en kosteneffecten als gevolg van de introductie van vrije tariefvorming.

Het Ministerie van VWS heeft inmiddels in samenspraak met de belangrijkste brancheorganisaties besloten om het experiment aan de hand van een drietal centrale criteria te evalueren. Dit zijn kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. De bovengenoemde criteria kunnen hier grotendeels in worden ondergebracht. CTG/ZAio heeft op verzoek van het Ministerie van VWS reeds een voorstel gepresenteerd aan de belangrijkste marktpartijen voor de invulling en vormgeving van de monitor waarmee iets over de ontwikkeling in deze criteria gezegd kan worden. Medio augustus zal CTG/ZAio een concreet advies naar de Minister van VWS sturen over de invulling en vormgeving van de monitor.

Volgens de Minister³⁰ is de doelstelling van het experiment dat er zodanige marktverhoudingen ontstaan dat tegen een redelijke prijs kwalitatief goede fysiotherapeutische zorg wordt geleverd, die aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt/consument en die ruimte biedt aan een gezonde praktijkvoering binnen de sector.

3.4.3 Afbakening experiment

De Minister heeft tijdens het beantwoorden van de Kamervragen aangegeven dat het experiment een uitvloeisel van de motie-Schippers is en dat die zich uitsluitend op de fysiotherapie richt. Er zijn fysiotherapieverwante verrichtingen die door oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck worden uitgevoerd. Deze beroepsgroepen houden in 2005 het huidige zittingensysteem met maximumtarieven. De Minister wil via het Landelijke Informatiesysteem Paramedische Zorg (LIPZ) en CTG/ZAio inzicht krijgen in mogelijke markteffecten voor bepaalde beroepsgroepen. Bij het slagen van het experiment zal de Minister nader bestuderen voor welke beroepsgroepen en binnen welke reikwijdte vrije prijsvorming kan worden gefaciliteerd.

Verder geldt de vrije tarifiering alleen voor de vrijgevestigde fysiotherapeuten en voor fysiotherapeuten in loondienst bij een andere fysiotherapeut. Voor de intramurale fysiotherapeuten in loondienst blijven er maximumtarieven gelden. Bovendien geldt de vrije tarifiering alleen voor de door CTG/ZAio vastgestelde varianten op de zittingen en mag er niet over de prijs onderhandeld worden voor andere behandelingen of toeslagen. Zorgverzekeraars worden echter niet verplicht om alle varianten op de zittingen te contracteren. Ook hoeven de fysiotherapeuten niet alle varianten op de zittingen aan te bieden.

3.4.4 Risico van kostenstijging

Zoals al beschreven in § 3.3 heeft het KNGF in de afgelopen paar jaar twee keer een verzoek bij CTG/ZAio ingediend tot verlaging van de normpraktijk van het aantal zittingen. De reden van deze verzoeken was dat de fysiotherapeuten vinden dat zij al jaren een tariefachterstand hebben. De

30 Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Schippers c.s. over de voortgang van de uitvoering van de motie over de vrije tariefvorming fysiotherapie. (204050350)

Minister van VWS heeft, in een brief aan CTG/ZAio, aangegeven dat er een tariefsverhoging te verwachten is als gevolg van de toekomstige marktdynamiek. De kostenstijging die hieruit voortvloeit, wordt echter weer gedeeltelijk gecompenseerd door de pakketverkleining die heeft plaatsgevonden en de verschuiving van uitgaven naar de aanvullende verzekering die niet onder het BKZ valt. Er dient dus rekening gehouden te worden met vraaguitvaleffecten en een verschuiving van vraag naar de aanvullende verzekeringen. Beide effecten zijn moeilijk in te schatten. De Minister heeft aangegeven dat er geen ruimte beschikbaar is voor een uitgavenstijging bij de fysiotherapeuten. Als de BZK-uitgaven als gevolg van het experiment stijgen, zal de Minister maatregelen nemen om de overschrijding van het BKZ te compenseren.

Het is echter lastig om gedurende het experiment een stijging van de kosten te monitoren. De reden hiervoor is dat er geen goede nulmeting is. Voor het ontbreken van een representatieve nulmeting zijn een aantal redenen te noemen. Door de pakketmaatregelen per 1 januari 2004 is een groot gedeelte van de fysiotherapeutische zorg naar de aanvullende verzekering gegaan. Hierdoor zijn de totale uitgaven die ten laste komen van het BKZ lager dan de jaren ervoor. Verder worden in de totale uitgaven fysiotherapie ook de uitgaven aan oefentherapie C/M opgenomen.

4. RELEVANTE WETGEVING

Dit hoofdstuk geeft toelichting op de relevante wetgeving met betrekking tot vrije prijsvorming bij fysiotherapeuten. § 4.1 bespreekt hiertoe de bestaande instrumenten voor toezicht op concurrentie: de Mededingingswet en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG, zoals gewijzigd bij het wetsvoorstel WTG ExPres). Er is een specifieke Wet marktordening gezondheidszorg in voorbereiding. Verwacht wordt dat deze wet op 1 januari 2006 in werking treedt. De contouren van de wet heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) beschreven in een brief aan de Tweede Kamer³¹. Dit document gaat hier niet verder op in. § 4.2 gaat in op de overige relevante wetgeving.

Achtereenvolgens behandelt deze paragraaf de Ziekenfondswet (Zfw), het Wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ), de Wet op de Toegang Ziektekostenverzekeraars (WTZ), de Wet Toezicht Verzekeringbedrijf (WTV) en de nieuwe Zorgverzekeringwet (ZVW).

4.1 Bestaande instrumenten

4.1.1 Mededingingswet

De Mededingingswet is van toepassing op afspraken en gedragingen van ondernemingen op terreinen waar daadwerkelijke mededinging mogelijk is. De rechtsvorm waarin ondernemingen zijn georganiseerd en de manier waarop de activiteiten van de onderneming worden gefinancierd, zijn voor de toepasselijkheid van de Mededingingswet niet van belang. De Mededingingswet is van toepassing op aanbieders van fysiotherapeutische zorg en zorgverzekeraars.

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

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

Kartels

Kartels zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemingsverenigingen of onderling afgestemde gedragingen die de mededinging beperken, zijn bijvoorbeeld onderlinge prijsafspraken en het verdelen van markten verboden. Het verbod geldt niet voor afspraken tussen een beperkt aantal ondernemingen met een beperkte gezamenlijke omzet³² (de zogenoemde bagatelbepaling), omdat dergelijke afspraken de markt slechts zeer gering beïnvloeden.

Samenwerkingsafspraken tussen ondernemingen die de mededinging merkbaar beperken, zijn toegestaan mits³³ (i) deze bijdragen tot verbetering van de productie of van de distributie of tot bevordering van de technische of economische vooruitgang, mits een billijk aandeel in de daaruit voortvloeiende voordelen de gebruikers ten goede komt, en zonder nochtans aan de betrokken ondernemingen:

a) beperkingen op te leggen die voor het bereiken van deze doelstellingen niet onmisbaar zijn, of

³¹ Brief van 10 september, TK2003-2004, 29 324, nr. 3.

³² Niet meer dan 8 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.

³³ Zie artikel 6(3) van de Mededingingswet

b) de mogelijkheid te geven, voor een wezenlijk deel van de betrokken goederen en diensten de mededinging uit te schakelen.

In de 'Richtsnoeren voor de beoordeling van samenwerking bedrijven binnen en buiten brancheorganisaties'³⁴ geeft de NMa de criteria die worden gehanteerd bij de handhaving van het kartelverbod. Alle samenwerkingsvormen tussen ondernemingen die de mededinging niet beperken, zijn sowieso toegestaan op grond van de Mededingingswet.

Misbruik van een economische machtspositie

Een onderneming met een machtspositie die zich daardoor bij het bepalen van haar beleid weinig hoeft aan te trekken van de andere marktpartijen, kan een bedreiging vormen voor de werking van de markt als zij die economische machtspositie misbruikt. Het hebben van een economische machtspositie is op zichzelf niet in strijd met de Mededingingswet. Van die machtspositie mag echter geen misbruik worden gemaakt. Van misbruik van een economische machtspositie kan sprake zijn wanneer een onderneming extreem hoge prijzen rekent, bepaalde afnemers uitsluit van levering of onredelijke contract- of leveringsvoorwaarden hanteert. Voorbeelden van mogelijk onredelijke contract- of leveringsvoorwaarden zijn koppelverkoop, langetermijncontracten en het onnodig verhogen van overstapkosten. Een voorbeeld van misbruik van een economische machtspositie is een dominante marktpartij die onredelijke contractvoorwaarden stelt die de wederpartij niet zou hebben geaccepteerd als de andere marktpartij niet dominant was geweest.³⁵ Een ander voorbeeld is een dominante partij die contractvoorwaarden oplegt die – hoewel op zichzelf gezien niet onredelijk – de wederpartij in vergaande mate binden en daarmee de concurrentie voor de onderneming met machtspositie verder beperken. Dit geldt onder andere voor langetermijncontracten of voor contracten die exclusieve afnamebepalingen bevatten.³⁶ Van misbruik van een economische machtspositie kan verder sprake zijn als een onderneming concurrenten uit de markt drukt of voorkomt dat nieuwe ondernemingen op de markt komen door bijvoorbeeld extreem lage prijzen te hanteren.

Om te bepalen of er sprake is van een economische machtspositie, is het van belang om eerst de relevante markt vast te stellen. De relevante markt bestaat uit twee soorten markten: de relevante productmarkt en de relevante geografische markt.³⁷

Fusies

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

Handhaving

De NMa is belast met het toezicht op de naleving van de Mededingingswet. Bij overtreding kan de NMa boetes en een last onder dwangsom opleggen. 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

³⁴ Richtsnoeren voor de beoordeling van samenwerking bedrijven binnen en buiten brancheorganisaties, Stcrt. 2001, nr. 108, blz. 28.

³⁵ Commissie 4 december 1981, PbeG 1982L 94/12.

³⁶ HvJ EG 13 februari 1979, zaak 86/76, Jur. 1979, blz. 561; Hoffman-La Roche.

³⁷ De relevante productmarkt omvat alle producten en/of diensten die op grond van hun kenmerken, prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd, door de consument als onderling inwisselbaar worden beschouwd. De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen de betrokken ondernemingen een rol spelen in de vraag naar en het aanbod van goederen en diensten, waarbinnen de mededingingverhoudingen voldoende homogeen zijn en dat van aangrenzende gebieden kan worden onderscheiden doordat daar duidelijk afwijkende mededingingvoorwaarden heersen. De relevante geografische markt kan groter, kleiner of gelijk zijn aan Nederland.

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.

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

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) regelt de manier waarop tarieven en prestatiebeschrijvingen in de zorg tot stand komen. Doel van de WTG is het bevorderen van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg. Dit mede met het oog op de beheerste kosten-ontwikkeling daarvan. Kort gezegd verbiedt de WTG:

- (1) het hanteren van andere prestatiebeschrijvingen dan die op grond van de wet zijn vastgesteld en
- (2) het in rekening brengen van tarieven die niet op grond van de wet tot stand zijn gekomen.³⁸

Fysiotherapeuten blijven als orgaan voor gezondheidszorg onder de werkingssfeer van de WTG, maar zijn in het kader van het beoogde experiment niet meer gebonden aan maximumtarieven.

Beleidsregels

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

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

Tarieven

De vrije tarieven in de fysiotherapie per 1 februari 2005 zullen gelden voor alle vrijgevestigde fysiotherapeuten en alle zorgverzekeraars in heel Nederland voor de gehele fysiotherapeutische zorg (zowel tweede als derde compartiment). Daarnaast komt er een lokaal experiment met de nog te ontwikkelen prestatiebeschrijvingen in 2005.

Prestatiebeschrijvingen

Om de transparantie te bevorderen was het de bedoeling om de huidige zittingen te vervangen door gevarieerde prestatiebeschrijvingen. Het KNGF en ZN bekijken momenteel de mogelijkheden van nieuwe variaties op de zitting, echter wel met het nadrukkelijke uitgangspunt dat de zitting als een van

³⁸ De WTG verbiedt het in rekening brengen van een tarief:

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

de prestaties gehandhaafd blijft, ook voor 2006 en daarna. Regionaal kunnen dan mogelijk combinaties of producten (met de zitting als bouwsteen) worden overeengekomen.

Administratievoorschriften en gegevensverstrekking

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn verplicht om op basis van de WTG een administratie te voeren waarin onder andere zichtbaar zijn:

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

CTG/ZAio kan aanvullende regels stellen waaraan administraties moeten voldoen. In dergelijke regels zal onder meer een standaardprijslijst worden voorgeschreven. Ten slotte kan CTG/ZAio eisen stellen aan periodieke gegevensverstrekking door bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Standaardprijslijst

Iedere fysiotherapeut dient een openbare prijslijst op een toegankelijke manier aan de patiënt bekend te maken. Die lijst geldt voor patiënten van wie de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen met de desbetreffende fysiotherapeut. Deze 'standaardprijslijst' dient financiële duidelijkheid te geven aan onverzekerde patiënten en aan patiënten die behandeld willen worden door een fysiotherapeut die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd. Hiertoe vermeldt de standaardprijslijst per (variant op de) zitting de prijs. Zorgaanbieders dienen ervoor te zorgen dat hun standaardprijslijst op eenvoudige wijze toegankelijk is voor het publiek (de patiënt/consument en derden). Daarnaast zijn fysiotherapeuten verplicht om hun standaardprijslijst aan CTG/ZAio te sturen.

Handhaving

Overtreding van de WTG is strafbaar gesteld in de Wet op de economische delicten.³⁹ Daarnaast is CTG/ZAio bevoegd om een aanwijzing te geven of bestuursdwang toe te passen bij onder andere:

- (1) niet nakoming van de verplichtingen ten aanzien van het voeren van de administratie,
- (2) niet nakoming van de verplichting patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren omtrent in rekening te brengen tarieven en
- (3) niet nakoming van de verplichting tot het verstrekken van gegevens⁴⁰.

Omdat CTG/ZAio de bevoegdheid heeft om bestuursdwang toe te passen, is het op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) ook bevoegd 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 te plaatsen kan, mogen de te kopiëren stukken voor korte tijd worden meegenomen – en vervoermiddelen onderzoeken.

4.1.3 Verhouding NMa en CTG/ZAio

Deze paragraaf beschrijft de verhouding tussen NMa en CTG/ZAio voor de periode tot aan inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg. De brief van VWS aan de Tweede

³⁹ 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.

⁴⁰ Meer precies is bestuursdwang toegestaan bij overtreding van de artikelen 2a, 2b, 30 en 30 a, van de WTG.

Kamer over de Zorgautoriteit⁴¹, gaat in op de verhouding tussen beide organisaties na invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg.

CTG/ZAio voert de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) uit. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) voert de Mededingingswet uit. De Mededingingswet bevat algemene verbodsregels met betrekking tot kartelvorming en misbruik van economische machtsposities. Bij concentraties daarentegen dienen partijen vooraf goedkeuring te krijgen van de NMa boven een bepaalde omzeldrempel. De Mededingingswet is daarmee meer corrigerend van karakter. De WTG is in algemene zin meer vooraf regulerend: er gelden verschillende (goedkeurings)eisen vooraf. Bovendien is de Mededingingswet van toepassing op ondernemingen in alle sectoren van de Nederlandse economie. De WTG is alleen van toepassing op zorgaanbieders. Verzekeraars vallen in principe niet onder de WTG⁴². Wel is het hun verboden om tarieven te betalen aan zorgaanbieders als die tarieven niet in overeenstemming zijn met de WTG.

Bij het ontwikkelen van gezonde, competitieve verhoudingen op de zorgmarkt, in dit geval de markt voor fysiotherapie, kunnen de activiteiten van CTG/ZAio en de NMa elkaar overlappen. CTG/ZAio en de NMa werken daarbij nauw samen om eenheid van aanpak en visie op zorgmarkten te bevorderen.

De taakverdeling tussen de NMa en CTG/ZAio in 2005, ziet er als volgt uit:

NMa	CTG/ZAio
Toezicht op misbruik machtspositie	
Monitoren (primaat ligt bij het CTG/ZAio)	Monitoren
Fusietoezicht	
Toezicht op kartels/samenwerking	

Het monitoren van de markt behoort tot het takenpakket van beide organisaties. Vooral CTG/ZAio zal in 2005 op dit terrein actief zijn. De NMa zal in 2005 doorgaan met onderzoek naar kartelvorming in de zorg. Verder zal de NMa meldingen van concentraties in de zorg beoordelen. Bij de uitoefening van de taken zullen de NMa en CTG/ZAio elkaar wederzijds consulteren. Dit versterkt de efficiëntie en effectiviteit bij de wetsuitoefening en wetshandhaving door de toezichthouders.

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

De onderlinge afspraken tussen de NMa en CTG/ZAio zijn vastgelegd in een samenwerkingsprotocol. Het samenwerkingsprotocol is vergelijkbaar met het protocol tussen de OPTA en de NMa over de wijze van samenwerking bij aangelegenheden van wederzijds belang. Het samenwerkingsprotocol is te vinden op de website van CTG/ZAio (www.ctg-zaio.nl).

⁴¹ Brief aan Tweede Kamer van 10 september, TK2003-2004, 29 324, nr. 3.

⁴² Zorgverzekeraars en zorgkantoren staan onder toezicht van CTZ, voorzover het de rechtmatige en de doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ betreft.

4.2 Overige relevante wetgeving

4.2.1 Ziekenfondswet

Op grond van de Ziekenfondswet (Zfw) zijn werknemers die onder een bepaalde loongrens vallen⁴³ en overige bij de wet of algemene maatregel van bestuur aangewezen personen verplicht verzekerd voor geneeskundige verzorging of de kosten daarvan. In het verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekerden worden aard, inhoud en omvang van de verstrekkingen geregeld waarop verzekerden aanspraak hebben. De premie is grotendeels afhankelijk van het inkomen; slechts een klein deel van de premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar (de nominale premie)⁴⁴. In het ziekenfonds is een standaardpakket aan elementaire medische zorg verzekerd (tweede compartiment). Voor de zorg die buiten dit standaardpakket valt, kan de verzekerde zich in beginsel vrijwillig aanvullend verzekeren (derde compartiment).

Fysiotherapie is verdeeld over het tweede en derde compartiment van de zorgverzekering. Per 1 januari 2004 is de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie in het tweede compartiment voor verzekerden van achttien jaar en ouder beperkt tot de behandeling van aandoeningen die langdurige of chronische behandeling vereisen. Het betreft uitsluitend de aandoeningen waarvan de langdurige of chronische behandeling met fysiotherapie of oefentherapie voor 1 januari 2004 ook werd vergoed. Voor verzekerden van achttien jaar en ouder worden de eerste negen behandelingen van aanspraak uitgesloten. Kortdurende behandelingen met fysiotherapie of oefentherapie voor verzekerden van achttien jaar en ouder zijn ook van de aanspraak uitgesloten. Het gaat dan om aandoeningen waarvoor geen langdurige of chronische behandeling is aangewezen. Verzekerden jonger dan achttien jaar houden aanspraak op de eerste negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, die eventueel met negen behandelingen oefentherapie kunnen worden uitgebreid⁴⁵.

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

Wetsvoorstel Herziening Overeenkomsten Zorgstelsel (HOZ)

De verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hebben aanspraak op zorg in natura, dat wil zeggen zij hebben recht op zorgverlening door een hulpverlener of instelling waarmee door de verzekeraar een overeenkomst is gesloten. De aanpassing van het overeenkomstenstelsel zorg past in de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel. Dit is enerzijds nodig ter versterking van de

43 Per 1 november 2004 is dat € 33.000 bruto per jaar of € 2500,- bruto per maand.

44 De gemiddelde nominale premie per maand bedraagt in 2004 € 25,62, bron: Vektis Zorgthermometer, oktober 2004

45 Wijziging regelingen ziekenfondsverzekering en Uitvoeringsbesluit particulier verzekerden, Staatscourant 12 november 2003, nr 219/pag. 27

regierol van de verzekeraars in het kader van de beleidsontwikkeling in de gezondheidszorg en anderzijds vanwege het gebrek aan dynamiek in het overeenkomstenstelsel als gevolg van de verplichte landelijke overeenkomsten. Daarnaast bestaat er spanning met het mededingingsbeleid als gevolg van de collectieve elementen in het huidige overeenkomstenstelsel.

Het wetsvoorstel HOZ omvat de volgende maatregelen:

- het afschaffen van de landelijk geldende uitkomsten van overleg en modelovereenkomsten in de Zfw en de AWBZ;
- het faciliteren van contractvrijheid voor verzekeraars en zorginstellingen, door te regelen dat de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht voor bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (AMvB) te bepalen vormen van zorg en categorieën zorginstellingen afgeschaft kunnen worden⁴⁶;
- het wegnemen van formele belemmeringen voor zorgaanbieders gevestigd in een EU- of EER-land, of in een verdragsland om zorg aan Nederlandse verzekerden te verlenen.

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

De ziekenfondsverzekering is in hoofdzaak een verzekering op naturabasis. Ziekenfondsen worden geacht voldoende zorg in natura te contracteren. Op grond van artikel 11 Ziekenfondswet hebben ziekenfondsverzekerden voor bepaalde vormen van zorg jegens het ziekenfonds de keuze tussen zorg in natura of vergoeding van de voor die zorg gemaakte kosten (restitutie)⁴⁷. Op grond van artikel 11 moet aan twee voorwaarden zijn voldaan, alvorens een verzekerde voor een vorm van zorg restitutie kan ontvangen. Ten eerste mag er geen contracteerplicht meer bestaan voor die vorm van zorg. Ten tweede is er op grond van de WVG geen tarief voor de zorg vastgesteld. In het experiment fysiotherapie zal er vanaf 1 februari 2005 (bij inwerkingtreding van de WVG expres) geen tarief meer worden vastgesteld op basis van de WVG. Ten aanzien van fysiotherapeuten geldt al sinds 1 januari 1992 geen contracteerplicht meer.⁴⁸ Binnen het voorgestelde experiment zal dus restitutie van kosten voor fysiotherapie mogelijk worden. Afhankelijk van de uitkomst van het experiment met vrije prijsvorming zal de restitutiemogelijkheid voor kosten van fysiotherapie structureel kunnen worden.

4.2.2 Wet op de Toegang Ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ)

Naast de ziekenfondsen verzekeren ook particuliere zorgverzekeraars tweedecompartimentzorg. Een deel van de particulier verzekerden is verzekerd op basis van de Wet op de Toegang Ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998). Deze garandeert bepaalde niet-ziekenfondsverzekerden het recht op een standaardpakket. Dit pakket stemt in grote lijnen overeen met het ziekenfondspakket. In het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden is sinds 1 januari 1996 geregeld dat, als verzekerden in de zin van de Ziekenfondswet geen recht hebben op paramedische hulp, particulier verzekerden die recht hebben op het vergoedingenpakket op grond

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

47 amendement Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003 28994 nr.1

48 Wet beperking contracteerplicht en invoering maximumtarieven (Stb 1991,585)

van de WTZ 1998, eveneens geen aanspraak hebben op vergoeding van die hulp. Voor de zorg die buiten het standaardpakket valt, kunnen consumenten zich vrijwillig aanvullend verzekeren.

4.2.3 Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (WTV 1993)

Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (WTV) moeten particuliere zorgverzekeraars in het bezit zijn van een vergunning van De Nederlandsche Bank⁴⁹ (DNB). Die vergunningsplicht geldt voor iedereen die een verzekeringsbedrijf wil beginnen, maar niet voor ziekenfondsen. Een vergunning wordt alleen verleend aan een Naamloze Vennootschap of een onderlinge waarborgmaatschappij. Particuliere zorgverzekeraars mogen winst maken. De winst bij een NV gaat gedeeltelijk naar de aandeelhouders. De winst bij een onderlinge waarborgmaatschappij vindt haar bestemming binnen het bedrijf (bijvoorbeeld voor reservevorming of premieverlaging), deze komt per definitie toe aan haar leden. Een van de toelatingseisen is dat de personen die het dagelijks beleid van een verzekeraar bepalen, naar het oordeel van DNB voldoende deskundig zijn om het verzekeringsbedrijf uit te oefenen. De voornemens, handelingen of antecedenten van de personen die het beleid van de verzekeraar bepalen of mede bepalen, moeten DNB in het belang van de verzekerden overtuigen van de betrouwbaarheid van deze personen. Ook dient de vergunningaanvrager solvabel te zijn, onder meer om de kosten voor de inrichting van de administratie te kunnen dragen.

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

4.2.4 Zorgverzekeringswet (ZVW)

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

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

49 Artikel 24, eerste lid, van de WTV 1993 bepaalt onder meer dat het verboden is om het directe verzekeringsbedrijf uit te oefenen zonder een vergunning van de Pensioen- & Verzekeringskamer.

Bij wet van 13 oktober 2004 is bepaald dat de DNB N.V. alle taken en bevoegdheden uitoefent die bij of krachtens enige wet aan de PVK zijn toegekend.

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

5. AANTAL MARKTPARTIJEN

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de marktpartijen die actief zijn op de zorginkoopmarkt voor fysiotherapie. Om het experiment met vrije tariefsvorming bij fysiotherapie tot een succes te maken, is het van belang dat er voldoende aanbieders van fysiotherapeutische behandelingen – met voldoende beschikbare capaciteit – en voldoende zorgverzekeraars aanwezig zijn. In dit hoofdstuk komt daarom zowel de aanbodzijde (§ 5.2) als de vraagzijde (§ 5.3) van de markt aan de orde. Daarbij wordt niet alleen aandacht besteed aan het huidige aantal spelers, maar ook aan de toetredingsmogelijkheden voor nieuwe marktpartijen. In § 5.4 worden ten slotte enkele aanbevelingen gedaan.

De bevindingen die uit dit hoofdstuk voortvloeien, bepalen deels de prioriteiten van CTG/ZAio op monitoringsgebied.

5.2 Aanbodzijde

5.2.1 Aantal fysiotherapeuten

Deze paragraaf richt zich op de aanbodzijde van de markt voor fysiotherapie. Er wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan (i) het huidige aantal fysiotherapeuten, (ii) de aan- of afwezigheid van schaal- en scopevoordelen, (iii) mogelijke toetredingsdrempels, (iv) horizontale integratie en (v) verticale integratie.

Het beroep fysiotherapeut is een door de wet beschermde titel. Alleen beroepsbeoefenaren die in het zogeheten BIG-register staan ingeschreven, mogen zich fysiotherapeut noemen. Medio januari 2004 stonden er in Nederland 30.380 fysiotherapeuten in dit register ingeschreven. Het aantal ingeschreven therapeuten dat ook daadwerkelijk als fysiotherapeut werkzaam is, ligt echter fors lager. Dit zijn er ongeveer 18.000, waarvan er zo'n 5.000 intramuraal werkzaam zijn in instellingen zoals ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen. De resterende ongeveer 13.000 fysiotherapeuten, circa 72% van het totaal, zijn in de eerste lijn werkzaam (extramuraal).⁵⁰ Ruim 60% van deze laatste groep is als vrijgevestigd fysiotherapeut werkzaam. Dat wil zeggen als praktijkeigenaar in een solopraktijk of een maatschap.⁵¹ De overige extramurale fysiotherapeuten zijn in loondienst bij een vrijgevestigde fysiotherapeut.

Aantal praktijken

Na een aanvankelijk afname is het aantal fysiotherapeutenpraktijken de laatste jaren weer toegenomen: van 4.478 op 1 januari 2001 tot 4.747 op 1 januari 2003. De meest voorkomende praktijkvorm is de solopraktijk (ruim 36%), gevolgd door praktijken met twee fysiotherapeuten (ruim 20%) en vijf of meer fysiotherapeuten (bijna 20%). Het gemiddelde aantal fysiotherapeuten per praktijk bedroeg op de genoemde peildatum 2,9. Exclusief de solopraktijken lag het gemiddelde op ongeveer vier fysiotherapeuten per praktijk.

⁵⁰ Nivel, Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten: peiling 2003, Utrecht, 2004.

⁵¹ Deze fysiotherapeuten zijn te typeren als ondernemers en mogen derhalve winst maken.

Geografische markt

Er zijn (nog) geen resultaten voorhanden van empirisch onderzoek naar de reisbereidheid van patiënten van fysiotherapeuten. Met zo'n onderzoek zou de geografische markt kunnen worden afgebakend. Desondanks is het onwaarschijnlijk dat patiënten bereid zijn om ver te reizen. Allereerst kan fysiotherapie getypeerd worden als basiszorg. Uit de economische literatuur blijkt dat de reisbereidheid van patiënten afneemt naarmate de benodigde zorg minder complex is.⁵² Een voor de hand liggende verklaring hiervoor is dat eventuele verschillen in prijs en kwaliteit tussen zorgaanbieders relatief zwaarder wegen naarmate de complexiteit van de zorg – en dus ook het bijbehorende risico – toeneemt. Met andere woorden, in het geval van basiszorg wegen de zoekkosten, de reistijd en de reiskosten meestal niet op tegen de baten. Daarnaast is van belang dat een fysiotherapeutische behandeling meer dan één zitting omvat. Gemiddeld is sprake van elf zittingen per behandeling.⁵³ Patiënten moeten bij hun keuze voor een fysiotherapeut dus rekening houden met het feit dat ze meermalen te maken krijgen met de reistijd en de reiskosten die een bezoek aan de desbetreffende fysiotherapeut met zich brengen. Ook zullen patiënten met een chronische aandoening fysiek wellicht niet of in mindere mate in staat zijn om ver te reizen. Het lichamenlijk ongemak beperkt in dit geval de bereidheid om te reizen.

Bovendien heeft het ontbreken van adequate en openbare informatie over kwaliteit en prijzen van fysiotherapeuten naar verwachting een negatief effect op de reisbereidheid van patiënten. Aanbieders van fysiotherapeutische zorg kunnen zich op het gebied van kwaliteit en serviceverlening niet zichtbaar van elkaar onderscheiden, zodat patiënten over het algemeen geen aanleiding zien om de dichtstbijzijnde fysiotherapeut over te slaan. Nu verzekeraars door het contracteren van voorkeursaanbieders hun verzekerden financieel kunnen prikkelen zich tot die voorkeursaanbieders te wenden, kan de reisbereidheid van patiënten toenemen. Ook dan blijft de relevante geografische markt echter beperkt. In de regel zal sprake zijn van lokale markten. Wel kan in bepaalde relatief dunbevolkte regio's sprake zijn van regionale markten. Ook de NMa hanteert als uitgangspunt dat, vanuit de patiënt gezien, de behoefte aan fysiotherapie in het algemeen lokaal of regionaal is.⁵⁴ Over de verdeling van fysiotherapeuten op lokaal niveau is bij CTG/ZAio niets bekend. Gezien het verschil in inwonertal dat tussen de verschillende provincies bestaat, verschaft het aantal inwoners per extramuraal werkzame fysiotherapeut een goed beeld van de verdeling over Nederland. Wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat een deel van de fysiotherapeuten in deeltijd werkt, blijkt het gemiddeld aantal fysiotherapeuten per 10.000 inwoners het laagst in Flevoland (5,1) en Drenthe (5,9) en het hoogst in Noord-Holland (9,0) en Utrecht (8,5). In deze laatste twee provincies zijn dus relatief veel fysiotherapeuten werkzaam⁵⁵.

Oefentherapeuten Cesar/Mensendieck

Bij de beoordeling van het huidige aantal fysiotherapeuten in ons land is het goed om in ogenschouw te nemen dat patiënten voor bepaalde fysiotherapeutische zorg ook bij andere beroepsgroepen terecht kunnen. Dit betreft (een deel van) de oefentherapie.⁵⁶ Hoewel weinig gedetailleerde informatie

52 White, W.D. en Morrisey, M.A., Are patients travelling further?, International Journal of the Economics of Business, 1998, vol. 5(2), blz. 203-221.

53 Nivel, Jaarboek LiPZ 2002, Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie, Utrecht, 2003.

54 Zie het besluit van de NMa (nummer 590/35, 2000) betreffende de zaken 590, 1570 en 1972.

55 Nivel, Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten: peiling 2003, Utrecht, 2004.

56 Andere mogelijke relevante marktpartijen zijn manueel therapeuten (die geen fysiotherapeut zijn en die zelf hun tarief mogen bepalen), haptonomen, osteopaten, chiropractoren, podotherapeuten, huidtherapeuten die oedeemtherapie aanbieden, poloklinische verzorgers die mensen thuis kunnen behandelen, verpleeghuiszorg die wordt aangeboden in de eerste lijn, fysiotherapeuten of anderen bij sportscholen, eerstelijnspsychologen (voor behandeling van chronisch zieken inzake gewenste gedragsveranderingen bijvoorbeeld inzake in relatie tot bewegen), sport counselors en masseurs en fysiotherapeuten die in loondienst bij een zorginstelling werken. Ook kunnen programma's zoals bijvoorbeeld meer bewegen voor ouderen een substituuat vormen. Aangezien niet duidelijk is vast te stellen in hoeverre deze aanbieders daadwerkelijk actief zijn op de markt voor extramuraal fysiotherapie komen zij in dit consultatiedocument niet expliciet aan de orde. Ergotherapie vormt

voorhanden is over de toepassing van oefentherapie binnen de fysiotherapie, is wel bekend dat het sturen en oefenen van functies en – zij het in mindere mate – vaardigheden belangrijke onderdelen zijn van een fysiotherapeutische behandeling.^{57 58} Oefentherapie wordt zowel door fysiotherapeuten als door oefentherapeuten Mensendieck en oefentherapeuten Cesar gedaan. Beide groepen oefentherapeuten vallen niet onder het experiment. CTG/ZAiO zal voor hen dus maximumtarieven blijven vaststellen, terwijl ze – in ieder geval voor een deel – op dezelfde relevante markt actief zijn als fysiotherapeuten. Dit kan de marktwerking bij fysiotherapie beïnvloeden (zie § 6.3.1). Doordat de huisarts vooralsnog in grote mate verantwoordelijk is voor de verwijzing naar een fysiotherapeut of een oefentherapeut bepaalt deze voor een groot deel de substitueerbaarheid van beide groepen.

In Nederland zijn naar schatting ruim 900 oefentherapeuten Mensendieck werkzaam.⁵⁹ Het merendeel van hen is als praktijkhouder werkzaam in een zelfstandig gevestigde praktijk. In totaal zijn er ongeveer 530 praktijkadressen waar oefentherapeuten Mensendieck werken, in ruim 70% van de gevallen betreft dit een solopraktijk. Op ongeveer één op de vijf praktijkadressen zijn er twee praktijkhouders. Een zeer kleine minderheid (circa 10%) van de oefentherapeuten Mensendieck is in loondienst werkzaam bij een zelfstandig gevestigde praktijk – waaronder ook gezondheidscentra of een instelling vallen (meestal betreft dit een verpleeghuis, bejaardenhuis of verzorgingshuis). Ongeveer de helft van deze zeer kleine groep is tevens werkzaam in een zelfstandig gevestigde praktijk. Ten aanzien van de verhouding tussen het aantal inwoners en het totaal aantal oefentherapeuten Mensendieck (omgerekend naar zogeheten fulltime equivalenten) zijn regionale verschillen waarneembaar. Met name in de regio Amsterdam en de regio Kennemerland/Haarlem ligt het aantal therapeuten verhoudingsgewijs hoger dan in andere delen van Nederland.

Ook het aantal werkzame oefentherapeuten Cesar bedraagt ruim 900.⁶⁰ Net als bij de oefentherapeuten Mensendieck is het merendeel van deze therapeuten als praktijkhouder werkzaam in een zelfstandig gevestigde praktijk. In totaal zijn er zo'n 550 praktijkadressen. Het percentage praktijken met één dan wel twee praktijkhouders bedraagt respectievelijk ruim 65% en bijna 25%. Een zeer kleine minderheid (circa 12%) van de oefentherapeuten Cesar heeft een aanstelling in loondienst bij een zelfstandig gevestigde praktijk of een instelling (zoals een verpleeghuis of een instelling voor thuiszorg). Iets meer dan de helft van hen is tevens werkzaam in een zelfstandig gevestigde praktijk. Ook het aantal oefentherapeuten Cesar verschilt regionaal. Met name in de regio Utrecht en de regio Gooi/Eemland/Noordwest Veluwe zijn relatief veel therapeuten werkzaam.

Conclusie

Op basis van bovenstaande nationale en regionale gegevens kan niet zonder meer worden beoordeeld of patiënten/consumenten en zorgverzekeraars overal in Nederland kunnen kiezen uit voldoende aanbieders van fysiotherapie om de markt goed te laten werken (effectieve concurrentie). Allereerst zijn geen cijfers voorhanden over de verdeling van fysiotherapeutenpraktijken op lokaal of regionaal niveau. Daarnaast ontbreekt gedetailleerde informatie over de vraag naar fysiotherapie en wachtlijsten. Ook de gedeeltelijke substitueerbaarheid van zorg naar oefentherapeuten Mensendieck en Cesar vertroebelt het beeld. Om de vraag te kunnen beantwoorden of het huidige aantal

daarentegen niet zozeer een substituuft voor fysiotherapie, maar sluit hier vooral op aan (complementair). Zie KPMG, De markt voor ergotherapie: deelmarktanalyse, Hoofddorp, 2002.

57 Gezondheidsraad, Oefentherapie, Den Haag, 2003.

58 Nivel, Jaarboek LiPZ 2002, Deel 1: beroepsgroep fysiotherapie, Utrecht, 2003.

59 Nivel, Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten-Mensendieck: peiling 2002, Utrecht, 2003.

60 Nivel, Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten-Cesar: peiling 2002, Utrecht, 2003.

aanbieders overal voldoende is voor effectieve concurrentie zal CTG/ZAio hier onderzoek naar verrichten. In de monitor zullen de resultaten worden gepresenteerd.

5.2.2 Schaal- en scopevoordelen

Schaal- en scopevoordelen zijn van invloed op het aantal marktpartijen dat in een markt actief kan zijn en daarmee op de mogelijkheden voor marktwerking. Schaal- en scopevoordelen kunnen zowel betrekking hebben op kosten (lagere gemiddelde kosten bij een toename van de productie) als op kwaliteit (hogere kwaliteit bij een toename van de productie).

Schaalvoordelen

Op het gebied van kosten doen zich schaalvoordelen voor als een productietoename tot lagere kosten per eenheid product leidt. Met andere woorden, als een toename van het aantal patiënten de kosten per patiënt doet afnemen. CTG/ZAio is niet bekend of uit empirisch onderzoek is gebleken of bij fysiotherapeuten schaalvoordelen aanwezig zijn en zo ja, hoe groot deze zijn. Dit geldt zowel voor schaalvoordelen op het gebied van kosten als voor die op het gebied van kwaliteit. Aangezien fysiotherapie arbeidsintensief is en er relatief weinig met apparatuur wordt gewerkt⁶¹, is het onwaarschijnlijk dat een toename van het aantal patiënten substantiële kostenvoordelen meebrengt. Fysiotherapeuten die zich specialiseren in een bepaalde richting (kinderfysiotherapie, oedeemtherapie) zullen waarschijnlijk wel in staat zijn om enige schaalvoordelen te behalen bij de behandeling ten opzichte van fysiotherapeuten die niet gespecialiseerd zijn. Dit komt bijvoorbeeld door de aanwezigheid van leereffecten. Op het gebied van huisvesting en administratieve lasten kan schaalvergroting tot enige kostenvoordelen leiden, zeker als fysiotherapeuten in deeltijd werken. Ook kan schaalvergroting voordelen met zich brengen ten aanzien van de inzet van individuele fysiotherapeuten binnen een praktijk (meer flexibiliteit).

Het bestaan van enige schaalvoordelen op het gebied van huisvesting en administratieve lasten vormt een mogelijke verklaring voor de gesignaleerde trend dat fysiotherapeuten steeds meer voor samenwerking kiezen.⁶² Hoewel het percentage solopraktijken tussen 2001 en 2003 iets is toegenomen, is ten opzichte van 1997 een duidelijke afname zichtbaar. Ook de ontwikkeling van het gemiddeld aantal fysiotherapeuten per praktijk wijst in de richting van schaalvergroting: van 2,4 in 1997 tot 2,9 in 2003.⁶³

Verwacht wordt dat, als gevolg van de introductie van vrije prijsvorming, fysiotherapeuten meer met elkaar gaan samenwerken om een breder pakket aan diensten te kunnen aanbieden en de administratieve lasten in relatie tot contacten met derden te beperken. Zie ook § 5.4.2.

Scopevoordelen

Scopevoordelen doen zich voor wanneer de gezamenlijke productie van een aantal verschillende producten goedkoper is dan de afzonderlijke productie daarvan. Scopevoordelen maken het profijtelijk voor een zorgaanbieder om een breed pakket van producten en diensten aan te bieden, terwijl bij afwezigheid van scopevoordelen specialisatie meer voordelen biedt. Voorzover bij CTG/ZAio bekend, bestaat er geen uitgebreid onderzoek naar mogelijke scopevoordelen op het gebied van fysiotherapeutische zorg. De huidige marktontwikkelingen betreffende samenwerking tussen

61 Uit cijfers van het Paramedische Zorg (LiPZ) blijkt dat fysische verrichtingen waarbij apparatuur een rol speelt steeds minder worden toegepast. Tussen 2002 en 2004 zakte dit percentage van 15% naar 12% voor ziekenfondsverzekerden en van 18% naar 10% voor particulier verzekerden.

62 KPMG, De markt voor fysiotherapie en oefen therapie Mensendieck en Cesar: deelmarktanalyse, 2002, Hoofddorp.

63 Nivel, Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten: peiling 2003, Utrecht, 2004.

verschillende (para)medische beroepsgroepen vormen echter een anekdotische aanwijzing dat op z'n minst sprake is van enige scopevoordelen. Fysiotherapeuten werken namelijk niet alleen in toenemende mate met andere fysiotherapeuten samen⁶⁴, maar bijvoorbeeld ook met oefentherapeuten of ergotherapeuten. Zij kunnen daardoor gevarieerde producten aanbieden. Naast de reeds genoemde kostenvoordelen op het gebied van huisvesting en administratieve lasten, kunnen aan deze laatste vorm van samenwerking ook kwaliteitsredenen ten grondslag liggen. Zo zorgt de aanwezigheid van verschillende therapeuten in een gezondheidscentrum bijvoorbeeld voor kortere lijnen, wat de uitwisseling van informatie over behandelmethoden (zoals 'best practices') en de afstemming in de zorgketen vergemakkelijkt. Een dergelijke integratie van de zorgketen kan de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Multidisciplinaire samenwerking kan echter ook tot een stijging van de kosten leiden als de verschillende beroepsbeoefenaren verantwoordelijkheden afschuiven of op een andere manier niet goed met elkaar samenwerken.

Conclusie

Er bestaan anekdotische aanwijzingen dat er enige schaal- en scopevoordelen bestaan. Deze zijn echter niet van dien aard dat ze een toetredingsdrempel vormen voor nieuwe aanbieders.

5.2.3 Toetredingsdrempels

Toetredingsdrempels zorgen ervoor dat nieuwe fysiotherapeuten minder gemakkelijk of zelfs helemaal niet tot de markt kunnen toetreden. Hoge toetredingsdrempels kunnen er dus voor zorgen dat er onvoldoende aanbieders zijn voor effectieve concurrentie. Als toetreding tot de markt relatief eenvoudig is, krijgen bestaande aanbieders die hoge prijzen in rekening brengen en/of mindere kwaliteit leveren, binnen korte tijd gezelschap van nieuwe aanbieders die een deel van de markt zullen opeisen. Daadwerkelijke toetreding is echter niet per se nodig. Ook de dreiging van toetreding kan concurrentiedruk geven. Toetredingsdrempels kunnen de concurrentie ook verstoren wanneer ze niet gelijk zijn voor alle marktpartijen. Dergelijke toetredingsdrempels creëren dan namelijk een ongelijk speelveld. Het waar mogelijk wegnemen van hoge toetredingsdrempels en het effenen van ongelijke toetredingsdrempels is dan ook een van de voornaamste instrumenten om de concurrentie op een markt op gang te krijgen. Fysiotherapeuten kunnen op verschillende momenten te maken krijgen met toetredingsdrempels. Deze paragraaf richt zich op mogelijke belemmeringen bij (i) het beroep fysiotherapeut, (ii) het kwaliteitsregister van het KNGF, (iii) de daadwerkelijke toetreding tot de markt en (iv) het verkrijgen van toegang tot de ziekenfondsverzekerden.

Het beroep fysiotherapeut

Het beroep fysiotherapeut is door de wet beschermd. Alleen beroepsbeoefenaren die in het zogeheten BIG-register staan ingeschreven, mogen de titel fysiotherapeut voeren. In de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) worden dertien (groepen van) handelingen aangewezen die verboden terrein zijn voor niet-gekwalificeerden. Het zijn handelingen die onverantwoorde risico's voor patiënten kunnen opleveren, wanneer ze door niet daartoe opgeleide personen worden verricht. Ten aanzien van de beroepstitel fysiotherapeut zijn in de Wet BIG zowel de opleidingseisen als het deskundigheidsgebied uitgewerkt. Een diploma fysiotherapie is een basisvereiste voor opname in het zogeheten BIG-register. Tot het gebied van deskundigheid van de fysiotherapeut worden verschillende handelingen gerekend. Hiertoe behoren onder andere bewegingstherapie, massagetherapie en fysische therapie in enge zin.

⁶⁴ Deze ontwikkeling wordt ook gestimuleerd door zorgverzekeraars. Een aantal verzekeraars heeft bijvoorbeeld impliciet in zijn uitvoeringsverslag opgenomen dat het samenwerken tussen zorgaanbieders belangrijk vindt en daarom geen contracten meer sluit met solistisch werkende therapeuten.

De studie fysiotherapie is een vierjarige HBO-opleiding. Deze opleiding wordt momenteel door elf verschillende hogescholen, waarvan één particuliere hogeschool, aangeboden. Sinds 2001 wordt de instroomcapaciteit van de opleiding fysiotherapie niet langer door de overheid gereguleerd. Onderwijsinstellingen kunnen dus hun eigen opleidingscapaciteit bepalen. Wanneer het aantal studenten dat zich aanmeldt voor een bepaalde opleiding aan een specifieke instelling (naar verwachting) groter is dan het aantal beschikbare plaatsen bij die instelling, stelt de betrokken instelling een zogeheten instellingsfixus vast. Voor de studie fysiotherapie was in het studiejaar 2004/2005 aan alle hogescholen een instellingsfixus ingesteld. Dat betekent dat alleen studenten zijn toegelaten die (i) een eindexamencijfer gelijk aan of hoger dan acht hadden, (ii) decentraal zijn geselecteerd of (iii) centraal zijn ingeloot.⁶⁵

Kwaliteitsregister KNGF

De beroepsorganisatie van fysiotherapeuten, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), behartigt voor ruim 19.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied. Het KNGF is echter meer dan alleen belangbehartiger van het beroep fysiotherapeut. Het genootschap fungeert bijvoorbeeld ook als kenniscentrum. Daarnaast voert het KNGF een actief beleid gericht op verdere verhoging van de kwaliteit van fysiotherapie. Dit betreft onder andere gedragsregels, richtlijnen voor behandelingen, een wettelijke klachtenprocedure en wetenschappelijk onderzoek. Ook stimuleert het KNGF bijscholing. Fysiotherapeuten die aan alle gestelde eisen op het gebied van behandelingen, praktijkervaring, scholing en vakoverleg voldoen, kunnen worden opgenomen in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het KNGF.

Het CKR levert een positieve bijdrage aan de transparantie van de markt en wordt dus in beginsel toegejuicht. Dergelijke regelingen kunnen echter ook als toetredingsbelemmering fungeren als niet alle nieuwe fysiotherapeuten op gelijke voorwaarden worden toegelaten. Iedere erkenningsregeling moet daarom aan de volgende eisen voldoen:⁶⁶ (i) de regeling moet een open karakter hebben en toegankelijk zijn voor iedereen die aan de eisen voldoet, (ii) de besluitvorming over toelating tot de regeling dient op een onafhankelijke wijze te geschieden en (iii) het moet voor iedereen vooraf duidelijk zijn aan welke eisen moet worden voldaan en ook de toelatingsprocedure moet transparant zijn. Op het eerste gezicht lijkt het CKR aan deze eisen te voldoen en is er geen sprake van uitsluiting van nieuwe toetreders. Indien er in de toekomst toch aanwijzingen zijn dat het register de concurrentie belemmert, dan heeft de NMa de bevoegdheid om een nader onderzoek in te stellen.

Toetreding tot de markt

Fysiotherapeuten die willen toetreden tot de markt voor extramurale fysiotherapeutische zorg, hebben daartoe in principe drie mogelijkheden. Ten eerste kunnen ze een eigen praktijk beginnen door een geheel nieuwe (solo)praktijk op te zetten of door een bestaande praktijk over te nemen. Ten tweede kunnen ze zich als mede-praktijkhouder inkopen in een bestaande praktijk. Ten derde kunnen ze in loondienst gaan werken. Aangezien voor het kunnen aanbieden van fysiotherapeutische zorg geen substantiële investeringen in (specifieke) kapitaalgoederen vereist is, lijken natuurlijke toetredingsdrempels in eerste instantie afwezig. Dit betekent echter niet automatisch dat helemaal geen sprake is van toetredingsdrempels. Zo werden in het verleden door vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en de beroepsgroep afspraken gemaakt over de vestiging en spreiding van

⁶⁵ Informatie Beheer Groep, Alles over opleidingen met een numerus fixus 2004-2005, Groningen, 2004.

⁶⁶ NMa, Richtsnoeren voor de zorg, Den Haag, 2002.

(nieuwe) fysiotherapeuten. Na invoering van de Mededingingswet is een dergelijk actief vestigings- en spreidingsbeleid niet meer toegestaan.⁶⁷ Momenteel is dan ook sprake van vrije vestiging, al kunnen zorgverzekeraars door middel van het contracteerbeleid nog invloed uitoefenen op de spreiding van fysiotherapeuten. Uit onderzoek van het CTZ⁶⁸ blijkt bijvoorbeeld dat een klein gedeelte van de zorgverzekeraars een aanbestedingsprocedure als middel ziet om fysiotherapeutische zorg in te kopen. Hierbij geven de gegevens van het CTZ aan dat de procedure vooral ingezet wordt voor individuele praktijken die niet bezet zijn (bijvoorbeeld in een nieuwe wijk en bij overname van een bestaande praktijk). Ook kan onzekerheid over de inkomensontwikkeling – bijvoorbeeld als gevolg van inkoopmacht door zorgverzekeraars (zie § 7.3.1) – een toetredingsdrempel vormen.

De cijfers betreffende de instroom van fysiotherapeuten op de markt wekken echter niet de indruk dat er substantiële toetredingsdrempels bestaan. In de periode 2001–2003 zijn in totaal 1.325 fysiotherapeuten toegetreden tot de markt voor extramurale fysiotherapie en is ook het aantal praktijken licht toegenomen.⁶⁹ Wel is het opvallend dat slechts een relatief klein deel van hen (16%) zich vrijgevestigd kan noemen, terwijl in diezelfde periode bijna de helft van de 1.008 fysiotherapeuten die de markt hebben verlaten, in een eigen praktijk of maatschap werkzaam waren. Dit zou erop kunnen duiden dat op dit vlak sprake is van enige specifieke toetredingsdrempels. Hierbij kan gedacht worden aan de goodwill die betaald moet worden bij de overname van een bestaande praktijk, het gegeven dat de fysiotherapeut zich geen ondernemer voelt en het daarom moeilijk vindt om een eigen praktijk te beginnen of moeilijkheden die zich voordoen bij het opbouwen van een goede reputatie en klantenkring.⁷⁰ Het kan echter ook zijn dat de uitstroom verklaard wordt doordat het norminkomen lager is dan wat in loondienst verdiend kan worden.

Toegang tot ziekenfondsverzekerden

Hoewel op de markt voor fysiotherapeutische zorg sprake is van vrije vestiging, vormt een contract met zorgverzekeraars in het gebied op dit moment nog een feitelijke voorwaarde voor toetreding. Er is namelijk een groot aantal verzekerden per zorgverzekeraar verzekerd voor fysiotherapeutische zorg. Deze drempel is gedeeltelijk vervallen met de inwerkingtreding van het zogeheten amendement- Schippers/Lambrecht per 1 mei 2005 omdat er vanaf dat moment voor fysiotherapie die deel uitmaakt van de hoofdverzekering een restitutieplicht geldt.⁷¹ Om invulling te geven aan hun wettelijke zorgplicht, sluiten zorgverzekeraars namens hun ziekenfondsverzekerden contracten af met fysiotherapeuten betreffende het aantal zittingen en de prijs daarvan: de zogeheten medewerkersovereenkomsten. Bij het inkoopbeleid houden verzekeraars ook steeds meer rekening met kwaliteit, zoals blijkt uit de verschillende uitvoeringsverslagen van de verzekeraars⁷² en stellen zij eisen ten aanzien van de accommodatie (zoals aanwezigheid lift, oppervlakte behandelruimte, voldoende parkeergelegenheid) Tijdens de consultatieronde bleek dat fysiotherapeuten deze eisen als toetredingsdrempels ervaren, omdat volgens hen deze strengere eisen stellen aan nieuwkomers. Ziektenfondsverzekerden krijgen fysiotherapeutische behandelingen bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut maar gedeeltelijk vergoed via de restitutieplicht. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars,

67 Zie het besluit van de NMa (nummer 590/35, 2001) betreffende de zaken 590, 1570 en 1972.

68 CTZ, Aanbieden fysiotherapeutische zorg, Diemen, 2002

69 Nivel, Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten: peiling 2003, Utrecht, 2004.

70 Dit laatste is vooral een gevolg van het feit dat fysiotherapie een ervaringsgoed is: de daadwerkelijke kwaliteit ervan is vooraf moeilijk in te schatten.

71 Het restitutieamendement moet nog door de Eerste Kamer worden behandeld. De Minister hoopt dat de AMvB snel zal worden aangenomen.

72 Een voorbeeld hiervan is de eis dat fysiotherapeuten staan ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister als zij voor een contract in aanmerking willen komen. Een aantal verzekeraars hanteert ook kwaliteitsbonussen. Andere verzekeraars laten fysiotherapeuten vrij om op andere wijze aan te tonen dat zij aan kwaliteitseisen voldoen.

via hun contracteerbeleid, direct invloed uitoefenen op de vestiging en spreiding van (nieuwe) fysiotherapeuten. Medio januari 2003 had meer dan 90% van de vrijgevestigde fysiotherapeuten een overeenkomst met een ziekenfonds. Desondanks hebben verschillende therapeuten bij de NMa geklaagd dat de zorgverzekeraar die in hun regio domineerde hun niet in de gelegenheid stelde om mee te dingen naar nieuwe medewerkersovereenkomsten. Dit heeft overigens niet tot veroordelingen geleid (zie § 7.3.1).⁷³

Een en ander heeft tot gevolg dat de keuzemogelijkheden van patiënten die behoefte hebben aan fysiotherapie in principe na inwerkingtreding van het amendement worden vergroot. Ziekenfondsverzekerden zijn dan immers niet meer gebonden aan de door hun verzekeraar gecontracteerde fysiotherapeuten, zodat het al dan niet verkrijgen van een medewerkersovereenkomst geen toetredingsdrempel meer vormt. Weliswaar stelt het ziekenfonds de hoogte van de vergoeding bij restitutie vooraf vast, maar deze moet zodanig zijn dat de verzekerde “niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuze tussen zorg die door zijn ziekenfonds ten behoeve van hem is overeengekomen en zorg waarvoor hij vergoeding kan krijgen.”⁷⁴ Bij de beoordeling van de vraag of de vergoedingsregeling van een ziekenfonds wel tegemoet komt aan de keuzevrijheid van de verzekerde, speelt bijvoorbeeld de afstand tot een gecontracteerde aanbieder een rol en het prijsverschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

Zoals al in § 3.2 werd vermeld, komen door de pakketverkleining met betrekking tot fysiotherapeutische zorg veel ziekenfondsverzekerden niet meer in aanmerking voor een vergoeding van behandelingen. Deze beperking van de vergoedingsregeling lijkt tot een substantiële daling van de vraag naar fysiotherapie te hebben geleid: in de maanden januari en februari 2004 was het aantal zittingen fysiotherapie gemiddeld 14,6% lager dan in dezelfde maanden een jaar eerder.⁷⁵ Zoals toen al in het onderzoek werd aangetekend, zou hier mogelijk sprake kunnen zijn van een overschatting en zouden de effecten op lange termijn anders kunnen zijn. Uit de meest recente cijfers blijkt dat de vraag in 2004 naar het aantal zittingen voor fysiotherapie gemiddeld met 6% gedaald is vergeleken met het jaar 2003.

Rol huisarts

Tot 1 januari 2006 is een gemotiveerde verwijzing van de huisarts naar een fysiotherapeut nodig als de patiënt voor een vergoeding van zijn behandeling in aanmerking wil komen. Bij het doorverwijzen van patiënten heeft de huisarts dus een grote invloed op de uiteindelijke keuze van de patiënt. Als de huisarts zich bij deze verwijzing voornamelijk richt op het bestaande aanbod van fysiotherapeuten in bijvoorbeeld de directe woonomgeving kan de toetreding van nieuwe aanbieders bemoeilijkt worden. Met de inwerkingtreding van de DTF kunnen patiënten direct naar de fysiotherapeut van hun keuze gaan en wordt de rol van huisarts als verwijzer kleiner, al zal deze naar alle waarschijnlijkheid toch substantieel blijven. Ook is de keuzevrijheid van patiënten afhankelijk van de mate waarin zorgverzekeraars met behulp van polissen beperkingen opleggen.

CAO Ziekenhuizen

De CAO Ziekenhuizen zou als een toetredingsdrempel bestempeld kunnen worden voor de markt voor vrijgevestigde fysiotherapie. Fysiotherapeuten kunnen er de voorkeur aan geven om in vaste dienst

⁷³ Zie bijvoorbeeld het besluit van de NMa (nummer 2554/5 en 2554/51, respectievelijk 2001 en 2002) betreffende zaak 2554.

⁷⁴ Zie de ontwerp algemene maatregel van bestuur bij Tweede Kamer, Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg), 28994, nr. 22, Den Haag, 2004.

⁷⁵ Nivel, Daling vraag naar fysiotherapie, Utrecht, 2004.

werkzaam te zijn bij een ziekenhuis en een vast inkomen te krijgen in plaats van zich als fysiotherapeut vrij te vestigen met een onzeker inkomen. De introductie van prijsconcurrentie kan daarom mogelijk de toetreding van nieuwe vrijgevestigde fysiotherapeuten beïnvloeden omdat verzekeraars en patiënten sneller zullen overstappen naar andere aanbieders waardoor de onzekerheid over het inkomen toeneemt.

Conclusie

Gezien de relatief grote instroom van nieuwe fysiotherapeuten tot de desbetreffende markt lijken er geen grote toetredingsdrempels te bestaan voor nieuwe aanbieders. Per 1 februari 2005 gelden echter vrije prijzen en verzekeren zullen naar verwachting spoedig in aanmerking komen voor restitutie als zij voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiezen. Hierdoor hoeven fysiotherapeuten niet noodzakelijk een contract met een zorgverzekeraar te sluiten om te opereren in deze markt. In het verleden konden verzekeraars de toetreding van fysiotherapeuten (in ieder geval in theorie) door middel van hun contracteerbeleid beperken. Gelet op het huidige overaanbod in de markt is het echter niet denkbeeldig dat sommige fysiotherapeuten mogelijk hun beroep niet meer kunnen uitoefenen of er in inkomen op achteruit zullen gaan als gevolg van vrije tariefvorming.

5.2.4 Horizontale integratie

Er is sprake van horizontale integratie wanneer individuele fysiotherapeuten en/of fysiotherapeutenpraktijken zodanig met elkaar samensmelten dat sprake is van één (nieuwe) onderneming. Horizontale integratie leidt tot schaalvergroting. Zoals al eerder is aangegeven, is bij fysiotherapie momenteel een tendens tot schaalvergroting waarneembaar. Het gemiddeld aantal fysiotherapeuten is per praktijk toegenomen van 2,4 in 1997 tot 2,9 in 2003. Deze schaalvergroting heeft tot op heden echter niet tot een afname van het aantal fysiotherapeutenpraktijken geleid. Integendeel, er is zelfs een lichte toename waarneembaar: van 4.687 in 1997 tot 4.747 in 2003.

Verschillende redenen kunnen ten grondslag liggen aan het besluit van fysiotherapeuten om gezamenlijk een praktijk te vormen⁷⁶. Op grond van de economische theorie zijn deze redenen onder te brengen in twee hoofdcategorieën: kostenbesparingen/kwaliteitsverbeteringen en versterking van de marktmacht. Ten eerste kan schaalvergroting voor fysiotherapeuten bijvoorbeeld kostenvoordelen met zich brengen op het gebied van huisvesting en administratieve lasten, zodat horizontale integratie de gemiddelde kosten van een behandeling doet afnemen. Dit leidt tot een verbetering van de efficiëntie. Ook is het mogelijk dat de kwaliteit van de geleverde zorg toeneemt als gevolg van schaalvergroting. Ten tweede kunnen fysiotherapeuten besluiten tot schaalvergroting om zodoende hun marktmacht te versterken. Wanneer bijvoorbeeld zorgverzekeraars over inkoopmacht beschikken kan horizontale integratie eraan bijdragen dat fysiotherapeuten tijdens de contractonderhandelingen voldoende tegenwicht kunnen bieden. Horizontale integratie biedt fysiotherapeuten ook de kans om hun zorgverleningstijden te verruimen. Daarnaast geeft het fysiotherapeuten de kans om meerdere specialisaties binnen een praktijk aan te bieden en kan de kwaliteit verhogen als gevolg van de toegenomen mogelijkheden voor intercollegiaal overleg en samenwerking. Het is echter ook mogelijk dat minder nobele overwegingen ten grondslag liggen aan een besluit tot schaalvergroting. Zo kunnen fysiotherapeuten kiezen voor schaalvergroting met het doel om ongestraft de prijzen te kunnen verhogen en/of de kwaliteit te verlagen. Horizontale integratie kan er, in aanwezigheid van

⁷⁶ Uit de praktijk blijkt dat fysiotherapeuten veelal voor losse samenwerkingsverbanden kiezen en niet zozeer voor het samengaan in een onderneming. Een belangrijke reden hiervoor is dat het vrije beroeps karakter van de vrijgevestigde fysiotherapeut zwaar weegt en de therapeut niet zo maar bereid is om zijn zelfstandigheid op te geven.

toetredingsdrempels, namelijk voor zorgen dat het aantal fysiotherapeutenpraktijken op een markt dusdanig sterk afneemt dat geen sprake meer is van effectieve concurrentie.

In het algemeen moeten de positieve effecten van schaalvergroting (lagere prijs of hogere kwaliteit) worden afgewogen tegen de negatieve effecten van misbruik van marktmacht. Ten aanzien van de markt voor fysiotherapeutische zorg zijn, voor zover bekend bij CTG/ZAio, geen kwantitatieve analyses beschikbaar met betrekking tot deze effecten op basis waarvan verantwoorde uitspraken mogelijk zijn. Gezien de gezamenlijke nationale omzetsdrempel van 30 miljoen euro zijn samensmeltingen van één of meer fysiotherapeutenpraktijken in de regel niet aan goedkeuring van de NMa onderworpen.⁷⁷ In combinatie met de (waarschijnlijk) relatief beperkte geografische markt voor fysiotherapie, betekent dit dat op lokaal of regionaal niveau economische machtsposities zouden kunnen ontstaan. Daar staat overigens tegenover dat het daadwerkelijke misbruik van zo'n machtspositie (i) door de afwezigheid van substantiële toetredingsdrempels niet waarschijnlijk is, (ii) dat door een overaanbod aan fysiotherapeuten er voldoende "restconcurrentie" overblijft en dergelijk gedrag (iii) wel op grond van de Mededingingswet kan worden aangepakt (zie § 7.2).

Het bovenstaande in ogenschouw genomen, acht CTG/ZAio het vooralsnog niet nodig om bij de monitoring van het experiment met vrije tariefsvorming bij fysiotherapie nadrukkelijk aandacht te besteden aan horizontale integratie van fysiotherapeuten, CTG/ZAio zal wel globaal de ontwikkelingen in de gaten houden.

5.2.5 Verticale integratie

Er is sprake van verticale integratie wanneer twee of meer ondernemingen die actief zijn op verschillende deelmarkten in dezelfde bedrijfskolom zodanig met elkaar samensmelten dat één (nieuwe) onderneming ontstaat.

Vermindering van de transactiekosten bij contractonderhandelingen vormt een belangrijke reden voor verticale integratie. Contracten hebben tot doel de acties van onafhankelijke beslissers te coördineren. Deze coördinatie is nodig om de productie te optimaliseren. Een gebrek aan coördinatie leidt tot suboptimalisatie wanneer onafhankelijke beslissers hun eigen beslissingen optimaliseren zonder de consequenties voor andere beslissers in de productieketen in ogenschouw te nemen. Aan de andere kant zijn er ook voordelen verbonden aan decentralisering van beslissingsbevoegdheden. Ten eerste wordt het beslisrecht over de verschillende onderdelen toebedeeld aan de best geïnformeerde partijen en ten tweede wordt overmatig overleg (met hoge communicatiekosten) voorkomen. Aan de andere kant heeft zo'n contract een groter risico van ongecoördineerde beslissingen. De mogelijkheid van informatie-uitwisseling is daarom een belangrijk criterium bij de beslissing over de mate van decentralisatie. Als het niet mogelijk is om belangrijke aspecten van de coördinatie tussen de verschillende beslissers te coördineren, is verticale integratie een oplossing.

Naast een effect op de transactiekosten heeft verticale integratie ook gevolgen voor de verhoudingen binnen de bedrijfskolom. Allereerst kan verticale integratie bijdragen aan het optimaliseren van de besluitvorming binnen de keten. Zo kunnen allerlei beslissingen die onderling samenhangen gemakkelijker gecoördineerd worden als sprake is van één onderneming. Daarnaast kan verticale

⁷⁷ Ter illustratie, de KNGF schat de totale markt voor fysiotherapie op 1.050 miljoen euro.

integratie de marktpositie van de geïntegreerde aanbieders versterken.⁷⁸ Soms zelf zodanig dat een economische machtspositie ontstaat. Beantwoording van de vraag of verticale integratie wenselijk is – dat wil zeggen of de efficiëntievoordelen de nadelen van marktmacht overtreffen – is alleen per specifiek geval mogelijk.

Ten aanzien van fysiotherapie kan verticale integratie verschillende vormen aannemen:

1. fysiotherapeuten kunnen integreren met andere (para)medische beroepsbeoefenaren;
2. zorgverzekeraars kunnen integreren met fysiotherapeuten.

Hieronder wordt nader ingegaan op de eerste vorm van verticale integratie, terwijl het mogelijke samengaan van zorgverzekeraars en fysiotherapeuten in § 5.3.4 aan de orde komt.

Er is sprake van verticale integratie tussen fysiotherapeuten en andere (para)medische beroepsbeoefenaren – zoals huisartsen, oefentherapeuten of ergotherapeuten – wanneer zij samen een gezondheidscentrum exploiteren. Deze vorm van integratie kan zowel gericht zijn op het realiseren van scopevoordelen als op het versterken van de marktpositie. Dit laatste kan zowel betrekking hebben op de positie ten opzichte van andere zorgaanbieders als op de positie in de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Mogelijke voordelen van verticale integratie zijn de kortere lijnen tussen de verschillende beroepsbeoefenaren, de verhoging van kwaliteit als gevolg van samenwerking en meer communicatie en de mogelijkheid van innovatie. Een mogelijk nadeel is dat de klant zich in zijn keuzevrijheid beperkt kan voelen als hij naar een therapeut in hetzelfde gezondheidscentrum verwezen wordt.

Tijdens de consultatieronde is opgemerkt dat er vaker sprake is van verticale samenwerking dan daadwerkelijke verticale integratie. Ook bestaan er belemmeringen om over te gaan tot verticale integratie, met name vanuit het oogpunt van financiering.

Ten aanzien van de markt voor fysiotherapeutische zorg is, voorzover bekend bij CTG/ZAio, geen kwantitatief onderzoek beschikbaar op basis waarvan verantwoorde uitspraken mogelijk zijn over de mogelijke scopevoordelen bij verticale integratie en de uitoefening van marktmacht. Overigens geldt dat, gezien de gezamenlijke nationale omzeldrempel van 30 miljoen euro die gehanteerd wordt, eventuele samensmeltingen van fysiotherapeutenpraktijken met bijvoorbeeld huisartsenpraktijken tot één onderneming in de regel niet aan goedkeuring door de NMa onderworpen zullen zijn. Dergelijke samenwerkingsvormen worden vanuit de overheid zelfs gestimuleerd.⁷⁹

Het bovenstaande in ogenschouw nemend, acht CTG/ZAio het vooralsnog niet nodig om bij de monitoring van het experiment met vrije tariefsvorming bij de fysiotherapie nadrukkelijk aandacht te besteden aan verticale integratie. CTG/ZAio zal wel de ontwikkelingen globaal blijven volgen. Het is weliswaar mogelijk dat er op lokaal of regionaal niveau machtsposities ontstaan als gevolg van

78 Enkele voorbeelden waar verticale integratie tot een vergroting van marktmacht kan leiden, zijn als integratie leidt tot het bezit van een noodzakelijke productiefactor die nodig is om op de desbetreffende markt te functioneren, waardoor het geïntegreerde bedrijf concurrenten van deze input kan uitsluiten of de kosten van concurrenten zodanig kan verhogen dat zij feitelijk niet meer kunnen concurreren op deze markt, het zogenoemde 'fore closure' en 'raising rivals cost' argument. Daarnaast kan het voorkomen dat een bedrijf in zo'n hoge mate verticaal geïntegreerd is dat een nieuwe toetredster indien hij wil concurreren zowel actief moet zijn op de inkoopmarkt als op de verkoopmarkt, ook wel bekend staand als 'two level entry'. Een dergelijke toetreding is veel riskanter, moeilijker en tijdrovender van aard dan toetreding op een enkele markt. Verticale integratie kan daarnaast de marktwerking verstoren als (in concurrerende zin) lastige aanbieders en kopers hierdoor van de markt verdwijnen.

79 VWS, Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg breed gedragen, persbericht d.d. 30 augustus 2004.

verticale integratie, maar door de afwezigheid van substantiële toetredingsdrempels is daadwerkelijk misbruik hiervan niet waarschijnlijk. Daarnaast kan misbruik van een machtspositie worden aangepakt op grond van de Mededingingswet.

5.3 Vraagzijde

Ten aanzien van de vraagzijde van de zorginkoopmarkt richt de aandacht zich specifiek op de zorgverzekeraars. Het uiteindelijke succes van het experiment met vrije tariefsvorming bij fysiotherapie is sterk afhankelijk van de mate waarin verzekeraars de hun toebedeelde rol als kritische inkopers van zorg (ten behoeve van hun naturapolissen) vervullen. Een noodzakelijke voorwaarde hiervoor is dat het aantal zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt voldoende is voor effectieve concurrentie.⁸⁰ In deze paragraaf is er daarom aandacht voor achtereenvolgens (i) het huidige aantal zorgverzekeraars, (ii) mogelijke toetredingsdrempels, (iii) horizontale integratie en (iv) verticale integratie.

5.3.1 Aantal zorgverzekeraars

Wat betreft het aanbod van zorgverzekeraars kan onderscheid worden gemaakt tussen de ziekenfondsenmarkt en de markt voor particuliere zorgverzekeraars. Op 1 januari 2004 bedroeg het aantal ziekenfondsverzekerden bijna 10,2 miljoen (63%) en het aantal particulier verzekerden ruim 5,7 miljoen (35%).^{81 82} In 2004 waren in Nederland 22 ziekenfondsen en 38 particuliere zorgverzekeraars actief. Binnen beide markten is de afgelopen jaren sprake geweest van fusies en overnames. De genoemde aantallen zijn enigszins vertekend, omdat enkele concerns verscheidene ziekenfondsen of particuliere zorgverzekeraars omvatten en labels van hetzelfde concern niet met elkaar concurreren. Het totaal aantal concerns in Nederland is 33. Het totale aantal verzekerden is niet evenredig over deze 33 concerns verdeeld: de vijf grootste verzekeraars hadden in 2002 een marktaandeel van 67%.^{83 84}

Met de komst van de basisverzekering zal de markt veranderen. Het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars vervalt. Er is dan in principe sprake van een landelijke markt, al zal de focus van verzekeraars in eerste instantie nog vooral regionaal zijn. Het is nog niet duidelijk hoe de concurrentie tussen verzekeraars zich dan precies zal ontwikkelen.

Het aantal ziekenfondsen in Nederland zegt niet alles over de mate van concurrentie in deze markt. Voldoende mobiliteit van verzekerden is cruciaal voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt. Tot 1992 waren ziekenfondsverzekerden verplicht aangesloten bij hun regionale verzekeraar. Alhoewel ziekenfondsverzekerden sindsdien vrij mogen kiezen, was in 2001 77% van de verzekerden nog steeds aangesloten bij de historische ziekenfondsverzekeraar. Dit percentage is daarna wat gestegen, doordat in 2003 relatief veel verzekerden zijn overgestapt. De regionale specialisatie van ziekenfondsen kan de concurrentie beperken.⁸⁵

80 Merk op dat dit geen voldoende voorwaarde is. Een uitgebreide beschouwing van de zorgverzekeringsmarkt valt echter buiten de reikwijdte van dit consultatiedocument.

81 Vektis, Zorgthermometer: oktober 2004, Zeist, 2004.

82 De overige 353.000 Nederlanders (2%) behoren tot groepen waarvoor een speciale regeling voor de ziektekosten is getroffen (bijvoorbeeld militairen, gedetineerden en werknemers die in het buitenland werkzaam zijn). Ook bevat deze groep een niet nader te bepalen aantal onverzekerden, zoals gewetensbezwaarden.

83 NYFER, Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte, Breukelen, 2004.

84 Vektis, Zorgthermometer: informatie voor ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, Zeist, 2003.

85 Gedetailleerde cijfers over marktaandelen per regio zijn helaas niet beschikbaar.

Het CTZ zal in samenwerking met CTG/ZAio de zorgverzekeringsmarkt analyseren om meer inzicht te krijgen in (veranderingen in) de regionale specialisatie van zorgverzekeraars en de aanwezigheid van mogelijke toetredingsdrempels voor zorgverzekeraars. CTZ zal in dit kader naar verwachting eind juni een consultatiedocument over de zorgverzekeringsmarkt publiceren.

Als de markt voor fysiotherapie in zijn geheel wordt bekeken dan blijkt dat er aan de vraagkant maar een beperkt aantal spelers actief is, meestal een grote verzekeraar per regio (waarbij de verzekeraar ook vaak de basisverzekering koppelt aan de aanvullende verzekering), aan de aanbodkant is echter een groot aantal relatief kleine spelers actief. Dit kan erop wijzen dat er aan de kant van de verzekeraars sprake is van marktmacht. § 7.3 gaat hier verder op in.

5.3.2 Toetredingsdrempels

Na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 is er één nieuwe basisverzekering voor curatieve zorg. De huidige verschillen tussen ziekenfonds en particuliere zorgverzekering vervallen daarmee. De toetredingseisen voor verzekeraars die de basisverzekering willen aanbieden zijn voor alle aanvragers gelijk. Het wordt bovendien toegestaan om naar winst te streven, hetgeen de toetreding bevordert. Ook na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet lijken de wettelijke toetredingsdrempels in verhouding te staan tot de desbetreffende verantwoordelijkheden en risico's.

5.3.3 Horizontale integratie⁸⁶

Hoewel de verzekeringsmarkt – in ieder geval in theorie – een nationale markt is ⁸⁷ (waardoor marktafbakening niet problematisch lijkt) en kwaliteitsverschillen steeds beter zichtbaar worden, kan de markt nog altijd gekenschetst worden als een 'tight oligopoly'. Dit is met name het gevolg van het relatief grote aantal fusies dat heeft plaatsgevonden. Er zijn relatief weinig aanbieders en toetreding is moeilijk.⁸⁸ Voor dergelijke markten bestaat een reëel risico op welvaartsverminderend (anti-competitief) gedrag. Voorbeelden van dit gedrag zijn het onderling afstemmen van beslissingen,⁸⁹ het in rekening brengen van excessieve prijzen en het vaststellen van zogeheten rooftprijzen. De mogelijkheden hiertoe worden vergroot doordat alle verzekeraars aan het CVZ dezelfde informatie (moeten) aanleveren ten behoeve van de risicoverevening.⁹⁰ Daarnaast is van belang dat zorgverzekeraars in de regio's waar ze relatief weinig verzekerden vertegenwoordigen ertoe neigen om (i) zich aan te sluiten bij contracten die de marktleider daar heeft afgesloten en (ii) inkoopcombinaties te vormen. Op dit moment is zowel bij CTG/ZAio als bij het CTZ onduidelijk in hoeverre dit voor fysiotherapie plaatsvindt (zie § 7.3.3). Het CTZ zal daarom in samenwerking met CTG/ZAio onderzoek verrichten naar de mate (en de gevolgen daarvan) waarin zorgverzekeraars zich aansluiten bij de contracten van marktleiders bij de verstrekking van fysiotherapie en tevens naar verzekeraars die zich tot inkoopcombinaties omvormen bij het inkopen van fysiotherapie.

⁸⁶ In § 4.2.4 is meer (achtergrond)informatie over deze term te vinden.

⁸⁷ Het is zeer de vraag of dit nog steeds het geval is. Verzekerden maken een keuze voor een verzekeraar op basis van de contracten die deze heeft gesloten met ziekenhuizen in de nabije omgeving. Hoewel sommige verzekeraars landelijk zullen opereren, lijkt de relevante markt daarom toch meer een regionaal karakter te hebben.

⁸⁸ CPB, Tight oligopolies: in search of proportionate remedies, CPB document No 29, Den Haag, 2003.

⁸⁹ Het is goed om in het oog te houden dat het maken van expliciete afspraken hiervoor niet altijd nodig is.

⁹⁰ CPB, Tight oligopolies: in search of proportionate remedies, CPB document No 29, Den Haag, 2003.

⁹⁰ Het is goed om in het oog te houden dat het maken van expliciete afspraken hiervoor niet altijd nodig is.

⁹⁰ Risicoverevening houdt in dat verzekeraars met relatief veel hoge risico's financieel gecompenseerd worden. Dit is belangrijk omdat de ziekenfondspremie niet gedifferentieerd is naar (gezondheids)risico. Risicoverevening verkleint de prikkels voor verzekeraars om risicoselectie toe te passen, dat wil zeggen om minder aantrekkelijke verzekerden buiten te sluiten.

5.3.4 Verticale integratie

Zoals in § 5.2.5 reeds is aangegeven, kunnen zorgverzekeraars hun eigen fysiotherapeutenpraktijken starten. Bijvoorbeeld omdat op deze wijze bespaard kan worden op de transactiekosten – er hoeft dan immers niet meer met iedere fysiotherapeutenpraktijk afzonderlijk een contract te worden afgesloten. Daarnaast is innovatie en de mogelijkheid om tot een diepere samenwerking te komen een belangrijke reden. Aan de andere kant kunnen zorgverzekeraars voor verticale integratie kiezen met fysiotherapeuten om een economische machtspositie van bestaande aanbieders te ondermijnen. Tijdens de consultatieronde hebben verzekeraars laten weten dat dit tot op heden geen reden is geweest voor verticale integratie. Ook van andere partijen heeft CTG/ZAio geen aanwijzingen gekregen dat dit het geval is.

Het is een ziekenfonds verboden om zelf diensten of zaken te leveren die tot de ziekenfonds- of AWBZ-verstrekingen behoren, behalve als het gaat om het in gebruik geven van medische hulpmiddelen. Hoewel het ziekenfonds in principe niet is toegestaan om bestuurlijk en financieel deel te nemen in zorgverlenende instellingen, kan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) hiervoor een ontheffing verlenen. Tot op heden is van die mogelijkheid tot ontheffing gebruik gemaakt waar het gaat om farmaceutische zorg⁹¹ en huisartsenzorg.⁹² In de Regeling administratievoorschriften eigen instellingen⁹³ is bepaald dat de baten en lasten van deze activiteiten afzonderlijk in de administratie van het ziekenfonds moeten zijn vastgelegd.

Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 mag een particuliere zorgverzekeraar geen ander bedrijf uitoefenen dan hetzij het schadeverzekeringsbedrijf hetzij het levensverzekeringsbedrijf. Doordat het een particuliere zorgverzekeraar wel is toegestaan om in een andere rechtspersoon een ander bedrijf dan het verzekeringsbedrijf uit te oefenen, is verticale integratie voor hen in de praktijk toch mogelijk.

Na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 zullen de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te werken met eigen zorgaanbieders toenemen.⁹⁴ Door de vorm van deze wet is het zelf verlenen van zorg namelijk niet langer een nevenactiviteit, maar een hoofdactiviteit. Dat wil zeggen, voorzover het gaat om het verlenen van zorg aan eigen verzekerden. Zorgverlening aan verzekerden van een andere zorgverzekeraar blijft een nevenactiviteit die in principe verboden is, tenzij deze activiteiten zijn ondergebracht in een aparte rechtspersoon. DNB raadt zorgverzekeraars aan om bij het opzetten van eigen zorgaanbieders en financiële participatie in bestaande zorgaanbieders de plannen eerst aan DNB voor te leggen.

Met het huidige overaanbod aan fysiotherapie is het overigens de vraag of verzekeraars echt een prikkel hebben om tot verticale integratie over te gaan. De noodzaak hiertoe lijkt op dit moment beperkt, in de toekomst kan dit mogelijk veranderen.

Gezien de hierboven genoemde eisen acht CTG/ZAio het vooralsnog niet nodig om meer zicht te krijgen op de effecten van verticale integratie tussen fysiotherapeuten enerzijds en zorgverzekeraars anderzijds.

91 Staatscourant, nr. 246, blz. 36, 1998.

92 Staatscourant, nr. 209, blz. 24, 2002.

93 Staatscourant, nr. 248, blz. 74, 2002.

94 Tweede Kamer, Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet): verslag van een schriftelijk overleg, 29763, nr. 26, Den Haag.

5.4 Aanbevelingen per partij

Beleidsaanbevelingen CTZ

- Analyse van de zorgverzekeringsmarkt om meer inzicht te krijgen in (veranderingen in) de regionale specialisatie van zorgverzekeraars en in mogelijke toetredingsdrempels voor zorgverzekeraars (§ 5.3.1, § 5.3.2)⁹⁵
- Onderzoek naar de mate en gevolgen van zorgverzekeraars die zich voor fysiotherapie aansluiten bij contracten van marktleiders en van zorgverzekeraars die inkoopcombinaties vormen bij fysiotherapie (§ 5.3)

⁹⁵ In het consultatiedocument over de verzekeringsmarkt dat CTZ naar verwachting eind juni zal uitbrengen zal hier onderzoek naar worden gedaan.

6. OVERSTAPMOGELIJKHEDEN

6.1 Inleiding

De mogelijkheid voor afnemers om over te stappen (switchen) naar een andere aanbieder is een cruciale prikkel voor concurrentie in de zorg.⁹⁶ Voor een concurrentieprikkel is het niet altijd nodig dat afnemers daadwerkelijk overstappen, de dreiging voor aanbieders om klanten te verliezen of de kans om klanten te winnen, is vaak voldoende. Patiënten en zorgverzekeraars kunnen overstappen naar een andere fysiotherapeut, verzekerden kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Dit hoofdstuk bespreekt de mogelijke problemen bij overstappen op de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. De zorgverzekeringsmarkt zal in een apart consultatiedocument worden geanalyseerd. § 6.2 gaat in op de verschillende overstapkosten voor zorgverzekeraars en consumenten. Daarnaast is de druk van aanliggende zorgmarkten van belang bij het maken van een keuze tussen verschillende aanbieders. De zorginkoopmarkt en de zorgverleningmarkt staan namelijk niet op zich zelf. De invloed van deze aanliggende zorgmarkten kunnen als indirecte overstapkosten worden geïnterpreteerd en worden in § 6.3 verder uitgewerkt. § 6.4 gaat nader in op het belang van inzicht in prijs en kwaliteit en de verschillende mogelijkheden om prijs en kwaliteit inzichtelijk te maken.

6.2 Directe overstapkosten

In zijn algemeenheid zijn overstapkosten te definiëren als:

*‘Het geheel aan financiële en niet-financiële belemmeringen die een afnemer van een product of dienst ervaart, wanneer hij wil overstappen van zijn huidige naar een alternatieve aanbieder, product of dienst’.*⁹⁷

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

Overstapkosten hebben een directe relatie met toetredingsdrempels: indien het voor afnemers van zorg moeilijk is om over te stappen (als gevolg van de hoge overstapkosten), dan wordt het voor potentiële zorgaanbieders lastig om toe te treden tot de desbetreffende markt. Daarnaast hebben aanbieders, ten behoeve van het vergroten van hun eigen marktaandeel, belang bij actief overstapedrag van afnemers die nu hun product afnemen bij een concurrent. Zij zijn daarom gebaat bij zo laag mogelijke overstapkosten van deze afnemers. Aan de andere kant zullen aanbieders trachten de overstapkosten van hun eigen afnemers hoog te houden zodat deze niet naar een andere aanbieder overstappen.

⁹⁶ Waterson, M., "The role of consumers in competition and competitionpolicy", International journal of industrial organization, vol. 26, 2003

⁹⁷ "Kosten nog moeite", eindrapport interdepartementale MDW-werkgroep Overstapkosten, 2003

De onderstaande twee subparagrafen gaan kort in op de verschillende mogelijke directe overstapkosten op de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt.

6.2.1 Zorginkoopmarkt⁹⁸

1. Kosten van het zoeken naar informatie over alternatieve aanbieders

In het algemeen kunnen deze overstapkosten vooral gerelateerd worden aan de tijd en inspanningen die zorgverzekeraars nodig hebben om de informatie over het in te kopen fysiotherapeutisch product helder te krijgen. Indien de informatie eenduidig en transparant is, dan zullen de overstapkosten meevallen. Indien dit niet zo is, zullen de overstapkosten hoger liggen en zullen zorgverzekeraars naar verwachting minder gauw overstappen naar een andere zorgaanbieder. Transparante indicatoren over de fysiotherapeutische zorg per product en per fysiotherapeutische praktijk zijn op dit moment niet beschikbaar. Dit resulteert in relatief hoge 'overstapkosten' voor zorgverzekeraars⁹⁹.

§ 6.4 gaat hier nader op in.

2. Onzekerheid over de kwaliteit van een overstap

Vanwege de bekendheid met de bestaande relaties en de onbekendheid met andere zorgaanbieders zullen verzekeraars er niet snel voor kiezen om over te stappen naar andere aanbieders. Vooral door een gebrek aan informatie over elders te verkrijgen fysiotherapeutische zorg, is de onzekerheid over de kwaliteit van de overstap groot en zijn de overstapkosten voor de zorgverzekeraars als zorginkoper relatief hoog. Ook deze overstapkosten zijn direct gerelateerd aan inzicht in de kwaliteit van het product. Deze kosten worden verder besproken in § 6.4.

3. Rol huisarts

De huisarts speelt als eerste aanspreekpunt voor consumenten/patiënten bij gezondheidsproblemen een belangrijke rol in de uiteindelijke keuze van de patiënt voor een bepaalde fysiotherapeut. Tot 1 januari 2006 is een gemotiveerde verwijzing van de huisarts een vereiste als de patiënt voor een vergoeding in aanmerking wil komen. Ook na de inwerkingtreding van de DTF zal de huisarts echter een belangrijke rol blijven vervullen in de uiteindelijke keuze van de patiënt voor een fysiotherapeut. Hierdoor wordt het moeilijker voor verzekeraars om patiënten naar bepaalde fysiotherapeuten te sturen en dus om van fysiotherapeut over te stappen. Zie ook § 7.2.6.

4. Kosten als compatibiliteitseisen

De communicatie tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten gebeurt steeds meer via netwerken. Fysiotherapeuten moeten hierbij hun administratiesysteem laten aansluiten bij het netwerk van de verzekeraar. Dit kan investeringen met zich brengen die als overstapkosten zouden kunnen werken voor de fysiotherapeut om zijn product aan te bieden aan een andere zorgverzekeraar. Inmiddels bestaan vele technische mogelijkheden en standaarden om informatie uit te wisselen en zijn compatibiliteitseisen zeer ruim gedefinieerd. Op basis van huidige inzichten behoeven deze overstapkosten geen bijzondere aandacht van CTG/ZAio.

98 Met de inwerkingtreding van DTF zullen individuele consumenten ook als zorginkoper fungeren. De overstapkosten waarmee individuele consumenten te maken krijgen, zullen voornamelijk samenhangen met de overstapkosten die in punt 1 en 2 worden genoemd voor de verzekeraars. Het is dus belangrijk dat consumenten beschikken over vergelijkbare en transparante informatie over de zorgaanbieders.

99 Kleine zorgverzekeraars zullen nog minder geneigd zijn om over te stappen omdat zij in verhouding meer zoekkosten per verzekerde kwijt zijn, zeker als het maar om een klein aantal patiënten in een bepaalde regio gaat. De baten van overstappen wegen dan niet op tegen de kosten hiervan.

5. Kosten van het leren gebruiken van een alternatief product

Fysiotherapeutische zorg is op zich geen complex product; het bestaat, naast de reguliere therapie, uit een aantal specialisaties zoals manuele therapie, kinderfysiotherapie, sportfysiotherapie, fysiotherapie in de geriatrie en fysiotherapie in de pre- en postnatale fase van de gezondheidszorg en vereist specifieke technische kennis zoals bijvoorbeeld tandheelkunde¹⁰⁰. Het kiezen van een alternatieve zorgaanbieder zou daarom geen problemen moeten opleveren. De vertrouwensrelatie tussen de patiënt en fysiotherapeut kan het overstappen naar nieuwe aanbieders bemoeilijken. Het is echter niet bekend in hoeverre dit zich voordoet. Een alternatief voor fysiotherapie is bijvoorbeeld oefentherapie C/M. Vanwege het ontbreken van informatie over de toepassing van oefentherapie binnen de fysiotherapie zou het kiezen van een alternatief product wel overstapkosten mee kunnen brengen. Het professionele oordeel van de huisarts voor een bepaalde vorm van fysiotherapie dan wel oefentherapie is hierbij natuurlijk ook van belang. § 6.4 gaat nader in op het probleem van transparantie tussen verschillende zorgaanbieders.

6. Administratieve kosten van een overstap en transactiekosten

In de Zfw is bepaald dat aan elke zorgverlening een contract ten grondslag moet liggen. Dit betekent dat zorgverzekeraars met elke fysiotherapeut een contract moeten sluiten als ten minste één verzekerde daar zorg afneemt. Dit brengt administratieve kosten mee zoals het versturen en opstellen van de overeenkomst en appelleren van de zorgaanbieder. Met het oog op de restitutiemogelijkheden die opgenomen zijn in artikel 11 van de Zfw is dit probleem voor zorgverzekeraars in 2005 naar verwachting niet meer aan de orde. Uit onderzoek van het CTZ komt naar voren dat het opvolgen van een aanbestedingsprocedure bij het inkopen van fysiotherapeutische zorg voor zorgverzekeraars een kostbare aangelegenheid is. Zorgverzekeraars die op basis van deze procedure fysiotherapeutische zorg hebben ingekocht, zullen deze relaties naar verwachting niet gauw verbreken.

7. Overstapkosten als gevolg van contractuele bepalingen

Overstapkosten kunnen voortkomen uit contractuele bepalingen over eenzijdige of gezamenlijke investeringen in kwaliteit, efficiëntie en/of doelmatigheid. Om te voorkomen dat dergelijke investeringen niet worden terugverdiend door het terugtrekken van een partij uit deze overeenkomst, worden contracten gesloten. In de literatuur is niet veel bekend over mogelijke omvangrijke investeringen voor de fysiotherapie, waarvoor het nodig zou zijn om een contract af te sluiten. Er is daarmee in de relatie tussen zorgverzekeraar en fysiotherapeut geen directe prikkel om een langdurige overeenkomst aan te gaan (om de investering terug te verdienen). Een enkele aanwijzing van het bestaan van overstapkosten is te vinden in de rapportage van het CTZ¹⁰¹ over het aanbesteden van fysiotherapeutische zorg. Hierin komt naar voren dat bestaande relaties met fysiotherapeuten graag behouden worden vanwege onder andere de ingezette beleidsvoering met fysiotherapeuten.

Een andere vorm van contractbepalingen die als overstapkosten kunnen worden gekenmerkt, is de periode en de vereiste termijn die worden gehanteerd voor het opzeggen van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Deze bepalingen staan in de 'Uitkomst van Overleg zorgverzekeraar – fysiotherapeut 2004' die als vaste en verplichte basis geldt voor de individueel

100 MDW, Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg, 1997.

101 CTZ, Aanbesteden fysiotherapeutische zorg, 2002

te sluiten overeenkomsten^{102 103}. Tijdens de consultatieronde hebben verzekeraars aangegeven dat er sporadisch sprake is van problemen bij het ontbinden van contracten. De voornaamste redenen van een verzekeraar om een contract te beëindigen zijn frauduleus handelen, ondeugdelijk behandelbeleid en misdragingen ten opzichte van patiënten. Bij het verbreken van een langdurige relatie is het wel van belang dat de verzekeraar de inkoopcriteria duidelijk, transparant en tijdig formuleert. Het laatste is van belang om de fysiotherapeut de kans te geven om aan deze criteria te voldoen (eventuele verbeteringen door te voeren zodat hij toch aan de criteria voldoet) of andere inkomstenbronnen te zoeken.

Op grond van het bovenstaande lijkt het erop dat zorginkopers weliswaar met enige overstapkosten geconfronteerd kunnen worden, maar dat deze de mogelijkheden om bepaalde fysiotherapeuten niet meer en andere juist wel te contracteren niet wezenlijk belemmeren. Wanneer bij contractering nadere (ongeschreven of juridische) zorgvuldigheidseisen in acht moeten worden genomen, kunnen zorgverzekeraars in de praktijk echter moeilijkheden ondervinden bij het beëindigen van (langdurige) contractuele relaties¹⁰⁴.

Vooralsnog beschikt CTG/ZAio niet over signalen waaruit blijkt dat zorgverzekeraars bij hun contracteerbeleid rekening moeten houden met omvangrijke overstapkosten. De voorlopige conclusie is daarom dat deze overstapkosten geen aandachtspunt behoeven te zijn voor CTG/ZAio.

Door het ontbreken van jurisprudentie is op dit moment nog onduidelijk in hoeverre het recht op restitutie voor ziekenfondspatiënten de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars, en daarmee hun onderhandelingspositie, beperkt. Hoewel het recht op restitutie vanuit het perspectief van keuzevrijheid van patiënten/ consumenten als wenselijk kan worden beschouwd, bestaat de mogelijkheid dat hierdoor de kritische inkooprol van zorgverzekeraars sterk onder druk komt te staan¹⁰⁵.

6.2.2 Zorgverleningsmarkt

1. Kosten van het zoeken naar informatie over alternatieve aanbieders

Ook hier geldt dat de overstapkosten vooral liggen in de tijd en inspanningen die consumenten nodig hebben om de informatie over de fysiotherapeutische behandeling en de verschillende aanbieders helder te krijgen. Transparante indicatoren over de fysiotherapeutische zorg per product en per fysiotherapeutische praktijk zijn op dit moment niet beschikbaar. Dit resulteert in relatief hoge 'overstap/zoekkosten' voor consumenten. § 6.4 gaat hier nader op in.

2. Onzekerheid over de kwaliteit van een overstap

Ook deze overstapkosten zijn direct gerelateerd aan de mate van inzicht in prijs en kwaliteit van het product. Deze kosten worden verder besproken in § 6.4.

102 CVZ, Goedkeuring Uitkomst van Overleg zorgverzekeraar – fysiotherapeut 2004, Diemen, 2004.

103 Overigens zal na inwerkingtreding van de HOZ van een dergelijke basis geen sprake meer zijn.

104 Tijdens de recente contractonderhandelingen bleek dat verzekeraars dit kunnen voorkomen door tijdelijke contracten met fysiotherapeuten af te sluiten. Ook geeft het restitutie instrument verzekeraars de mogelijkheid om geen contract met een bepaalde aanbieder af te sluiten.

105 Aan de ander kant geldt dat verzekeraars door de koppeling van de hoofdverzekering aan de aanvullende verzekering, welke in veel gevallen geen restitutie bepaling maar een in- natura karakter heeft, mogelijkheden hebben om de werking van het restitutie- amendement te ontcrachten.

3. Reiskosten bij overstap naar alternatieve fysiotherapeut

Indien de overstap naar een alternatieve fysiotherapeut een aanzienlijk langere reistijd en hogere reiskosten met zich brengt, kan dit actief overstapgedrag belemmeren. Hierdoor zou er sprake kunnen zijn van een lokale machtspositie van de zorgaanbieders. Deze machtspositie kan worden beperkt door transparantie van prijs en kwaliteit van de fysiotherapeuten, onder de veronderstelling dat patiënten bereid zijn om verder te reizen als dat wordt beloofd met lagere prijzen of een hogere kwaliteit (zie § 6.4).

4. Administratieve kosten van een overstap

De consument op de zorgverleningsmarkt heeft weinig hinder van administratieve kosten bij een overstap. Alleen voor chronische patiënten zal het belangrijk zijn dat het medisch dossier van de ene naar de andere fysiotherapeut wordt overgeheveld. Andere behandelingen van fysiotherapie staan vaak op zich zelf en vereisen ter toelichting geen dossier: de consument kan zijn klacht zelf toelichten¹⁰⁶. Voorlopige conclusie is dat deze overstapkosten geen aandachtspunt behoeven te zijn voor CTG/ZAio.

5. Overige overstapkosten

Voor patiënten met een chronische aandoening zal het lastiger zijn om van fysiotherapeut te veranderen, omdat deze patiënten veelal minder of geheel niet mobiel zijn en dus aangewezen zijn op de fysiotherapeuten in hun nabije woonomgeving. Voor deze patiënten is de vertrouwensband met de fysiotherapeut ook van groter belang. Zij zullen, indien zij het financieel kunnen veroorloven, dus minder snel geneigd zijn om van fysiotherapeut te veranderen.

Naast de hiervoor gehanteerde causale indeling van overstapkosten is het mogelijk de overstapkosten te categoriseren naar *soort kosten*: geld, tijd of onzekerheid.¹⁰⁷ De waarde die wordt toegekend aan geld, tijd of onzekerheid kan behoorlijk verschillen per afnemer. Daarbij speelt de perceptie van overstapkosten eveneens een rol: deze kan sterk afwijken van de werkelijkheid. In dit licht is vooral informatievoorziening en transparantie belangrijk. Hoe beter prijs en kwaliteit van het aanbod inzichtelijk zijn gemaakt en het aanbod toegankelijk is voor de afnemers, des te meer komen perceptie en werkelijkheid overeen.

Ten slotte is het van belang op te merken dat in een pas geliberaliseerde markt sprake kan zijn van overstapbelemmeringen doordat mensen pas langzaam bewust worden van de voordelen van vrije keuze. Ook in de zorg lijkt het besef nog ver weg dat een behandeling iets is dat je kunt kopen bij verschillende aanbieders. Dat bewustwordingsproces kan in de beginfase van marktwerking resulteren in hoge overstapkosten. Consumenten lijken de neiging te hebben om te blijven zitten waar ze zitten (status-quo bias).^{108 109} In dit licht is het wenselijk om consumenten actief te informeren over de mogelijkheden en de voordelen van een overstap naar een andere verzekeraar en/of fysiotherapeut wanneer deze gelegenheid zich voordoet en/of fysiotherapeut. Dit is vergelijkbaar met de informatiecampagne bij de liberalisering van de energiemarkt over de mogelijkheid om over te stappen naar een andere energieleverancier. Deze rol dient daarom opgepakt te worden door het Ministerie van VWS.

106 Hier wordt geabstraheerd van de emotionele overstapkosten die mogelijk spelen bij de overgang naar een nieuwe aanbieder.

107 "Kosten nog moeite", eindrapport interdepartementale MDW-werkgroep Overstapkosten, 2003

108 "Zorg voor Concurrentie", Centraal Plan Bureau, 2003.

109 Schut, F.T., S. Gres en J. Wasem, 2002, Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands, International Journal of Health Care, Finance and Economics, vol. 3, blz 117-138.

6.3 Indirecte overstapkosten

De zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt en de consumenten op de zorgverleningsmarkt kunnen beïnvloed worden door ontwikkelingen op aanliggende markten. Zo kunnen zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt druk ervaren vanuit de zorgverleningsmarkt en zorgverzekeringsmarkt. En kunnen consumenten op de zorgverleningsmarkt druk ervaren vanuit de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt. Deze druk kan tot gevolg hebben dat zorgverzekeraars en consumenten in hun keuzes/acties worden belemmerd waardoor er sprake kan zijn van een vorm van indirecte overstapkosten. In deze paragraaf wordt deze druk nader uitgewerkt, in § 6.3.1 voor de zorginkoopmarkt en in § 6.3.2 voor de zorgverleningsmarkt.

6.3.1 Zorginkoopmarkt

Bij het contracteren van zorgaanbieders moeten verzekeraars rekening houden met de invloed en keuzes van consumenten. Bij het overstappen naar een andere zorgaanbieder is het immers de bedoeling dat patiënten ook overstappen naar deze nieuwe aanbieder. Door de vertrouwensrelatie die er tussen een patiënt en zijn fysiotherapeut kan bestaan kunnen de sturingsmogelijkheden beperkt worden. Naarmate een zorgverzekeraar zijn patiëntenstromen beter kan sturen, heeft de zorgverzekeraar een betere onderhandelingspositie en kan hij zorgaanbieders beter prikkelen tot doelmatigheidsafspraken en daardoor beter invulling geven aan zijn rol als zorginkoper^{110 111}.

Een instrument dat verzekeraars in dit kader kunnen inzetten, is het contracteren van voorkeursaanbieders. Vanaf 2006 is deze mogelijkheid geregeld in de nieuwe Zorgverzekeringswet. Op dit moment hebben zorgverzekeraars ook al mogelijkheden om op de fysiotherapeutische markt voorkeursaanbieders te contracteren. Op basis van de bestaande wetgeving, de Zfw kunnen zorgverzekeraars hun ziekenfondsverzekerden echter nog niet via de polis naar de voorkeursaanbieder te sturen. Deze mogelijkheid zal pas bij het ingaan van de Zorgverzekeringswet ontstaan. Wel kunnen zorgverzekeraars hun verzekerden op een andere manier naar voorkeursaanbieders proberen te sturen. Een bekend voorbeeld is de ETOS- waardebon die een zorgverzekeraar uitdeelt aan een verzekerde bij de eerste geneesmiddelenverstrekking door ETOS. Een andere mogelijkheid voor zorgverzekeraars om verzekerden te sturen, is door het maken van afspraken daarover met huisartsen in hun rol als verwijzers.

Een andere belangrijke factor die bepaalt of verzekeraars goed zorg zullen inkopen, is de concurrentie op de verzekeringsmarkt zelf en de druk die hiervan uitgaat. In een meer concurrerende markt zullen verzekeraars geprikkeld zijn om beter zorg in te kopen om zich op die manier op een positieve manier van andere concurrenten te kunnen onderscheiden. De intensiteit van concurrentie tussen verzekeraars is afhankelijk van het aantal zorgverzekeraars op de markt en de aanwezigheid van relevante toetredingsdrempels en mogelijke overstapkosten.

Betekenis druk aanliggende markten op zorginkoopmarkt van fysiotherapie

In de huidige situatie is het voor ziekenfondsverzekerden nog niet mogelijk om op basis van de voorwaarden inzake het basispakket tussen zorgverzekeraars te kiezen en mogen zorgverzekeraars nog geen winst maken. Ook zijn de gevolgen van eventuele prikkels die ziekenfondsverzekerden uitoefenen op de zorgverzekeraars (nog) niet duidelijk. Fysiotherapie blijkt in de praktijk echter een belangrijk product te zijn waarvoor de consument zich aanvullend verzekerd. Gezien de koppeling

110 Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte", NYFER, 2004.

111 M. Varkevisser, S.A. van der Geest, F.T. Schut; Concurrentie tussen Nederlandse Ziekenhuizen

tussen de aanvullende verzekering en de hoofdverzekering bij de inkoop van zorg kan er wel degelijk een prikkel bestaan om zo efficiënt mogelijk in te kopen om de consument een zo breed mogelijk pakket tegen een lage premie te kunnen aanbieden.

6.3.2 Zorgverleningsmarkt

De zorginkoopmarkt is van invloed op de zorgverleningsmarkt omdat de keuzes die zorgverzekeraars maken mede bepalen welke zorgaanbieders door verzekerden bezocht kunnen worden. Het kunnen kiezen van zorgaanbieders, en in dit geval fysiotherapeuten, door verzekerden lijkt hiermee beperkt. Op grond van artikel 11 van de Zfw krijgen ziekenfondsverzekerden voor fysiotherapeutische zorg naar verwachting de keuze tussen zorg in natura of vergoeding van de voor die zorg gemaakte kosten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder (restitutieplicht). Consumenten worden dus niet wezenlijk in hun keuze beperkt¹¹², wel worden zij geprikkeld via bijvoorbeeld premiekortingen om gebruik te maken van de door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders.

6.4 **Transparantie in de zorg**

6.4.1 Inleiding

Voor het bevorderen van concurrentie is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van betrouwbare en vergelijkbare informatie over de prijs en kwaliteit van zorg cruciaal. § 6.4 heeft als doel om inzicht te geven in de voorwaarden waaraan deze informatie moet voldoen, zowel vanuit het perspectief van transparantie als van mogelijk markttoezicht. § 6.4.2 bespreekt daartoe de transparantie van de prijzen. In § 6.4.3 en 6.4.4 wordt ingegaan op respectievelijk het belang van kwaliteitsmeting en de voorwaarden voor het meten van kwaliteit. In bijlage 2 van dit visiedocument wordt specifiek ingegaan op doelstellingen van partijen op het gebied van kwaliteitsmeting met betrekking tot fysiotherapie en wordt een oordeel gegeven over de op dit moment beschikbare kwaliteitsinformatie.

6.4.2 Transparantie van prijs

Voor zowel de zorgverzekeraar als de inkoper van fysiotherapeutische zorg als de verzekerde/patiënt is prijs een belangrijk onderdeel van de vergelijking van verschillende fysiotherapeuten. Met de inwerkingtreding van de WTG ExPres dienen fysiotherapeuten daarom een openbare prijslijst te publiceren voor patiënten van wie de zorgverzekeraar geen contract over een tarief met de desbetreffende zorgaanbieder heeft gesloten. Tevens moeten ze deze prijslijst naar CTG/ZAio opsturen. Het sjabloon dat hiervoor ingevuld dient te worden, is te vinden op www.ctg-zaio.nl. Op deze prijslijst moet onder andere de omschrijving en de prijs per behandeling worden vermeld. Deze zogenoemde standaardprijslijst heeft tot doel om financiële duidelijkheid te geven aan onverzekerde patiënten of aan patiënten die zorg willen afnemen bij een aanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd.

6.4.3 Metten van kwaliteit

Op markten die recentelijk geliberaliseerd zijn, is het ontstaan van overstapedgedrag niet vanzelfsprekend.¹¹³ Om te beginnen worden afnemers zich er vaak pas langzaam van bewust dat zij

¹¹² Door de koppeling van de hoofdverzekering aan de aanvullende verzekering, die niet altijd in alle gevallen een restitutie bepaling kent, kan de keuzevrijheid van de consument beperkt worden.

¹¹³ Waterson, M., The role of consumers in competition and competition policy, International Journal of Industrial Organisation 21, 2003

een keuze hebben waar die voorheen niet bestond. De overheid heeft dan ook de taak consumenten te wijzen op de nieuwe mogelijkheden. In de zorg is dit des te meer het geval omdat de keuze van zorgaanbieder nu meestal tot stand komt door verwijzing via de huisarts. Als afnemers zich bewust worden van hun nieuw verworven positie als 'marktdelnemer' en bereid zijn om met hun voeten te 'stemmen', dan wordt overstapgedrag vaak nog sterk afgeremd door onzekerheid en gebrek aan informatie. Men is niet op de hoogte van de termen waarin kwaliteit van producten en diensten in die markt wordt uitgedrukt en gemeten. Zelfs als dat wel het geval is, ontbreekt afdoende en vergelijkbare informatie over verschillende aanbieders waartussen men kan kiezen. Tussen aanbieders onderling belemmert dat de totstandkoming van kwaliteitsconcurrentie eveneens: aanbieders die zich willen profileren op het gebied van kwaliteit, kunnen dat moeilijk als er in de markt geen algemeen aanvaarde standaarden bestaan waarin kwaliteit wordt uitgedrukt, en als kwaliteitsgegevens over concurrenten ontbreken. Ook in een model van indirecte keuze, waarin zorgverzekeraars zorg inkopen voor hun verzekerden, is het noodzakelijk dat verzekerden de kwaliteit van het verzekeraarsaanbod kunnen beoordelen op basis van de door hun ingekochte zorg. Indien dit niet mogelijk is, zullen verzekeraars immers niet geprikkeld zijn om met elkaar te concurreren op basis van de kwaliteit van zorg die zij inkopen.

Kwaliteitsgegevens zijn niet alleen van belang in verband met transparantie. Deze gegevens zijn ook noodzakelijk voor het mededingingstoezicht. Prijzen, prijsontwikkelingen en prijsverschillen dienen namelijk afgezet te worden tegen onderliggende kwaliteitsgegevens, anders worden immers appels met peren vergeleken.

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

- Zorgaanbieders beschikten zelf nauwelijks over de gevraagde informatie en zijn zelf niet altijd geneigd om transparantie te verschaffen.
- Verzekeraars zijn vaak niet in staat de kwaliteitsinformatie af te dwingen en hadden hier ook weinig belang bij.
- In de onderhandelingen tussen verzekeraar en zorgaanbieders staan van oudsher afspraken over prijs en met name volume centraal¹¹⁴. Weliswaar werd wel verwacht dat verzekeraars afspraken maakten over kwaliteit, maar in de praktijk bestonden hiervoor weinig instrumenten en prikkels. De bewaking van een minimumkwaliteit aan zorg was meer de verantwoordelijkheid van de IGZ.
- De (private) partijen die zich bezighouden met onderzoek naar kwaliteitsniveau van prestaties ontbrak het aan de benodigde financiële middelen.

Het is vanuit theoretisch oogpunt niet verwonderlijk dat de marktpartijen in de zorg onvoldoende meetbare en vergelijkbare informatie over kwaliteit publiceren op productniveau. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren vergt namelijk veel tijd, geld en samenwerking met alle marktpartijen. Zorgvuldigheid is bovendien geboden, omdat de publicatie van onjuiste kwaliteitsindicatoren veel negatieve effecten kan oproepen, zoals het vermijden van risicovolle patiënten.

Het meten van kwaliteit gebeurt met een meetinstrument: de indicator. Een indicator is een meetbaar element van zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. Dergelijke kwaliteitsindicatoren worden vastgelegd in goede evidence-based beschrijvingen van het zorgproces.

114 Uit de uitvoeringsverslagen van de verschillende verzekeraars blijkt dat kwaliteit een steeds belangrijker criterium wordt bij de inkoop van fysiotherapeutische zorg.

In de gezondheidszorg kan men indicatoren zowel voor interne sturing als voor externe verantwoording gebruiken. Door de toepassing van het eerste type indicatoren beoogt men door meting de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zorgaanbieders kunnen de variaties in indicatoren, en het verloop hiervan door de tijd, bestuderen en kunnen besluiten hun werkwijze aan te passen om verbetering in de indicatoren te verkrijgen. Via externe indicatoren wil men juist de resultaten van de patiëntenzorg transparant maken. Indicatoren zijn dan primair handvaten voor externe vergelijking en verantwoording en geven een prikkel tot kwaliteitsverbetering omdat zorgaanbieders hoog op de lijst willen eindigen. Bij externe indicatoren is validering cruciaal. De vergelijkingen tussen zorgaanbieders moeten immers correct zijn.¹¹⁵ Validering moet echter, zeker in het begin, geen reden zijn om niets te doen.¹¹⁶

Om een oordeel over de kwaliteit van zorg op productniveau te geven, is informatie nodig over de volgende drie componenten¹¹⁷:

1. effectiviteit (de mate waarin de verleende zorg de klacht kan verhelpen of de gevolgen van de klacht kan beperken of het leven met de klacht zo draaglijk mogelijk kan maken of houden. Centraal hierbij staan dus de effecten van behandeling);
2. veiligheid (het voorkomen van ongewenste schadelijke gevolgen);
3. patiëntgerichtheid (de patiënt wil goed zijn geïnformeerd, mee kunnen beslissen, goed worden bejegend, de zorg tijdig ontvangen, enzovoort).¹¹⁸.

6.4.4 Voorwaarden voor het meten van kwaliteit

CTG/ZAio acht het wenselijk een aantal voorwaarden te stellen aan het meten van kwaliteit via externe indicatoren. De informatie over kwaliteit van zorg moet vergelijkbaar en betrouwbaar zijn, publiek toegankelijk, betrekking hebben op (clusters van) producten/diensten en zorgaanbieders, en dient zich niet te beperken tot een toets of aan minimumkwaliteitsnormen is voldaan. Op basis van deze voorwaarden toetst CTG/ZAio of bestaande initiatieven daadwerkelijk de transparantie vergroten.

Vergelijkbaarheid

Kwaliteit van zorg dient op een zodanig gestandaardiseerde manier te worden weergegeven dat het aanbod goed vergelijkbaar is. Hiertoe dienen standaarden te worden geformuleerd met betrekking tot eenheden waarin kwaliteit wordt gemeten en uitgedrukt. Daarmee wordt voorkomen dat allerlei goedbedoelde initiatieven leiden tot onderling onvergelijkbare data. Wanneer elke zorgaanbieder op zijn eigen manier kwaliteit meet, is het voor een consument moeilijk een keuze te maken en is er geen 'level playing field'. Verder maken zorgaanbieders bij uniforme meting allemaal dezelfde kosten. Zorgaanbieders die de kwaliteit 'goed' meten en hiervoor extra kosten maken, zijn dan ook niet langer in het nadeel bij onderhandelingen.

Het corrigeren voor patiëntenverschillen is noodzakelijk voor de vergelijkbaarheid van de kwaliteit van zorg tussen aanbieders en om zorgaanbieders niet te ontmoedigen in het behandelen van risicovolle en complexe patiënten¹¹⁹. Het verdient aanbeveling om ten aanzien hiervan aansluiting te zoeken bij de ervaringen die zijn opgedaan met de risicovereveningssystematiek voor ziekenfondsen. Dit

¹¹⁵ CBO/Orde, kwaliteit van zorg in de etalage, 2004

¹¹⁶ Keuzenkamp, H, J.Theeuwes en M. de Nooij, Aan de schandpaal- de economische betekening van 'naming and shaming', SEO, december 2003

¹¹⁷ Deze drie componenten zijn ook opgenomen in de Kwaliteitswet Zorginstellingen van 1996 die de basis voor de meeste inspectieoordelen van de IGZ vormt.

¹¹⁸ Delnoij, D.M.J., Bakens zetten: naar een Nederlands raamwerk van prestatie indicatoren voor de gezondheidszorg, 2002

¹¹⁹ Zie bijvoorbeeld Dranove et al. (JPE, 2003), Is more Information better? The effects of "Report cards" on Health Care, Journal of Political Economy vol. blz.

systeem is in de afgelopen jaren sterk verbeterd, naast leeftijd en geslacht bevat het systeem van risicoverevening tegenwoordig ook regionale, sociaal-economische en gezondheidskenmerken van verzekerden.¹²⁰

Betrouwbaarheid

Ook betrouwbaarheid is een voorwaarde voor het meten van kwaliteit. Een consument moet erop kunnen vertrouwen dat gegevens juist zijn. Wanneer de betrouwbaarheid niet onomstotelijk vaststaat, is vergelijking van kwaliteitsgegevens immers zinloos.

Publiek toegankelijk

Consumenten dienen bij het maken van een keuze gebruik te kunnen maken van vergelijkbare indicatoren die openbaar zijn en een goed beeld geven van de kwaliteit van de desbetreffende zorg. Daarnaast dienen zij inzicht te hebben in wat er gemeten wordt, op welke wijze er wordt gemeten en of de uitkomsten valide zijn. Zonder deze openbaarheid blijft kwaliteit van zorg een interne aangelegenheid van de beroepsgroep. Uit Amerikaans onderzoek op het gebied van ziekenhuiszorg blijkt dat vooral de combinatie van externe informatie op het niveau van de 'provider organisation' (het ziekenhuis) en van interne informatie op het niveau van de 'individual provider' (de specialist) een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg.¹²¹

Productniveau

Voor het verlenen van goede zorg is de structuur, het proces en de uitkomst van belang. Omdat een goede structuur en een goed zorgproces geen garantie hoeven te zijn voor een goed resultaat, is inzicht in het resultaat van een behandeling belangrijk. Dit is afhankelijk van het type behandeling en de kwaliteit van de individuele zorgverlener, de fysiotherapeut. Om goed inzicht te krijgen in de kwaliteit van de behandeling, is daarom informatie over kwaliteit op product- en behandelaarsniveau nodig. Indien de kwaliteitsinformatie van een hoger aggregatieniveau is, is de kwaliteit niet toe te schrijven aan een product en behandelaar, wat toezicht op de kwaliteit belemmert. In de praktijk is het resultaat van een behandeling echter vaak moeilijk meetbaar door een samenloop van processen, meetmoment, maat. In die gevallen wordt door de IGZ vooral gekeken naar de borging van het behandelproces.

Meer dan toetsing van minimumkwaliteitsnormen

Kwaliteitsdifferentiatie is een onontkoombaar en gewenst effect van de introductie van marktwerking. Als bodem voor kwaliteit gelden medische kwaliteitsstandaarden waaraan altijd moet worden voldaan (vastgelegde kwaliteitsnormen en -richtlijnen). Belangrijk voordeel van kwaliteitsdifferentiatie is dat inzicht wordt verkregen in de verschillende kwaliteitsniveaus van zorgaanbieders. Een hoge kwaliteit die samengaat met een hoge prijs, is een mogelijk wenselijke uitkomst. Een lage kwaliteit die samengaat met een hoge prijs daarentegen niet. Pauly zegt in dit verband:¹²²

"...with regard to the effect of competition on quality in a world in which firms and consumers are free to choose any price and quality combination they like, almost, but not quite, anything can happen. Quality can either rise or fall, price or cost can either rise or fall — but quality cannot fall and price rise. That is, it is not economically correct to say that competition will "maximize quality," or even that it will necessarily improve quality in a market, compared to less competition. It is correct to say that competition will make consumers as consumers better off."

120 Douven, R., Risk adjustment in the Netherlands: an analysis of insurers' health care expenditures, CPB Discussionpaper 39, oktober 2004.

121 Marshall M.N et al, The public release of performance data, JAMA vol. 283, 12 april 2000.

122 Pauly, M.V.(2004) ,Competition in medical services and the quality of care: concepts and history, International Journal of Health Care Finances and Economics, vol 4, blz 113-130

Inzicht in kwaliteitsdifferentiatie is bijvoorbeeld mogelijk door de meting van de kans op herbehandeling. Het ontstaan van kwaliteitsconcurrentie is echter niet vanzelfsprekend. In de zorg wordt kwaliteit vaak bij voorbaat verondersteld. Kwaliteitsbeleid is voor veel partijen dan ook een relatief nieuw terrein.¹²³ In een situatie van prijsconcurrentie is de kans reëel dat ondoorzichtigheid van de kwaliteit op termijn leidt tot kwaliteitserosie dat wil zeggen voorzover er een uitruil bestaat tussen kosten en kwaliteit.

Terugverwijzend naar § 6.2 waarin werd ingegaan op de overstapkosten van verzekeraars en patiënten bij de keuze van een nieuwe zorgaanbieder kan dan ook gesteld worden dat voor actief overstapedrag transparantie op het gebied van prijzen en kwaliteit noodzakelijk is. Zonder deze informatie kunnen verzekeraars en patiënten geen afgewogen keuze maken tussen zorgaanbieders. In dat geval worden aanbieders niet geprikkeld om te investeren in kwaliteitsverbeteringen.

6.4.5 Doelstellingen van verschillende partijen op het gebied van kwaliteitsmeting

Kwaliteitsmeting via externe indicatoren is nodig om beter inzicht te krijgen in de geleverde kwaliteit van zorg, voor de vergelijkbaarheid van kwaliteit tussen aanbieders en in het verlengde daarvan voor meer concurrentie tussen aanbieders.

De doelstellingen en daarmee de voorwaarden voor het meten van kwaliteit van CTG/ZAio komen niet volledig overeen met die van andere partijen die de transparantie bevorderen, zoals de IGZ, het KNGF, het CVZ, de Consumentenbond en de NPCF (zie ook bijlage 2). Zo bewaakt de IGZ de minimale kwaliteit van zorg terwijl een voorwaarde van CTG/ZAio is dat kwaliteitsgegevens inzicht geven in de verschillende kwaliteitsniveaus van zorgaanbieders. Ook het KNGF biedt met het CKR geen inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders. Het CVZ biedt 'wegbereidende' producten in het kader van het bewaken en ontwikkelen van de publieke randvoorwaarden, maar niet op het gebied van de fysiotherapie. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) helpt en begeleidt verzekeraars bij de vergaring en het opstellen van criteria met betrekking tot kwaliteitsinformatie. ZN stelt echter niet als voorwaarde dat kwaliteitsinformatie publiek toegankelijk is, voor CTG/ZAio is dit wel belangrijk. De Consumentenbond benadrukt met zijn doelstelling de noodzaak van transparantie voor consumenten. CTG/ZAio benadrukt echter ook het belang van transparantie voor zorgaanbieders en verzekeraars.

De uitgangspunten die CTG/ZAio in acht neemt bij het meten van kwaliteit, komen dus niet geheel overeen met die van andere partijen. CTG/ZAio zal VWS adviseren over de ontwikkeling van prestatie-indicatoren die wel inzicht bieden in de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders op behandelingsniveau. De eerste verantwoordelijkheid voor kwaliteitsontwikkeling/meting ligt echter bij ZN en het KNGF. CTG/ZAio zal dus niet zelf indicatoren ontwikkelen als andere partijen dat al doen.

Met betrekking tot het verkrijgen van kwaliteitsinformatie van fysiotherapeuten kunnen verzekeraars een deel van de financiering van de zorgaanbieders koppelen aan de kwaliteit en volledigheid van de te leveren data. De kwaliteit van handelen en niet de kwaliteit van vastlegging moet hierbij centraal staan. Hier wordt al deels invulling aan gegeven door een aantal verzekeraars in de recente contractonderhandelingen tussen verzekeraars en fysiotherapeuten. De zorgverzekeraars bieden hierbij een kwaliteitsbonus aan de fysiotherapeut aan indien deze aan een aantal kwaliteits- en informatiedoelstellingen voldoet.

123 CTZ/verwey Jonker Instituut, De rol van ziekenfondsen bij kwaliteit van zorg, mei 2003

6.5 Aanbevelingen per partij

Beleidsvoornemens CTG/ZAio

- Transparantie verbeteren ten aanzien van kwaliteit op basis van gegevens die de IGZ, ZN en het KNGF verzamelen. Meer concreet: kwaliteit van zorgaanbieders vergelijkbaar maken door ontwikkeling en invoering van prestatiebeschrijvingen (§ 6.4)
- Advisering VWS over ontwikkeling en invoering van prestatie-indicatoren (§ 6.4)

Beleidsaanbevelingen/beleidsvoornemens CTZ

Het CTZ heeft in 2005 op basis van deze analyse, het in ontwikkeling zijnde markttoezicht op de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt en mede gelet op de indrukken die zij heeft opgedaan tijdens de consultatieronde fysiotherapie het voornemen om de volgende aspecten in 2005 te monitoren:

- overstapmogelijkheden: de mate waarin verzekeraars verzekerden informeren over de verstrekking van fysiotherapie (§ 6.2.2);
- transparantie voor verzekerden: de mate waarin verzekeraars transparant weergeven welke zorg/restitutiemogelijkheden er zijn voor verzekerden en de mogelijkheid voor verzekerden om op basis hiervan een keuze te maken tussen de verschillende zorgverzekeraars (§ 6.2.2);
- relatie zorgverzekeringsmarkt: de mate waarin de zorgverzekeringsmarkt van invloed is op het inkoopbeleid van verzekeraars op de fysiotherapiemarkt en meer specifiek hoe verzekeraars de wensen en behoeften van verzekerden inventariseren en in hun inkoopbeleid vertalen (§ 6.3.2);
- kwaliteit van de zorg: nagaan hoe en met welk inkoopresultaat ziekenfondsen de kwaliteit van zorg behartigen (§ 6.4).

Uitvoering monitoractiviteiten

Monitoractiviteiten van het CTZ worden in 2005 zo veel mogelijk in samenhang met de bestaande wettelijke taken uitgevoerd. Waar nodig kunnen voor de monitor relevante activiteiten van organisaties die buiten het toezichtbereik van het CTZ vallen, op vrijwillige basis in de monitor worden betrokken.

Aanbevelingen aan VWS

- Consumenten actief informeren over de mogelijkheden en voordelen van het overstappen naar een andere verzekeraar.

Aanbevelingen aan zorgverzekeraars

- Om informatie over kwaliteit van fysiotherapeuten te verkrijgen, kunnen verzekeraars een deel van de financiering van zorgaanbieders koppelen aan de kwaliteit en volledigheid van de te leveren data (§ 6.4).
- Ontwikkeling en invoering van prestatiebeschrijvingen en prestatie-indicatoren in samenwerking met het KNGF en gecoördineerd door CTG/ZAio (§ 6.4).

Aanbevelingen aan KNGF

- Ontwikkeling en invoering van prestatiebeschrijvingen en prestatie-indicatoren in samenwerking met ZN en gecoördineerd door CTG/ZAio (§ 6.4).

7. ANTI-COMPETITIEVE GEDRAGINGEN

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk belicht gedragingen van marktpartijen die een succesvol experiment met vrije tariefsvorming bij fysiotherapie in de weg kunnen staan. Hierbij wordt de blik zowel naar de aanbodzijde (§ 7.2) als naar de vraagzijde (§ 7.3) van de markt gericht. De centrale vragen zijn:

1. Volstaat de Mededingingswet in het geval van misbruik van een economische machtspositie¹²⁴ van fysiotherapeuten en zorgverzekeraars en voor verschillende samenwerkingsvormen tussen concurrenten?
2. Welke gedragingen zijn onwenselijk met het oog op doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit, terwijl die gedragingen niet zijn te bestempelen als misbruik van een economische machtspositie in de zin van artikel 24 van de Mededingingswet?
3. Welke huidige vormen van samenwerking zijn strijdig met het bevorderen van de concurrentie?

Hoewel de analyse betrekking heeft op mogelijk anti-competitief gedrag bij de contractonderhandelingen tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars, wordt indien dat relevant is voor het functioneren van deze zorginkoopmarkt ook aandacht besteed aan mogelijk misbruik van marktmacht op de zorgverzekeringmarkt. Naast gedragingen die specifiek van toepassing zijn op aanbieders en vragers van fysiotherapie, besteedt § 7.4 aandacht aan samenwerkingsvormen tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars die de concurrentie kunnen belemmeren. Ten slotte worden in § 7.5 enkele concrete aanbevelingen gedaan.

Informatie over spelregels

Vanwege de ingrijpende transitie van vaste tarieven naar vrije prijzen is het niet waarschijnlijk dat de markt meteen goed zal werken wanneer aan de randvoorwaarden (vrije toetreding, geen overstapkosten, geen anti-competitief gedrag) is voldaan. Verzekeraars, zorginstellingen en patiënten zullen moeten wennen aan hun nieuwe rol. Het is bovendien mogelijk dat de partijen de 'spelregels' van prijsconcurrentie nog niet helemaal onder de knie hebben. Meer concreet gaat het daarbij om kennis van de Mededingingswet en de mogelijkheden van CTG/ZAio om in te grijpen op grond van de WTG wanneer de markt niet goed werkt. Daarbij gaat het niet alleen om kennis over wat niet mag, maar (vooral) ook over wat wél mag¹²⁵. Een belangrijk instrument voor het bevorderen van marktwerking is daarom het informeren van de sector over de spelregels van marktwerking en de kansen die marktwerking hun biedt. Hier ligt een gezamenlijke taak voor CTG/ZAio en de NMa. Deze informatie kunt u bijvoorbeeld vinden op de themasite.^{126 127} De opzet is de vele vragen over de introductie van marktwerking snel te beantwoorden.

¹²⁴ Merk op dat een economische machtspositie zowel het gevolg kan zijn van bestaande regelgeving als van economische kenmerken die onlosmakelijk aan de betreffende markt verbonden zijn.

¹²⁵ Zie voor een uitgebreide toelichting op de wijze waarop de NMa haar taken en bevoegdheden voor de handhaving van de Mededingingswet in de zorgsector uitoefent NMa (2002), Richtsnoeren voor de zorg, Den Haag.

¹²⁶ 'Nieuwe tijden andere regels', te bereiken via www.ctg-zaio.nl. Vanaf maart zal hier ook specifieke informatie over fysiotherapie kunnen worden gevonden.

¹²⁷ Deze informatielijn is te bereiken via telefoonnummer 0900-7707070 (€ 0.05 per minuut). Vragen per E-mail kunnen worden gesteld via informatielijn@ctg-zaio.nl. In maart geeft deze site ook specifiek informatie over de markt voor fysiotherapie.

De analyse in dit hoofdstuk heeft voor een belangrijk deel een theoretisch karakter. Doordat er in Nederland nog geen ervaring is met prijsconcurrentie in de zorg zijn empirische gegevens niet voorhanden.¹²⁸

7.2 Aanbodzijde

Wat betreft mogelijke vormen van anti-competitief gedrag aan de aanbodzijde van de markt voor fysiotherapie, wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan (i) excessieve prijzen, (ii) lage prijzen (rooftprijzen), (iii) prijsdiscriminatie, (iv) concurrentiebeperkende contractvoorwaarden, (v) horizontale samenwerking tussen fysiotherapeuten onderling en (vi) onoorbaar verwijsgedrag.

7.2.1 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.¹²⁹ Het buitensporige karakter van een prijs zou onder meer objectief kunnen worden vastgesteld door de verkoopprijs van het product te vergelijken met de kostprijs en aldus de grootte van de winstmarge aan te tonen. Wanneer deze marge zowel in absolute zin als in vergelijking met bijvoorbeeld de marges op eenzelfde product in een andere, meer concurrerende geografische markt of in vergelijking met de marge op andere vergelijkbare producten zeer hoog te noemen is, kan de desbetreffende prijs als excessief worden getypeerd.

Het in rekening brengen van excessieve prijzen is onwenselijk. Overigens wil het eventueel signaleren van hoge prijzen niet automatisch zeggen dat sprake is van excessieve prijzen. Er zijn in theorie namelijk verschillende situaties denkbaar waarin prijzen hoog zijn zonder dat aanbieders zich schuldig maken aan anti-competitief gedrag. Hierbij kan gedacht worden aan situaties waarin sprake is van schaarste, situaties waarin sprake is van productdifferentiatie of situaties waarin prijsverschillen ontstaan als gevolg van bijvoorbeeld verschillen in kwaliteit of patiëntkarakteristieken (de 'case mix').

Op basis van de bevindingen zoals gepresenteerd in hoofdstuk 5 is CTG/ZAio van mening dat het gevaar van excessieve prijzen bij vrijgevestigde fysiotherapie klein is. De belangrijkste reden hiervoor is dat individuele aanbieders van fysiotherapie ten opzichte van de zorgverzekeraars niet over de onderhandelingsmacht beschikken die nodig is om excessief hoge prijzen in rekening te kunnen brengen (zie ook § 7.3). Zeker niet nu gezien de afgenomen vraag naar fysiotherapie¹³⁰ sprake is van een aanbodoverschot. Ten aanzien van de zorg die fysiotherapeuten leveren aan patiënten die de behandeling geheel of gedeeltelijk zelf betalen, werkt de bestaande verplichting voor vrijgevestigde fysiotherapeuten om een standaardprijslijst openbaar te maken mitigerend op de prijs die ze in rekening kunnen brengen. Deze standaardprijslijsten stellen de zogeheten zelfbetalers namelijk in staat om de prijsstelling van verschillende, onderling concurrerende, praktijken met elkaar te vergelijken.

CTG/ZAio acht het niet nodig om specifieke maatregelen te nemen om het eventueel in rekening brengen van excessieve prijzen door vrijgevestigde fysiotherapeuten tegen te gaan. Het is immers niet realistisch dat

¹²⁸ In de markt voor vrijgevestigde psychotherapie is al langer sprake van vrije prijsvorming. De prijsvorming in deze markt werd echter lange tijd verstoord doordat brancheorganisaties prijsadviezen gaven aan hun leden. Deze prijsadviezen konden volgens de NMa als een soort prijsafspraken worden gezien. In april 2004 heeft de NMa deze organisaties daarom een boete opgelegd, de organisaties bevelen de prijsadviezen te staken en de leden hierover te informeren onder dreiging van een dwangsom. Zie het besluit van de NMa betreffende de zaak 3309/NIP,LVE,NVP en NVVP (26 april 2004) De vrije prijsvorming op deze markt heeft dus nog geen concrete lessen opgeleverd.

¹²⁹ Zie het arrest van het Europese Hof van Justitie van 14 februari 1978, *United Brands vs Europese Commissie*, zaaknummer 27/76, Jur. 1978, 207.

¹³⁰ Nivel, daling vraag naar fysiotherapie, Utrecht, 2004.

zich in de praktijk problemen met excessieve prijzen zullen voordoen. Daarnaast biedt de Mededingingswet reeds voldoende mogelijkheden om dergelijk gedrag te bestraffen. Wel is het van belang dat de transparantie op het gebied van kwaliteit verder toeneemt. Daardoor ontstaat namelijk meer duidelijkheid en kunnen vragers (patiënten, zorgverzekeraars) en aanbieders (fysiotherapeuten) betere afspraken met elkaar maken.

7.2.2 Lage prijzen (roofprijzen)

Een belangrijk doel van concurrentie is het bevorderen van de efficiëntie, wat zou moeten leiden tot lagere prijzen en/of een hogere kwaliteit. Vanuit het perspectief van de consument, de zorgverzekeraar, de toezichthouder en het ministerie kan een prijs intuïtief gezien niet laag genoeg zijn. Toch zijn er situaties denkbaar waarbij het in ieders (langere termijn) belang is dat prijzen niet te laag zijn. Zo kunnen bestaande aanbieders met marktmacht bepaalde producten en/of diensten tijdelijk zeer goedkoop, dat wil zeggen onder de kostprijs, aanbieden om nieuwe toetreders van de markt te weren en het ontstaan van prijsconcurrentie te frustreren. Een dergelijke strategie wordt in de economische literatuur 'predatory pricing' of roofprijzen genoemd. Hoewel een strategie van roofprijzen voor een aanbieder op korte termijn tot verliezen leidt, kunnen de (extra) winsten op de lange termijn deze verliezen overtreffen. Door de toetreders van de markt te drukken, kan de instelling namelijk op de lange termijn bijvoorbeeld een monopoliepositie creëren en zijn prijzen verhogen tot een bovencompetitief niveau. Toetreders zullen ondanks de hogere prijzen niet meer willen toetreden, wanneer ze bang zijn dat de instelling weer roofprijzen gaat hanteren als zij toetreden. Roofprijzen zijn op grond van de Mededingingswet dan ook verboden.¹³¹

Ten aanzien van de markt voor fysiotherapie lijkt een situatie met roofprijzen puur theoretisch. De belangrijkste reden hiervoor is dat individuele fysiotherapeuten(praktijken) – zoals in de voorgaande paragraaf reeds is aangegeven – niet over de initiële marktmacht beschikken die nodig is om een dergelijke strategie tot een succes te maken. Wellicht dat een sterke groei van verticale integratie tussen fysiotherapeuten en andere (para)medische beroepsgroepen hierin in de toekomst enige verandering kan brengen (zie § 5.6.1). Wanneer één onderneming (zoals een gezondheidscentrum) zowel fysiotherapeutische zorg als prijsgereguleerde zorg (zoals huisartsenzorg) aanbiedt, ontstaan namelijk mogelijkheden voor anti-competitieve kruissubsidiëring. Bijvoorbeeld door de kosten van bepaalde faciliteiten (zoals behandelkamers) onevenredig over de verschillende zorgproducten te verdelen om zodoende het tarief voor fysiotherapie te drukken. Dit is wel afhankelijk van de ruimte die een onderneming hiervoor heeft.

Tot slot van deze paragraaf nog een algemene opmerking. Zolang de huidige prestatiebeschrijving (de 'zitting') wordt gehandhaafd, bestaat er per definitie (op z'n minst enige) kruissubsidiëring op basis van tijdsbeslag. Er wordt immers één uniform tarief per zitting in rekening gebracht, terwijl de kosten van de specifieke behandelingen die hieronder vallen (sterk) kunnen verschillen al naar gelang de duur van de behandeling en de gebruikte apparatuur.¹³² Dit betekent niet alleen dat het voor CTG/ZAio niet mogelijk is om vast te stellen of de prijzen die in rekening worden gebracht in alle gevallen juist zijn, maar ook dat bepaalde vormen van fysiotherapeutische zorg lucratiever kunnen

¹³¹ Overigens is het uiterst gecompliceerd om vast te stellen wanneer een prijs daadwerkelijk als te laag (of juist te hoog) kan worden getypeerd. Zie hiervoor het *Toezichtskader te hoge en te lage prijzen* van CTG/ZAio.

¹³² Alleen voor uitbehandeling en voor zittingen kindfysiotherapie, manuele therapie en oedeemtherapie en bekkenfysiotherapeuten kan een afzonderlijk (hoger) tarief gelden. Dit tarief mag overigens alleen in rekening worden gebracht als (i) de patiënt over een gerichte verwijzing door een arts beschikt en (ii) de therapie wordt gedaan door een fysiotherapeut die staat ingeschreven in een door het KNGF en ZN/KPZ aangewezen register. Zie CTG, *Tarievenlijst fysiotherapie*: bijlage bij tariefbeschikking 5800-1900-03-1, Utrecht, 2002.

zijn dan andere.¹³³ In een concurrerende marktomgeving zou dit ertoe kunnen leiden dat fysiotherapeuten(praktijken) hun behandelcapaciteit in toenemende mate aanwenden voor behandeling van de meest lucratieve patiënten. Dit kan voor andere, financieel minder aantrekkelijke patiënten tot wachtlijsten leiden. Op basis van de huidige bevindingen lijkt echter verder geen actieve rol van CTG/ZAio op dit gebied nodig.

7.2.3 Prijdiscriminatie

In algemene termen is er sprake van prijsdiscriminatie als een onderneming voor hetzelfde product bij specifieke klanten of groepen klanten een verschillende prijs in rekening brengt, terwijl de kwantiteit, kwaliteit of andere karakteristieken van het product daar geen aanleiding toe geven.¹³⁴ Met andere woorden, prijzen zijn dan niet uniform. Prijsdiscriminatie wordt over het algemeen gehanteerd met de bedoeling om de winst te maximaliseren. In de economische literatuur worden de volgende voorwaarden genoemd voor prijsdiscriminatie: (i) de aanbieder moet prijzen kunnen bepalen en dus enige economische marktmacht bezitten, (ii) er moeten verschillende consumentengroepen te onderscheiden zijn en (iii) deze groepen moeten de geleverde producten niet aan elkaar kunnen doorverkopen. Er kunnen drie typen prijsdiscriminatie worden onderscheiden:

- Eerstegraadsprijsdiscriminatie. Er is dan sprake van perfecte prijsdiscriminatie. Iedere consument betaalt precies het bedrag dat hij of zij maximaal bereid is te besteden.¹³⁵
- Tweedegraadsprijsdiscriminatie. De prijs per eenheid product is dan gekoppeld aan het aantal eenheden dat wordt afgenomen. Veelal betekent dat, dat de gemiddelde prijs afneemt naarmate de totale afname toeneemt.
- Derdegradeprijsdiscriminatie. Consumenten worden dan op basis van extern observeerbare karakteristieken in homogene groepen verdeeld, waarna de prijs die in rekening wordt gebracht per groep verschilt.

Prijsdiscriminatie kan zich ook binnen de gezondheidszorg voordoen, met name wanneer sprake is van een inkooprelatie. Ten aanzien van fysiotherapeutische zorg betreft dit de relatie tussen zorgverzekeraar en fysiotherapeuten(praktijk). De meest voor de hand liggende vorm van prijsdiscriminatie die hier kan worden toegepast is door patiënten die verzekerd zijn bij een zorgverzekeraar waarmee geen contract is afgesloten een hoger tarief in rekening te brengen dan voor de overige patiënten.¹³⁶ In bepaalde gevallen kunnen patiënten die dit hogere tarief moeten betalen vervolgens bij hun ziekenfonds (gedeeltelijke) restitutie van deze kosten verlangen. Voor de zorg die deel uitmaakt van het wettelijk vastgestelde basispakket (de zogeheten hoofdverzekering) dienen zorgverzekeraars de hoogte van deze vergoeding vooraf vast te stellen, met als randvoorwaarde dat verzekerden niet in hun keuzevrijheid worden belemmerd.¹³⁷ Deze verplichting geldt echter niet voor de zorg die deel uitmaakt van een aanvullende verzekering.

133 Dit niet wil zeggen dat de huidige tarieven voor fysiotherapie excessief te noemen zijn. Wel kan dit uniforme tarief per zitting voor sommige specifieke behandelingen (iets) aan de hoge kant zijn, terwijl voor andere behandelingen juist het tegenovergestelde geldt.

134 Hoewel prijsdiscriminatie een neutrale term is, spreekt men soms van prijsdifferentiatie indien het in rekening brengen van verschillende prijzen vanuit maatschappelijk oogpunt wenselijk wordt gevonden en van prijsdiscriminatie indien dat niet zo is.

135 Dit is met name een theoretische vorm die vaak als referentiepunt wordt gebruikt.

136 Het is de bedoeling om in een beleidsregel vast te leggen dat fysiotherapeuten vooraf aan de patiënt een standaardprijzlijst kenbaar dienen te maken. In geval van niet-gecontracteerde zorg kan de fysiotherapeut dan alleen de prijzen van deze standaardprijzlijst bij de patiënt in rekening brengen.

137 Zie de ontwerp-algemene maatregel van bestuur bij Tweede Kamer, Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg), 28994, nr. 22, Den Haag, 2004.

Om de vraag te kunnen beantwoorden of prijsdiscriminatie wenselijk is, moet allereerst gekeken worden naar het effect op de marktwerking. Zo kunnen ondernemingen prijsdiscriminatie als instrument hanteren om de mededinging te frustreren. Dergelijke problemen worden echter in voldoende mate ondervangen door de Mededingingswet. Daarnaast zijn ook de mogelijke effecten op de publieke doelen van belang. Zo kan prijsdiscriminatie voor specifieke groepen van consumenten tot excessieve prijzen en dus een verminderde toegankelijkheid leiden.

Naar de mening van CTG/ZAio valt niet te verwachten dat bij vrijgevestigde fysiotherapie problemen gaan ontstaan als gevolg van prijsdiscriminatie. Het hierboven genoemde voorbeeld van prijsdiscriminatie bij de inkooprelatie tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten(praktijken) moet in de regel zelfs als positief worden beoordeeld, omdat dit zorgverzekeraars in staat stelt om hun verzekerden naar aanbieders te sturen waarmee ze een gunstig contract zijn overeengekomen. Dit vergroot de onderlinge concurrentie tussen respectievelijk aanbieders van fysiotherapie en verzekeraars. Dat wil zeggen onder de voorwaarde dat de markt voor zorgverzekeringen voldoende concurrerend is, zodat patiënten die ontevreden zijn over de door hun verzekeraar gecontracteerde fysiotherapeuten zonder veel problemen kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

7.2.4 Concurrentiebeperkende contractvoorwaarden

Als een zorgaanbieder met een economische machtspositie een zorgverzekeraar in vergaande mate contractueel aan zich bindt, kan sprake zijn van misbruik van marktmacht. Bijvoorbeeld wanneer het contract een (zeer) lange looptijd heeft en/of er exclusieve afnamebepalingen in zijn opgenomen. Een ander voorbeeld is het aanleveren van informatie op een dusdanig specifieke manier dat een zorgverzekeraar extra kosten moet maken wanneer deze een contractuele relatie met een andere, concurrerende zorgaanbieder wil aangaan. Dergelijke gedragingen die getypeerd kunnen worden als misbruik van een economische machtspositie zijn verboden op grond van artikel 24 van de Mededingingswet.

De aandacht gaat in deze paragraaf uit naar een specifieke vorm van anti-competitief gedrag bij het vaststellen van de contractvoorwaarden, te weten koppelverkoop. Er is sprake van koppelverkoop wanneer een onderneming bij het sluiten van een overeenkomst voor een bepaald product als voorwaarde stelt dat ook andere producten worden afgenomen zonder dat daar logische redenen voor aan te voeren zijn. Koppelverkoop is in principe niet verboden, maar kan dat op grond van de Mededingingswet wel zijn voor ondernemingen met een economische machtspositie. Binnen de gezondheidszorg is koppelverkoop zowel aan de aanbodzijde als aan de vraagzijde (zie § 7.3.2) van de zorginkoopmarkt relevant.

Op alle zorginkoopmarkten waar zorgaanbieders met zorgverzekeraars contracten dienen te sluiten, bestaan mogelijkheden voor koppelverkoop. Dat geldt dus ook voor de markt voor fysiotherapie. In principe zijn bij fysiotherapie twee verschillende combinaties van producten denkbaar:

- Een combinatie van verschillende vormen van fysiotherapeutische zorg. Deze combinatie is mogelijk na introductie van gevarieerde prestatiebeschrijvingen. Bij de onderhandelingen tussen fysiotherapeuten(praktijken) en zorgverzekeraars zijn namelijk verschillende specifieke vormen van fysiotherapeutische zorg te onderscheiden. Fysiotherapeuten(praktijken) zouden het contracteren van fysiotherapeutische zorgvormen waar ze relatief sterk in zijn in de onderhandelingen met zorgverzekeraars onlosmakelijk kunnen koppelen aan het tegelijkertijd contracteren van fysiotherapeutische zorgvormen waar ze juist relatief zwak in zijn. Selectief contracteren door zorgverzekeraars wordt dan bemoeilijkt.

- Een combinatie van fysiotherapeutische zorg met andere (para)medische zorg. Deze combinatie is mogelijk wanneer fysiotherapeuten samen met andere (para)medische beroepsbeoefenaren één gezamenlijke onderneming (zoals een gezondheidscentrum) vormen. Wanneer zo'n onderneming een economische machtspositie heeft, kan deze van zorgverzekeraars eisen dat verschillende zorgproducten tegelijk worden ingekocht. Zorgverzekeraars zijn dan niet in staat om selectief te contracteren door bijvoorbeeld huisartsenzorg wel bij de desbetreffende zorgaanbieder in te kopen, maar bijvoorbeeld fysiotherapeutische zorg of ergotherapie niet. Vrijgevestigde fysiotherapeuten die in een gezondheidscentrum werkzaam zijn, zouden op deze manier op oneigenlijke gronden een concurrentievoordeel hebben ten opzichte van vrijgevestigde fysiotherapeuten die in een praktijk met louter fysiotherapeuten werkzaam zijn.

Hoewel bovenstaande vormen van koppelverkoop in theorie de marktwerking bij fysiotherapie zouden kunnen frustreren, lijkt de kans hierop in de praktijk gering. Het relatief grote aantal aanbieders van fysiotherapie zorgt er in combinatie met de relatief sterke onderhandelingspositie van zorgverzekeraars (zie § 7.3) voor dat individuele fysiotherapeuten(praktijken) niet in staat zijn om concurrentiebeperkende contractvoorwaarden bij zorgverzekeraars af te dwingen. CTG/ZAio acht het nu dan ook niet nodig om extra instrumenten te ontwikkelen om eventuele koppelverkoop door fysiotherapeuten tegen te gaan. De Mededingingswet biedt hiervoor vooralsnog voldoende armslag. Gezien de toenemende mate waarin fysiotherapeuten verticaal integreren of samenwerken met andere (para)medische beroepsgroepen, is het wel belangrijk om de ontwikkelingen ten aanzien van koppelverkoop in de gaten te houden.

7.2.5 Horizontale samenwerking tussen fysiotherapeuten(praktijken)

Ten aanzien van horizontale samenwerking tussen fysiotherapeuten(praktijken) zijn de volgende afspraken in principe nooit toegestaan:

- Afspraken over prijzen en tarieven. Fysiotherapeuten(praktijken) mogen niet gezamenlijk een tarief bedingen bij inkopende zorgverzekeraars. Ook afspraken over de hoogte van kortingen en toeslagen zijn verboden.¹³⁸
- Marktverdelingsafspraken. Het is fysiotherapeuten(praktijken) niet toegestaan om – al dan niet in overleg met de zorgverzekeraars – afspraken te maken over de vestiging, de geografische verdeling van markten en de verdeling van patiënten.
- Gemeenschappelijke leveringsweigering. Wanneer fysiotherapeutenpraktijken ontevreden zijn met het inkoopbeleid van een bepaalde zorgverzekeraar mogen zij niet collectief besluiten om (voorlopig) geen nieuwe medewerkersovereenkomsten meer te ondertekenen. Iedere fysiotherapeutenpraktijk moet namelijk individueel bekijken of hij een medewerkersovereenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar wil aangaan.

Voorzover bovenstaande samenwerkingsverbanden in strijd zijn met het kartelverbod, is het goed om te beseffen dat dit verbod in principe niet van toepassing is op afspraken tussen dienstverlenende ondernemingen met een gezamenlijke omzet van 908.000 euro of minder.¹³⁹ Indien de marktomstandigheden daar aanleiding toegeven, kan de NMa besluiten om toch in te grijpen.

¹³⁸ In het verleden was sprake op regionaal niveau sprake van collectieve onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en fysiotherapeuten. Uit onderzoek van het CTZ blijkt dat dergelijke prijs- en volumeafspraken – die op grond van de Mededingingswet dus niet zijn toegestaan – nu niet meer plaatsvinden (CTZ, Aanbesteden fysiotherapeutische zorg, Diemen, 2002).

¹³⁹ Dit betreft de zogeheten bagatelgrens.

Er bestaat ook een groot aantal vormen van samenwerking tussen fysiotherapeuten(praktijken) die de concurrentie in beginsel niet beperken. Hiertoe behoren onder andere:¹⁴⁰

- Afspraken binnen één onderneming. Het kartelverbod is alleen van toepassing op afspraken tussen ondernemingen dan wel besluiten van ondernemingsverenigingen. Iedere 'economische eenheid' wordt als onderneming beschouwd. Ook al wordt deze eenheid gevormd door verschillende natuurlijke of rechtspersonen. Als gevolg van deze definitie is de vraag wanneer er sprake is van één onderneming voor vrije beroepsbeoefenaren – zoals fysiotherapeuten – niet eenvoudig te beantwoorden. Voorwaarde voor het bestaan van een economische eenheid is het bestaan van één permanent ondernemingsbestuur. Andere relevante factoren zijn: de interne verrekening van winst en verlies, gezamenlijke aansprakelijkheid en gezamenlijke presentatie naar buiten toe.
- Afspraken tussen niet-concurrenten. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om afspraken tussen fysiotherapeuten(praktijken) die niet tot dezelfde geografische markt behoren. Ketenvorming is hiervan een goed voorbeeld. Ook de oprichting van een gezondheidscentrum met bijvoorbeeld huisartsen is in beginsel een vorm van samenwerking tussen niet-concurrenten. Aangezien tussen huisartsenzorg en fysiotherapie echter een verticale relatie bestaat – voor fysiotherapeutische zorg is immers een verwijzing van een huisarts vereist – kan deze samenwerkingvorm onder bepaalde omstandigheden echter wel degelijk de concurrentie belemmeren (zie § 7.2.6).
- Afspraken over kwaliteit. Dergelijke afspraken belemmeren de concurrentie in het algemeen niet. Dat wil zeggen, zolang ze tot doel hebben om via transparante en objectieve criteria het algemene kwaliteitsniveau van fysiotherapie te bevorderen. Wanneer dergelijke afspraken mogelijkheden creëren om fysiotherapeuten op oneigenlijke gronden uit te sluiten, is ingrijpen van de NMa en/of CTG/ZAio wel vereist.
- Samenwerking op administratief gebied. Fysiotherapeuten(praktijken) mogen op het gebied van boekhouding en gemeenschappelijke incasso samenwerken. Zo mogen gezamenlijk afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars over het declaratie- en betalingsverkeer. Het is echter niet toegestaan dat de samenwerking de beslissingen ten aanzien van die activiteiten zelf beïnvloedt.
- Gezamenlijk opstellen van calculatieschema's. Het is fysiotherapeuten(praktijken) toegestaan om gezamenlijk – of in het kader van een vereniging – calculatieschema's op te stellen. In deze schema's mag worden opgenomen welke kostenposten in het algemeen van belang zijn bij het berekenen van tarieven. Er mogen echter geen afspraken worden gemaakt over de precieze manier waarop de kostenposten in de praktijk aan afnemers (zorgverzekeraars, patiënten) worden doorberekend. Zodra dat wel gebeurt, werkt een calculatieschema mededingingsbeperkend en zal de NMa en/of CTG/ZAio ingrijpen.

De samenwerkingverbanden die hierboven staan beschreven, kunnen op twee manieren voor fysiotherapeuten van belang zijn. Allereerst bieden ze fysiotherapeutenpraktijken de mogelijkheid om hun administratie- en transactiekosten (bijvoorbeeld op het gebied van het declaratieverkeer) te verminderen zonder daadwerkelijke horizontale integratie. Daarnaast bieden ze fysiotherapeutenpraktijken mogelijkheden om hun onderhandelingspositie ten opzichte van zorgverzekeraars te versterken.¹⁴¹ Concentraties en horizontale samenwerking zijn dan ook toegestaan, mits deze vormen van samenwerking binnen de kaders van de mededingingsregels vallen.¹⁴² Bij de monitoring van het experiment met vrije tariefvorming bij fysiotherapie zal CTG/ZAio toetsen welk effect de waarneembare samenwerkingsverbanden hebben op de (prijs)concurrentie.

140 NMa, Richtsnoeren voor de zorg, Den Haag, 2002.

141 Zie bijvoorbeeld Bosch, W.J.M., W. Sorgdrager en H.H. Stad, Samen sterk: contractonderhandelingen van huisartsen met zorgverzekeraars, Medisch Contact, jaargang 59, nr. 43, blz. 1686-1688, 2004.

142 NMa, Inkoopmacht: visiedocument, Den Haag, 2004.

Eventuele concurrentiebelemmerende afspraken zullen onder de aandacht van de NMa worden gebracht.¹⁴³

7.2.6 Onoorbaar verwijsgedrag

Vergaande samenwerking tussen fysiotherapeuten(praktijken) en huisartsen kan tot onoorbaar verwijsgedrag leiden. Hoewel inmiddels een experiment met directe toegankelijkheid van fysiotherapie heeft plaatsgevonden¹⁴⁴, is tot 1 januari 2006 een gemotiveerde verwijzing door een huisarts een vereiste om aanspraak te kunnen maken op fysiotherapeutische zorg. Hoewel na 1 januari 2006 directe toegankelijkheid tot fysiotherapie (DTF) mogelijk is, beschikken zorgverzekeraars ook dan nog altijd over de mogelijkheid om hiervan geen gebruik te maken. De nieuwe Zorgverzekeringswet maakt financiering van directe toegang door zorgverzekeraars weliswaar mogelijk, maar laat het aan de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over om af te spreken of een verwijzing van een arts al dan niet nodig is voor vergoeding.¹⁴⁵

In de praktijk kan het voorkomen dat huisartsen hun patiënten voor fysiotherapeutische zorg niet doorverwijzen naar de beste – lees: meest geschikte – fysiotherapeut. Ten eerste kan dit te wijten zijn aan een gebrek aan transparantie. Door het ontbreken van adequate kwaliteitsindicatoren in combinatie met gevarieerde prestatiebeschrijvingen is het voor huisartsen niet goed mogelijk om aanbieders van fysiotherapeutische zorg met elkaar te vergelijken. Huisartsen zullen hierdoor veelal teruggrijpen op bestaande netwerken, zodat stabiele verwijspatronen ontstaan.¹⁴⁶ Ten tweede kan dit te wijten zijn aan onoorbaar verwijsgedrag. Hiervan is sprake wanneer een huisarts zijn of haar verwijsgedrag op oneigenlijke gronden baseert. Zo kan een huisarts op een dusdanige wijze met een of meer fysiotherapeuten samenwerken – bijvoorbeeld binnen een gezondheidscentrum – dat hij of zij er (financieel) belang bij heeft om patiënten naar deze fysiotherapeut(en) door te verwijzen. Dit gedrag leidt tot een verstoring van de concurrentie en is ongunstig voor de publieke doelstellingen. Het is immers niet zeker dat patiënten altijd de best mogelijke fysiotherapeutische zorg krijgen.

In hoeverre onoorbaar verwijsgedrag van huisartsen daadwerkelijk een risico vormt voor de marktwerking bij fysiotherapie is afhankelijk van (i) de mate waarin huisartsen en fysiotherapeuten met elkaar samenwerken, (ii) de aard van deze samenwerkingsverbanden, (iii) de mate waarin patiënten de doorverwijzing van hun huisarts ook daadwerkelijk opvolgen en (iv) de mate waarin zorgverzekeraars met behulp van polisvoorwaarden beperkingen opleggen aan de keuzevrijheid van patiënten. Meest voor de hand liggende manier om eventuele problemen te voorkomen, is het vergroten van de transparantie. Gevarieerde prestatiebeschrijvingen en adequate kwaliteitsindicatoren kunnen ertoe bijdragen dat patiënten (en doorverwijzende huisartsen) beter geïnformeerd hun keuze voor een fysiotherapeutenpraktijk kunnen maken. Op dit vlak is niet alleen een belangrijke taak weggelegd voor CTG/ZAio en de IGZ, maar ook voor het KNGF en ZN. Indien dit niet het gewenste effect sorteert, kan overwogen worden om huisartsen te verbieden hun patiënten door te verwijzen naar fysiotherapeuten waarmee ze contractuele relaties hebben. Op het eerste gezicht lijkt een dergelijk verbod echter onverstandig. Niet alleen bestaat het gevaar dat ook op zich

143 Zie voor meer informatie NMa, Richtsnoeren voor de zorg, Den Haag, 2002.

144 CVZ, Experiment directe toegankelijkheid fysiotherapie: de evaluatie, Diemen, 2004.

145 VWS, Directe toegankelijkheid fysiotherapie, brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, Den Haag, 2004.

146 Overigens kan dit zorgaanbieders een machtspositie verschaffen, aangezien verwacht kan worden dat patiënten minder gemakkelijk overstappen naarmate ze aan een bepaalde zorgaanbieder 'gewend' zijn. Zie bijvoorbeeld Melnick, G.A., J. Zwanziger, A. Bamezai and R. Pattison, The effects of market structure and bargaining position on hospital prices, *Journal of Health Economics*, vol. 11(3), blz. 217-233, 1992.

wenselijke doorverwijzingen worden verboden, ook zal handhaving van een dergelijk verbod uiterst complex zijn.

7.3 Vraagzijde

Ook anti-competitieve gedragingen aan de vraagzijde van de markt kunnen het succes van vrije prijsonderhandelingen tussen verzekeraars en fysiotherapeuten in de weg staan. Deze paragraaf gaat achtereenvolgens in op (i) misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars, (ii) koppelverkoop op de zorgverzekeringsmarkt en (iii) horizontale samenwerking tussen zorgverzekeraars.

7.3.1 Misbruik van inkoopmacht

Inkoopmacht is marktmacht aan de inkoopzijde van een markt en betreft de positie die een afnemer of inkoper heeft ten opzichte van leveranciers. Afnemers die beschikken over (een zekere mate) van inkoopmacht kunnen deze misbruiken door dusdanig inkoopvoorwaarden af te dwingen dat zowel de mededinging als (uiteindelijk) de consumenten hier schade van ondervinden. Het is belangrijk om vast te stellen dat inkoopmacht niet hetzelfde is als onderhandelingsmacht. Misbruik van inkoopmacht kan tot aanzienlijke problemen leiden, terwijl enige onderhandelingsmacht noodzakelijk is om scherp te kunnen inkopen. Van belang is dat de voordelen hiervan (grotendeels) ten goede komen aan de consumenten.¹⁴⁷ Ook voor de contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet aan de inkoopzijde van de markt voldoende onderhandelingsmacht aanwezig zijn. Zo blijkt uit recent onderzoek uit de Verenigde Staten dat het onderhandelingsresultaat van zorgverzekeraars vooral afhankelijk is van de mate waarin zij hun dreiging om patiënten elders onder te brengen ook daadwerkelijk waar kunnen maken.¹⁴⁸

Misbruik van inkoopmacht kan tot verschillende perverse gedragingen leiden, zoals ongelijke behandeling van zorgaanbieders terwijl daar geen objectieve redenen voor bestaan en het opleggen van onredelijke verplichtingen. In de afgelopen jaren heeft de NMa diverse zaken behandeld waarin de vraag centraal stond of er sprake was van misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars.^{149 150} De NMa heeft geoordeeld dat hiervan in de desbetreffende casussen geen sprake was. In die conclusies is aandacht besteed aan de vraag of (i) de desbetreffende zorgverzekeraars hun economische machtspositie misbruikten en (ii) er sprake was van mededingingsbeperkende afspraken. Uit de casussen komt naar voren dat ziekenfondsen niet verplicht zijn om met iedere zorgaanbieder te onderhandelen. Ook ten aanzien van fysiotherapie heeft de NMa in het verleden geen misbruik van inkoopmacht kunnen vaststellen. Hoewel een ziekenfonds in zijn voormalig werkgebied over een economische machtspositie kan beschikken, vormt een weigering om met bepaalde fysiotherapeuten te onderhandelen – omdat reeds voldoende zorg bij andere aanbieders is ingekocht – geen misbruik van marktmacht. Meer specifiek concludeert de NMa het volgende:¹⁵¹ “Zolang een ziekenfonds met gecontracteerde fysiotherapeuten geen afspraken maakt die de toelating van niet-gecontracteerde fysiotherapeuten bemoeilijken of tegengaan of op andere wijze gelijke gevallen ongelijk behandelt zonder objectieve grondslag, mag een ziekenfonds besluiten om een fysiotherapeut niet te contracteren of alleen op voorwaarden die aan zijn eigen contractuele behoeften voldoen.” In het visiedocument over inkoopmacht benadrukt de NMa dan ook dat niet in alle gevallen waarin ondernemers zich ‘oneerlijk’ behandeld voelen door een grote en machtige aanbieder automatisch sprake is van misbruik

147 Dit betekent dat er voldoende concurrentie moet zijn tussen inkomende ondernemingen.

148 Sorensen, A.T. (2003), Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut, *Journal of Industrial Economics*, vol. 51(4), blz. 469-490.

149 Merk op dat het hebben van een economische machtspositie niet verboden is. Het misbruik dat daarvan gemaakt kan worden is dat wel.

150 Zie met name de besluiten van de NMa betreffende de zaak Oostnederland-Leverancier hulpmiddelen (1999) en de zaak ONT (2000).

151 Zie randnummer 18 op blz. 4 van het besluit van de NMa betreffende de zaak Molenpad Health Services (nummer 2554/51, 2001).

van inkoopmacht.¹⁵² Dit is wel het geval wanneer onredelijke handelsvoorwaarden worden opgelegd die bijvoorbeeld uitbuiting of uitsluiting tot gevolg hebben.

Naar aanleiding van de vrije prijsonderhandelingen tussen fysiotherapeuten en verzekeraars per 1 februari 2005 heeft CTG/ZAio een groot aantal klachten ontvangen van fysiotherapeuten die menen dat verzekeraars zich schuldig maken aan misbruik van inkoopmacht. Zij doen hun beklag over de in hun ogen eenzijdige en onredelijke (te lage prijs) opgelegde contractvoorwaarden, mogelijke prijsdiscriminatie aan de kant van verzekeraars en hun ervaring dat er niet onderhandeld kan worden over de contractvoorwaarden. Daarnaast vragen veel fysiotherapeuten zich af of verzekeraars het recht hebben om de hoofdverzekering te koppelen aan de aanvullende verzekering en de particuliere verzekering, zijn er vragen over de hoogte van de restitutievergoeding en de vergoeding voor aan-huis-behandelingen.

Klachten en vragen die ingaan op mogelijk misbruik van inkoopmacht zijn doorverwezen naar de NMa die hierover een uitspraak heeft gedaan (zie onderstaand kader). Fysiotherapeuten met vragen over de hoogte van de restitutievergoeding zijn doorverwezen naar het CVZ. Het CVZ coördineert de uitvoering en financiering van de Ziekenfondswet en de AWBZ. In dit kader is het CVZ de aangewezen instantie om vragen op het gebied van restitutie te beantwoorden voorzover het zorg betreft die deel uitmaakt van het ziekenfondspakket. CTG/ZAio beantwoordt zelf de vragen die betrekking hebben op prestatiebeschrijvingen en tarieven.

Overigens stelt CTG/ZAio het gezien haar monitortak zeer op prijs om (indien beschikbaar) nadere informatie, zoals opgenomen in de ontvangen klachten, te ontvangen.

Besluit NMa¹⁵³

Op 27 mei 2005 heeft de NMa een uitspraak gedaan over de klachten die fysiotherapeuten bij hen hadden ingediend naar aanleiding van de recente contractonderhandelingen met verzekeraars. Fysiotherapeuten vroegen de NMa om op te treden tegen het gedrag van ziektekostenverzekeraars in Nederland. Hier hadden zij twee redenen voor. Ten eerste stelden zij dat ziektekostenverzekeraars misbruik maken van hun economische machtspositie. Ten tweede stelden zij dat de ziektekostenverzekeraars afgestemd gedrag vertoonden in de tarieven die zij fysiotherapeuten aanbieden voor hun diensten. Hieronder volgt puntsgewijs de uitspraak van de NMa met betrekking tot de in de klacht opgenomen aspecten.

Met betrekking tot het misbruik maken van een economische machtspositie wijzen de fysiotherapeuten op het feit dat:

1 *verzekeraars niet onderhandelen over contracten.*

Met betrekking tot dit punt stelt de NMa dat de zorgverzekeraar er voor mag kiezen om een of meerdere standaardcontracten voor te leggen aan de aanbieders in een bepaalde sector. De Mededingingswet dwingt in dit kader niet tot individuele onderhandelingen tussen verzekeraars en fysiotherapeuten, ook al beschikken de verzekeraars over een economische machtspositie. De zorgverzekeraar is in beginsel vrij om te kiezen met wie een contract wordt afgesloten. Wel geldt hierbij dat de criteria die de verzekeraar hiervoor hanteert objectief en transparant moeten zijn voor

¹⁵² NMa, Inkoopmacht: visiedocument, Den Haag, 2004. Zie ook het bijbehorende persbericht 'NMa publiceert visiedocument over inkoopmacht' van 9 december 2004 op www.nmanet.nl.

¹⁵³ NMa, besluit in zaak 3473, te vinden op www.nmanet.nl

zorgaanbieders zodat deze van te voren weten aan welke eisen ze moeten voldoen. Ook mag de zorgverzekeraar de criteria niet op discriminatoire wijze toepassen. Op grond hiervan wijst het NMa dit onderdeel van het verzoek tot handhaven af.

2 verzekeraars de hoofdverzekering en de aanvullende verzekering aan elkaar koppelen en de fysiotherapeut geen kans wordt gelaten om alleen voor de hoofdverzekering een contract af te sluiten

Met betrekking tot het tweede punt stelt de NMa dat de zorgverzekeraar de vrijheid heeft om te kiezen bij wie hij zijn zorg inkoop en of hij dit via een restitutie of natura systeem doet. In dit kader is er dan ook geen sprake van misbruik van een economische machtspositie als de zorgverzekeraar ervoor kiest de zorg voor de aanvullende verzekering alleen in te kopen bij de fysiotherapeuten die hij ook contracteert voor de hoofdverzekering. De NMa stelt ook dat er voor chronische patiënten die voor een deel vallen binnen de hoofdverzekering en voor een ander deel binnen de aanvullende verzekering er een objectieve rechtvaardiging bestaat voor deze koppeling. Het verzoek tot handhaving van de MW voor dit onderdeel wordt daarom afgewezen.

3 er een tarief onder de kostprijs wordt aangeboden.

Met betrekking tot dit punt stelt de NMa dat er sinds lange tijd een overaanbod in de markt bestaat. In deze situatie hebben de verzekeraars de tarieven met gemiddeld 10 a 15% verhoogd. Een dergelijke stijging van de tarieven vormt geen aanwijzing voor misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars. Het verzoek tot handhaving van de MW voor dit onderdeel wordt daarom afgewezen.

4 er een zelfde tarief wordt gegeven voor gecontracteerde behandelingen als voor behandelingen die gegeven worden boven het in de polis vermelde aantal vergoede behandelingen

Met betrekking tot het vierde punt stelt de NMa dat er maar een zorgverzekeraar een dergelijke clause hanteert. Deze verzekeraar heeft inmiddels in een dertig tal gevallen deze passage uit het contract verwijderd. Om vast te stellen of de betreffende clause in strijd is met de MW zal de NMa verder onderzoek verrichten.

5 de handeling aan huis niet apart wordt vergoed

Met betrekking tot het vijfde punt stelt de NMa dat een verzekeraar ervoor kan kiezen om een totaal tarief aan te bieden in plaats van een basistarief met extra vergoedingen. In het totaaltarief is dan een gedeelte van de vergoeding voor de aan huis behandeling opgenomen. In het specifieke geval dat de fysiotherapeuten hebben aangedragen geldt dat de totale vergoeding die de verzekeraar aanbiedt boven het marktgemiddelde ligt. Er is daardoor geen sprake van misbruik van inkoopmacht. Ook op dit onderdeel wordt het verzoek tot handhaving van de MW afgewezen.

Met betrekking tot de opmerking dat er sprake is van afstemmingsgedrag tussen verzekeraars over de hoogte van de tarieven concludeert de NMa dat zij geen aanwijzingen met betrekking tot kartelvorming heeft. Zij merkt op dat er plausibele verklaringen bestaan voor de lage spreiding in de hoogte van de tarieven voor fysiotherapie. Ten eerste doordat alle verzekeraars het door CTG/ZAio vastgestelde maximumtarief als vertrekpunt hadden. Ten tweede stelt zij dat de tariefstijging ongeveer overeenkomt met de eerste voorlopige schattingen van vraaguitval die in 2004 circuleerden (-14%). Het ligt in de reden om aan te nemen dat verzekeraars vanuit een budgetneutraal oogpunt met dit aspect rekening hebben gehouden. Op dit moment is er dan ook geen reden om aan te nemen dat er sprake is van afstemming tussen zorgverzekeraars met betrekking tot de hoogte van de tarieven. Tevens wordt er op gewezen dat de tarieven voor verbijzonderingen een veel hogere spreidingsmarge heeft. Het verzoek tot handhaving van de MW wordt daarom afgewezen door de NMa.

Ten aanzien van de gezondheidszorg in het algemeen tracht de NMa misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars zo veel mogelijk te voorkomen door de effecten van regiovertegenwoordiging nauwlettend in de gaten te houden (zie § 7.3.3). Zo is in het verleden negatief geoordeeld over een voorgenomen (structurele) samenwerkingsovereenkomst, omdat de desbetreffende ziekenfondsen hierdoor op hun regionale markten een zodanig marktaandeel zouden krijgen dat er geen ruimte overblijft voor alternatieve dan wel gelijkwaardige zorginkopers.

Ondanks dergelijke preventieve maatregelen is het de vraag of individuele fysiotherapeuten(praktijken) in staat zullen zijn om zorgverzekeraars voldoende tegenwicht te bieden tijdens de contractonderhandelingen. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te voeren:

- In de meeste regio's kunnen zorgverzekeraars uit een groot aantal aanbieders van fysiotherapeutische zorg kiezen. Dit geldt zeker nu de vraag naar fysiotherapie over het jaar 2004 met gemiddeld 6,1% is gedaald en een overaanbod is ontstaan. Dit heeft tot gevolg dat verzekeraars veelal voldoende alternatieven achter de hand hebben wanneer een bepaalde fysiotherapeutenpraktijk niet bereid is om aan de gestelde voorwaarden – zoals het tarief dat in rekening mag worden gebracht – te voldoen. Individuele fysiotherapeuten(praktijken) lijken dus niet over een sterke onderhandelingspositie te beschikken.
- Daarnaast is het, in tegenstelling tot bij zorginstellingen, onwaarschijnlijk dat fysiotherapeuten over de ondernemersvaardigheden beschikken die nodig zijn om goed te kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars. Hoewel de Mededingingswet strikte eisen stelt aan het voeren van gezamenlijke onderhandelingen, kunnen enkele minder vergaande manieren van samenwerking wel degelijk een bijdrage leveren aan versterking van de onderhandelingspositie van fysiotherapeuten (zie § 7.2.5).

Om de vraag te kunnen beantwoorden of zorgverzekeraars over de mogelijkheden beschikken om hun zeer sterke onderhandelingspositie ook daadwerkelijk te misbruiken, is van belang in hoeverre de contractonderhandelingen tussen verzekeraars en fysiotherapeuten aan strikte regels gebonden zijn. Wanneer het bijvoorbeeld voor zorgverzekeraars moeilijk is om bestaande contractuele relaties met fysiotherapeuten te verbreken dan wel niet te verlengen (zie § 6.2.1), beperkt dit de mogelijkheid van misbruik van inkoopmacht. Tegenover de machtspositie aan de inkoopzijde staat in dat geval namelijk een sterke verkooppositie als tegenwicht. Tijdens het consultatieproces heeft CTG/ZAio echter geen informatie ontvangen die erop wijst dat zorgverzekeraars substantiële moeilijkheden ondervinden wanneer zij patiënten willen onderbrengen bij een andere aanbieder van fysiotherapie. Bestaande contracten staan de contractering van nieuwe aanbieders dus niet in de weg.

Op grond van het bovenstaande concludeert CTG/ZAio dat misbruik van inkoopmacht een reëel risico vormt voor het experiment met vrije tariefsvorming bij de vrijgevestigde fysiotherapie. Het vormt dan ook een belangrijk aandachtspunt bij de monitoring van de marktontwikkelingen. Indien hieruit zou blijken dat misbruik van inkoopmacht zich daadwerkelijk manifesteert op de markt voor fysiotherapeutische zorg, zal actie worden ondernomen. Gedurende de periode tot de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) betekent dit dat CTG/ZAio haar bevindingen zal doorgeven aan de NMa. De Mededingingswet biedt namelijk voldoende mogelijkheden om eventueel misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars tegen te gaan. Dat wil zeggen, voor zover het geen ziekenfondsactiviteiten betreft. Als gevolg van een uitspraak van het Europese Hof van Justitie in het zogeheten AOK-arrest ziet de NMa ziekenfondsen niet langer als ondernemingen, zodat de Mededingingswet niet op hen van toepassing is.¹⁵⁴ Ten aanzien van de mogelijkheden van marktwerking bij vrijgevestigde fysiotherapie heeft deze zienswijze

¹⁵⁴ Zie 'NMa ziet ziekenfondsen niet als ondernemingen', nieuwsbericht van de NMa d.d. 29 april 2005, Den Haag. Overigens is de ontstane situatie van tijdelijke aard, omdat met de inwerkingtreding van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 de huidige ziekenfondsen als normale ondernemingen functioneren. Vanaf dat moment vallen ze dus wel weer onder het toezicht van de Mededingingswet.

echter geen vergaande consequenties. Fysiotherapie is sinds 1 januari 2004 immers vrijwel geheel vanuit het ziekenfondspakket overgeheveld naar het domein van de aanvullende zorgverzekeringen. Tevens blijven bepaalde gedragingen – ook van ziekenfondsen – civielrechtelijk gezien wel degelijk strafbaar, zoals het plegen van contractbreuk. Hierover bestaat duidelijkheid via jurisprudentie.

Samenvattend, erkent CTG/ZAio dat bij vrijgevestigde fysiotherapie misbruik van inkoopmacht een reëel risico vormt. In de monitor zal dan ook nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de vraag of, en zo ja in welke mate, zorgverzekeraars zich schuldig maken aan ongeoorloofde praktijken bij het afsluiten van contracten met fysiotherapeuten.

7.3.2 Koppelverkoop op de zorgverzekeringsmarkt

Ziekenfondsen hebben richting verzekerden de mogelijkheid om de aanvullende verzekeringen te koppelen aan het verplichte basispakket.¹⁵⁵ Circa 90% van de ziekenfondsverzekerden beschikt over een aanvullende verzekering, die vrijwel zonder uitzondering bij dezelfde verzekeraar als de hoofdverzekering is afgesloten. Voor aanvullende verzekeringen geldt geen acceptatieplicht, zodat deze verzekeringen een instrument voor risicoselectie vormen. Zorgverzekeraars kunnen door hun acceptatiebeleid bij de aanvullende verzekeringen voorspelbaar verliesgevende verzekerden weren.¹⁵⁶ Als gevolg hiervan verminderen de mogelijkheden van verzekerden om 'slecht' inkoopgedrag van hun verzekeraar – bijvoorbeeld op het gebied van fysiotherapie – af te straffen. Het stemmen met de voeten wordt dan immers belemmerd. Uit onderzoek blijkt dat non-acceptatie en toegangsdrempels in de aanvullende verzekeringen inderdaad een belangrijke reden zijn voor verzekerden om weinig van ziekenfonds te wisselen.¹⁵⁷

Om de mobiliteit op de verzekeringsmarkt te vergroten heeft de Tweede Kamer bij de behandeling van de nieuwe Zorgverzekeringswet een motie aangenomen om verzekeraars te verbieden de aanvullende verzekering op te zeggen op het moment dat iemand voor de hoofdverzekering van verzekeraar verandert. Los van het gegeven dat deze bepaling voorbij gaat aan het argument dat koppelverkoop wellicht ook voordelen kan bieden op het gebied van administratie- en transactiekosten, lijkt zo'n verbod op voorhand weinig effectief. Niets staat verzekeraars namelijk in de weg om verzekerden die alleen een aanvullende verzekering overhouden een (sterk) premieverhoging in het vooruitzicht te stellen om de overstapmogelijkheden langs deze weg te beperken. Van de Ven e.a. (2005) betogen dan ook dat verbetering van het risicovereveningssysteem de meest geëigende weg is om risicoselectie tegen te gaan en de keuzemogelijkheden van verzekerden te vergroten.¹⁵⁸

155 Het is ziekenfondsen toegestaan om een aanvullende verzekering uit te voeren, mits deze aanvullende verzekering is ondergebracht in een aparte rechtspersoon.

156 Ondanks het feit dat het Nederlandse risicovereveningssysteem alom wordt gezien als het meest geavanceerde ter wereld, zijn nog steeds verschillende groepen verzekerden aan te wijzen die voorspelbaar verliesgevend zijn. Dit betreft bijvoorbeeld personen die relatief veel gebruik maken van de fysiotherapie. Zie F.J. Prinsze, W.P.M.M. van de Ven, D. de Bruijn en F.T. Schut, *Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering*, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2005.

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

158 Zie W.P.M.M. van de Ven, F.J. Prinsze, D. de Bruijn en F.T. Schut, *Nieuw zorgstelsel vereist betere risicoverevening*, *Economisch Statistische Berichten*, blz. 223-225, 20 mei 2005. Bijkomend probleem is dat een wettelijk verbod op koppeling van de hoofdverzekering met aanvullende verzekeringen volgens hen in waarschijnlijk in strijd is met de Europese richtlijnen voor schadeverzekeringen.

7.3.3 Horizontale samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling

Ten aanzien van particuliere zorgverzekeraars zijn bij CTG/ZAiO geen vormen van horizontale samenwerking bekend die, wat betreft de introductie van vrije tariefsvorming bij fysiotherapie, tot problemen zouden kunnen leiden. Dit geldt niet ten aanzien van de ziekenfondsen. Daar zijn wel enkele horizontale samenwerkingsvormen te onderscheiden die nader geanalyseerd moeten worden. Achtereenvolgens komen hier aan de orde: (i) inkoopcombinaties, (ii) de risicovereveningssystematiek en (iii) het informatiesysteem.

Inkoopcombinaties

Zorgverzekeraars kunnen om hun onderhandelingsmacht op de zorginkoopmarkt te verstevigen, besluiten in een regio de krachten te bundelen. Dit worden inkoopcombinaties genoemd. Het marktaandeel waarvoor de zorgverzekeraars dan inkopen, betreft de optelsom van de verzekerden van de deelnemende verzekeraars die vallen binnen de adherentie van de desbetreffende zorgaanbieders. Inkoopcombinaties zijn mogelijk, maar door de NMa gebonden aan de vuistregel dat het collectief van partijen geen inkoopmacht mag aannemen in de vorm van een aandeel van 15% of meer op de relevante markt. Op de zorginkoopmarkt zijn tot 2004 geen inkoopcombinaties werkzaam geweest. Wel is in 2004 bekend geworden dat er inmiddels enkele zijn opgericht. Tijdens het consultatieproces is opgemerkt dat binnen een inkoopcombinatie van zorgverzekeraars verschillen kunnen bestaan in polisvoorwaarden en administratiesystemen en dat deze verschillen extra administratieve lasten voor fysiotherapeuten met zich kunnen brengen. CTG/ZAiO is van mening dat de Mededingingswet voldoende mogelijkheden biedt om nadelige effecten van inkoopcombinaties tegen te gaan.¹⁵⁹

Uitbesteden van zorginkoopfunctie

Zorgverzekeraars kunnen hun zorginkoopfunctie uitbesteden aan andere zorgverzekeraars. Hierdoor zijn de desbetreffende zorgverzekeraars niet zelf werkzaam op de markt, maar sluiten zij aan bij de inkoopresultaten die een andere zorgverzekeraar heeft bereikt. Dit kent twee vormen. De eerste vorm is het door een zorgverzekeraar aansluiten bij de gesloten overeenkomst die de zogenoemde marktlieder heeft afgesloten. Dit gebeurt vooral in de situatie waarin zorgverzekeraars te maken hebben met enkele ziekenfondsverzekerden – ook wel ‘verre’ verzekerden genoemd – in regio's waarin zij geen groot marktaandeel hebben. Het is niet exact bekend hoeveel zorgverzekeraars deze constructie gebruiken bij het inkopen van fysiotherapeutische zorg. De tweede vorm betreft het daadwerkelijk uitbesteden van de zorginkoopfunctie. In dit geval heeft een zorgverzekeraar met een andere zorgverzekeraar afgesproken dat deze de zorginkooptaken uitvoert. In de praktijk besteden zorgverzekeraars die relatief weinig ziekenfondsverzekerden hebben en die landelijk verspreide ziekenfondsverzekerden hebben, de zorginkoopfunctie uit. De zorgverzekeraar die voor hen zorg inkoopt, is veelal regionaal gebonden. Het is niet zo dat in die regio ook de meeste verzekerden wonen van de zorgverzekeraar waarvoor ingekocht wordt. Deze constructie wordt in 2004 door vier verzekeraars gebruikt voor het inkopen van fysiotherapeutische zorg. De uitvoering is in handen van drie andere zorgverzekeraars. Volgens CTG/ZAiO biedt de Mededingingswet voldoende mogelijkheden om ongewenste activiteiten op dit vlak aan te pakken.

Risicovereveningssystematiek

Er bestaat een vereveningssysteem tussen de verschillende ziekenfondsen. Dit systeem is in de Zfw vastgelegd en is in zekere zin een samenwerkingsvorm. Op deze wijze kunnen kostenverschillen

¹⁵⁹ Zie bijvoorbeeld het afgewezen verzoek om ontheffing van het kartelverbod voor de inkoop samenwerking tussen de ziekenfondsen OZ, VGZ en CZ (NMa, besluiten nr. 652/94 en 145/92, 2000).

tussen verschillende ziekenfondsen worden gecompenseerd die voortvloeien uit de mix van de verzekerdenpopulatie. De uitwisseling van gegevens die hiervoor nodig is, verschaft zorgverzekeraars namelijk veel informatie over de kostenstructuur van concurrentverzekeraars. CTG/ZAIo gaat ervan uit dat de Mededingingswet voldoende mogelijkheden biedt om misbruik van deze informatie te voorkomen, zodat geen aanvullende instrumenten nodig zijn.

Netwerken (Vektis)

Het informatiesysteem dat zorgverzekeraars samen hebben opgezet, biedt mogelijkheden voor anti-competitief gedrag. Dit systeem wordt beheerd door Vektis, dat hierdoor in het berichtenverkeer tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen een centrale rol speelt. Met name ten aanzien van het standaardiseren van gegevens. Het gaat hierbij om de ontwikkeling en het beheer van standaarden voor elektronische uitwisseling van berichten, zoals declaraties tussen zorgverzekeraars en andere partijen. Daarnaast biedt Vektis diensten aan op het terrein van het routeren van berichten. Vektis speelt hierin de rol van sectoraal aanspreekpunt voor ziekenfondsen en zorgkantoren. Dit betekent dat berichten van en naar ziekenfondsen en zorgkantoren via Vektis met andere communicatiepartners worden uitgewisseld. De elektronische gegevensuitwisseling die hierdoor mogelijk wordt, leidt tot besparingen in de kosten van administratie. Ter ondersteuning van de administratieve processen en het declaratieverkeer onderhoudt en exploiteert Vektis een groot aantal bestanden met referentiegegevens. Het gaat hierbij onder andere over tariefinformatie voor controleprocessen en nummeruitgifte-systemen voor bijvoorbeeld identificatieprocessen. Dit betreft concurrentiegevoelige informatie. In dit licht is het van belang dat Vektis de concurrentiegevoelige informatie vertrouwelijk behandelt, in die zin dat er geen gegevensuitwisseling plaatsvindt tussen concurrenten. Opnieuw biedt de Mededingingswet volgens CTG/ZAIo voldoende mogelijkheden om anti-competitieve gegevensuitwisseling tussen concurrerende zorgverzekeraars aan te pakken. Derhalve zijn geen aanvullende instrumenten nodig.

7.4 Samenwerking tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars

Wanneer fysiotherapeuten en zorgverzekeraars (nauw) met elkaar samenwerken, is sprake van een verticaal samenwerkingsverband. Een dergelijk samenwerkingsverband is veelal gericht op zorgvernieuwing en innovatie. Bepaalde vormen van verticale samenwerking kunnen onder specifieke omstandigheden echter de concurrentie belemmeren. In deze paragraaf komen achtereenvolgens aan de orde: (i) protocollen, (ii) netwerken, (iii) zorgmakelaars en (iv) preferente aanbieders.

Protocollen

Deze vorm van samenwerking betreft het traject van aanvraag en machtiging. Zorgverzekeraars kunnen eisen dat bepaalde vormen van zorg door fysiotherapeuten (praktijken) vooraf ter goedkeuring worden voorgelegd, om zodoende te kunnen bepalen welke fysiotherapeutische zorg wel en welke niet voor vergoeding in aanmerking komt. Zo is voor de behandeling van bepaalde chronische aandoeningen vooraf toestemming nodig van de zorgverzekeraar. Protocollen met specifieke beoordelingscriteria kunnen ertoe bijdragen dat deze procedures doelmatig en efficiënt verlopen. Dergelijke protocollen kunnen echter ook worden ingezet als toetredingsdrempel voor nieuwe aanbieders en daarmee kunnen ze mededingingsbeperkend werken. Bovendien kunnen protocollen leiden tot gedragsafstemming van de betrokken zorgaanbieders (horizontale afspraken) en daarmee concurrentiebeperkend werken. Desondanks zijn (behandel)protocollen al jaren een gemeengoed in de gezondheidszorg, vooral op het gebied van kwaliteitsverbetering en doelmatigheid (bijvoorbeeld door een snelle en efficiënte afhandeling van machtigingen). In principe zijn ze dan ook een wenselijke vorm van samenwerking. Hoewel in 'verdachte' gevallen de NMa het uiteindelijke oordeel

zal moeten vellen, bestaan er vooralsnog geen aanwijzingen dat protocollen in strijd zijn met de Mededingingswet.

Netwerken

Fysiotherapeuten(praktijken) en zorgverzekeraars kunnen besluiten om gebruik te maken van een gezamenlijk netwerk, om zodoende de communicatie en de administratieve afhandeling van declaraties zo snel en efficiënt mogelijk te laten verlopen. Ook dit is het algemeen een wenselijke vorm van samenwerking. Wel moet anti-competitieve gegevensuitwisseling tussen fysiotherapeuten(praktijken) onderling – bijvoorbeeld over de in rekening gebrachte tarieven – worden voorkomen. Daarnaast moet voorkomen worden dat zo'n netwerk als toetredingsdrempel gaat fungeren. Hiervoor is het van belang dat het samenwerkingsverband toegankelijk is voor alle fysiotherapeuten(praktijken) die aan de gestelde objectieve en transparante toelatingseisen voldoen. Voor beide aandachtspunten de Mededingingswet voldoende mogelijkheden om eventuele anti-competitieve gedragingen die voortvloeien uit een netwerk, aan te pakken. CTG/ZAio is derhalve van mening dat geen aanvullende instrumenten nodig zijn.

Zorgmakelaar

Een zorgmakelaar (zorgbemiddelaar) onderhandelt namens een groep zorgaanbieders met de zorgvragers. Zorgmakelaars kunnen een groep fysiotherapeuten vertegenwoordigen en namens hen met zorgverzekeraars onderhandelen. Zorgmakelaars zorgen voor een lastenverlichting bij fysiotherapeuten en beschikken daarnaast over meer onderhandelingskennis en -vaardigheden. In principe is dus sprake van een wenselijke vorm van verticale samenwerking. Indien een zorgmakelaar echter verschillende fysiotherapeutenpraktijken vertegenwoordigt, kan dit tot afstemming van marktgedrag leiden. De verticale samenwerking tussen fysiotherapeutenpraktijk en zorgmakelaar is dan eigenlijk een vorm van horizontale samenwerking tussen fysiotherapeutenpraktijken onderling. Een zorgmakelaar mag volgens de NMa dan ook alleen verschillende zorgaanbieders vertegenwoordigen als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:¹⁶⁰

- De zorgaanbieders die worden vertegenwoordigd, zijn geen concurrenten van elkaar. Dit betekent dat ze verschillende typen zorg moeten aanbieden – bijvoorbeeld fysiotherapeuten en psychotherapeuten – of in verschillende geografische markten actief moeten zijn.
- De zorgaanbieders die worden vertegenwoordigd, zijn weliswaar concurrenten van elkaar, maar (i) de zorgmakelaar onderhandelt voor iedere zorgaanbieder apart en (ii) er vindt geen horizontale uitwisseling van informatie dan wel afstemming van gedrag plaats.

Met name wanneer de zorgmakelaar onderhandelt namens verschillende fysiotherapeuten(praktijken) die met elkaar concurreren op dezelfde geografische markt, kan in de praktijk een belangenverstrengeling optreden. Voor de verschillende aanbieders van fysiotherapeutische zorg is het dan immers wel zeer verleidelijk om vooraf af te stemmen welke prijs door de zorgmakelaar wordt gevraagd (kartelvorming). Bovendien bevat het onderhandelingsresultaat dat voor de ene aanbieder is behaald zeer bruikbare informatie voor de andere aanbieders namens wie eveneens wordt onderhandeld. Zowel de NMa als mededingingsautoriteiten in de Verenigde Staten hebben inmiddels signalen ontvangen waaruit blijkt dat de positieve effecten van zorgmakelaars vaak niet opwegen tegen de risico's ervan (kartelvorming, uitwisseling van concurrentiegevoelige informatie). CTG/ZAio acht het daarom wenselijk om de rol van zorgmakelaars kritisch te beoordelen en bedacht te zijn op eventuele negatieve gevolgen voor de mate van concurrentie tussen fysiotherapeuten onderling.

¹⁶⁰ NMa, Richtsnoeren voor de zorg, Den Haag, 2002.

Preferente aanbieders

Een zorgverzekeraar kan besluiten om fysiotherapeuten(praktijken) waarmee een gunstig contract is overeengekomen, een status als preferente aanbieder te verlenen. Dit is een vorm van verticale samenwerking die te vergelijken is met voorkeurslijsten voor hulpmiddelen en geneesmiddelen. Verzekeraars kunnen hun verzekerden vervolgens financieel prikkelen om naar de door hen aangewezen preferente aanbieders te gaan – bijvoorbeeld door lagere eigen betalingen. In het algemeen leidt het aanwijzen van preferente aanbieders tot een toename van de (prijs)concurrentie. Daarnaast worden patiënten gestimuleerd om kostenbewust voor een bepaalde aanbieder van fysiotherapeutische zorg te kiezen. Het is wel van belang dat de selectiecriteria die zorgverzekeraars ten opzichte van fysiotherapeuten hanteren objectief, non-discriminatoire en transparant zijn. Wanneer hier niet aan voldaan wordt biedt de Mededingingswet voldoende mogelijkheden om hiertegen op te treden.

7.5 Aanbevelingen per partij

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

Beleidsvoornemens CTG/ZAio

- Samen met de NMa de sector informeren over de spelregels voor mededinging in de zorg, dus over de Mededingingswet en beleidsregels op grond van de WTG. Tevens toelichten dat strengere beleidsregels zullen worden opgesteld wanneer een probleem zich vaak voordoet (§ 7.1).
- Gedurende de transitiefase is het van belang marktontwikkelingen te monitoren. In de monitor moet worden gekeken in welke mate potentiële anti-competitieve gedragingen zich daadwerkelijk voordoen en in hoeverre de markt in staat is om publieke belangen (betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit) te bereiken. Bij ongewenste marktontwikkelingen dient CTG/ZAio de oorzaken te analyseren (zover als mogelijk) en te adviseren of en hoe de ongewenste ontwikkelingen kunnen worden aangepakt. Afhankelijk van de oorzaak kan CTG/ZAio aan de NMa vragen om in te grijpen, VWS adviseren beleid te veranderen of zelf ingrijpen. In de monitor zal speciale aandacht worden besteed aan mogelijk misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars (§ 7.3).

Beleidsaanbevelingen/beleidsvoornemens monitoring CTZ

Het CTZ heeft op basis van een eerste inventarisatie, het in ontwikkeling zijnde markttoezicht op de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt en mede gelet op de geluiden die zij heeft opgevangen tijdens de consultatieronde het voornemen om de volgende onderwerpen in 2005 te monitoren of te onderzoeken

- Gebruik onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg en factoren die hierop van invloed zijn (§ 7.3.1).
- Misbruik van inkoopmacht en mogelijkheden hiervan (§ 7.3.1).

Aanbevelingen aan NMa

- Samen met CTG/ZAio de sector informeren over de spelregels voor mededinging in de zorg. Toelichten dat handhaving via de Mededingingswet gaat, maar dat strengere beleidsregels zullen worden opgesteld wanneer een probleem zich vaak voordoet (§ 7.1).

Wanneer ingrijpen op grond van de WTG?

In dit hoofdstuk komt naar voren dat de Mededingingswet vaak volstaat om anti-competitief gedrag aan te pakken. Wanneer in een later stadium praktijkervaringen uitwijzen dat specifiek ingrijpen van CTG/ZAio toch vereist is, is hiervoor een nieuwe beleidsregel op grond van de WTG nodig. In het algemeen geldt dat de behoefte aan specifieke regels toeneemt naarmate:¹⁶¹

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

Op grond van de bevindingen in de monitor kan CTG/ZAio aan de Minister van VWS adviseren of specifiek ingrijpen op grond van de WTG wenselijk is. Proportionaliteit zal daarbij telkens essentieel zijn, omdat sectorspecifieke regelgeving vaak tot een stevige inperking van de ondernemersvrijheid leidt.

161 CPB, Zorg voor concurrentie, CPB document 28, januari 2003

8. MONITOREN MARKTONTWIKKELINGEN

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

Een dergelijke monitortask is gebruikelijk voor toezichthouders. Zo publiceert de OPTA jaarlijks een visie op de telecom- en postmarkt en brengt de NMa een Monitor financiële markten uit. Monitoring is geen doel op zich, maar legt de basis voor ingrijpen door VWS, NMa en CTG/ZAio. Ook marktpartijen kunnen beter functioneren naarmate ze beter zicht krijgen op de werking van de markt. Als partijen de regels kennen, kunnen zij de scheidsrechters in de markt er op attenderen als zij vermoeden dat er overtredingen worden begaan.

Dit hoofdstuk geeft een eerste globale indruk van de monitorwerkzaamheden van CTG/ZAio tijdens de experimenteerfase met vrije prijsvorming op de markt voor fysiotherapie. Hiertoe beschrijft dit hoofdstuk welke onderwerpen voor monitoring in aanmerking komen (§ 8.1), wat voor type analyses CTG/ZAio zal toepassen (§ 8.2) en wat de baten zijn van monitoren (§ 8.3). Ten slotte gaat het hoofdstuk in op de informatie die CTG/ZAio nodig heeft om zijn monitortask adequaat uit te kunnen voeren (§ 8.4) en de informatie die op dit moment daadwerkelijk voorhanden is (§ 8.5).

8.1 Keuze onderwerpen monitor

VWS heeft CTG/ZAio de taak gegeven om de ontwikkelingen in de markt voor fysiotherapie te monitoren. Voor de invulling van de monitoringstaak laat CTG/ZAio zich leiden door de behoefte van zowel VWS als marktpartijen (patiënten, verzekeraars, fysiotherapeuten). Bij het monitoren van de markt voor fysiotherapie kunnen in grote lijnen twee uitgangspunten worden onderscheiden.

Monitor

De monitor wordt onder andere ingericht vanuit de wettelijke taak van CTG/ZAio. De monitor dient in dit kader antwoord te geven op de vraag of de markt zijn werk goed doet en de risico's voor mededinging in kaart te brengen. Het raamwerk dat hierbij gehanteerd wordt is gebaseerd op het SCP (Structure, Conduct, Performance) raamwerk. Het brengt in kaart 1) de structuur van de markt, 2) het gedrag van de spelers op de markt en 3) de uiteindelijke ontwikkelingen in prijs, kwaliteit en hoeveelheid. In onderlinge samenhang geven de indicatoren die invulling geven aan deze drie aspecten informatie over de werking van de markt. De monitor richt zich nadrukkelijk ook op marktwerking in brede zin. Zo zal de monitor uitgebreid aandacht besteden aan de recente contractonderhandelingen. Hierbij zal onder andere aandacht besteed worden aan gevarieerde aspecten als het verloop van de onderhandelingen, wie hebben onderhandeld, hielden verzekeraars bij de inkoop rekening met kwaliteitsaspecten en met wat voor administratieve lasten worden verzekeraars en fysiotherapeuten geconfronteerd. Ook het patiënten perspectief en de gevolgen voor de beroepsgroep zelf, zoals het aantal werkzame fysiotherapeuten en de ontwikkeling van hun inkomen, zullen gemonitord worden.

Experiment

Ten tweede is het van belang dat de monitor inzicht geeft in de gevolgen van het experiment met vrije prijzen en dienen criteria te worden vastgesteld waaraan het succes van het experiment getoetst kan worden. Een eerste aanzet hiertoe werd gegeven door de uitvoeringstoets van het Ministerie van VWS van 13 september 2004. Daarin zijn een achttal toetsingscriteria zijn opgesomd (zie ook § 3.4.2) aan de hand waarvan de Minister het succes van het experiment wil beoordelen. In overleg met ZN, het KNGF, de NPCF en het Ministerie van VWS is bij nader inzien besloten om het aantal toetsingscriteria te beperken tot een drietal criteria, respectievelijk kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Aan de hand van ontwikkelingen in deze criteria kunnen dus conclusies worden getrokken over het uiteindelijke succes van het experiment. De uitgangspunten van de motie Schippers zoals innovatie, variatie in het aanbod en ondernemerschap zijn verweven in deze criteria.

Consultatieronde

Tijdens de consultatieronde hebben partijen de gelegenheid gekregen om aan te geven welke onderwerpen zij graag opgenomen willen zien in de monitor. Hierbij werden de volgende onderwerpen door partijen aangedragen:

1. Inkoopmacht verzekeraars
2. Invloed van horizontale en verticale samenwerkingsverbanden
3. Rol van de huisarts in relatie tot marktwerking
4. Keuze proces consument bij het zoeken naar een fysiotherapeut

In haar advies richting het Ministerie van VWS over de onderwerpen die moeten worden opgenomen in de monitor, zal CTG/ZAio zich vooral concentreren op mogelijke anti-competitieve gedragingen die een goede werking van de markt in de weg staan. Dit is een logisch vervolg op de analyse van mededingingsrisico's zoals beschreven in dit visiedocument. In de monitor zal in ieder geval nadrukkelijk aandacht besteed worden aan mogelijk misbruik van inkoopmacht door verzekeraars. Tijdens de consultatieronde werd door verschillende partijen ook op het belang van kwalitatieve sessies gewezen om een goed beeld van de ontwikkelingen in de markt en de gevoelens van marktpartijen hierbij te krijgen.

Inmiddels heeft CTG/ZAio een voorstel gepresenteerd aan de belangrijkste brancheorganisaties over de concrete vormgeving en invulling van de monitor met kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren. Aan de hand van de reacties op dit voorstel en de opmerkingen die CTG/ZAio heeft ontvangen via de consultatieronde zal zij medio augustus 2005 een advies naar de Minister van VWS sturen over de concrete vormgeving en invulling van de monitor.

CTG/ZAio zal de Minister rapporteren en in een breed kader een oordeel geven over de werking van de markt, de wijze waarop de onderhandelingen zijn verlopen en andere aspecten die van belang zijn om een goede indruk te krijgen van de veranderingen die zich in deze markt voordoen. Tevens zal CTG/ZAio de Minister adviseren over de evaluatie van het experiment. De uiteindelijke besluitvorming over de voorzetting van het experiment is echter exclusief de verantwoordelijkheid van de Minister.

8.2 Rapportage

In het kader van de monitor concentreert CTG/ZAIo zich op de periodieke analyse van ontwikkelingen in de variabelen die in de vorige paragraaf zijn genoemd. Dit zal gebeuren op basis van een vaste set gegevens die periodiek worden verzameld of opgevraagd.

Gezien de jaarlijkse onderhandelingen die in deze sector plaatsvinden zal CTG/ZAIo één keer per jaar de Minister rapporteren over feitelijke ontwikkelingen in de markt, hierbij zal zij een oordeel geven over de brede werking van de markt. Uiteraard zal CTG/ZAIo bij deze oordeelsvorming rekening houden met de ontwikkelingsfase waarin de markt zich bevindt. Deze rapportage vormt de basis voor de besluitvorming van de Minister over de voortgang van het experiment.

Wanneer daar aanleiding voor is, zal CTG/ZAIo tussentijds rapporteren over bijzondere onderwerpen die relevant zijn voor de marktwerking in het algemeen of in deze sector in het bijzonder.

Omdat er geen goede nulmeting beschikbaar is, zal het vaak moeilijk zijn om de ontwikkeling in bepaalde variabelen eenduidig toe te schrijven aan de introductie van marktwerking. Een voorbeeld dat dit illustreert, zijn de uitgaven aan fysiotherapeutische zorg. Door de pakketmaatregelen per 1 januari 2004 is een groot gedeelte van de fysiotherapeutische zorg naar de aanvullende verzekering overgeheveld. Hierdoor zijn de totale uitgaven die ten laste komen van het BKZ lager dan de jaren ervoor. Verder worden in de totale uitgaven fysiotherapie ook de uitgaven aan oefentherapie C/M meegenomen. Hierdoor is het dus moeilijk om een ontwikkeling in de uitgaven eenduidig te relateren aan de introductie van marktwerking en moet met allerlei vraaguitval en vraagveranderingseffecten rekening worden gehouden. Hiermee zal voorzover mogelijk rekening worden gehouden in de monitor.

8.3 De baten van monitoren

De baten van monitoren zijn groot, vooral gedurende de experimenteerfase met vrije prijsvorming. Monitoren ondersteunt de volgende drie taken van CTG/ZAIo:

- Informeren. De monitor vervult behoeften bij politiek en publiek om inzicht te krijgen in de gevolgen van de introductie van marktwerking. De politiek beschouwt de introductie van gereguleerde concurrentie als een experiment. De bevindingen hiervan zullen gebruikt worden bij de besluitvorming inzake de introductie van gereguleerde concurrentie in andere zorgmarkten.
- Adviseren. Door marktfalen en ongeoorloofd marktgedrag in een vroeg stadium op te sporen, kunnen gericht adviezen worden uitgebracht over specifieke verbeteringen van de marktstructuur en marktregels. In het stadium zonder vrije prijzen is moeilijk te voorspellen hoe de markt precies zal werken. Geen enkel marktontwerp ex ante kan een goede marktwerking garanderen en misbruik van marktmacht geheel uitsluiten.
- Vergroten transparantie. Door het overdragen van kennis draagt de monitor bij aan een goede werking van de markt. Wanneer marktspelers zich uit zichzelf marktconform gedragen, komt er minder druk te liggen op handhaving. Bovendien vermindert de kennis onzekerheid bij potentiële toetreders over het functioneren van de markt, waardoor toetreding wordt bevorderd.

8.4 Benodigde informatie

De benodigde informatie voor de monitoring kan zoals het er nu naar uitziet grotendeels worden verkregen met behulp van bestaande datastromen of eigen onderzoek. Hierbij zal CTG/ZAIo ook gebruik maken van bestaande initiatieven van de beroepsgroep zelf zoals de Beroepsmonitor van

Fysiotherapie van het KNGF en het meldpunt Last van Veranderingen in de Zorg van de NPCF. Een gedeelte van de beschikbare informatie is op dit moment echter nog niet openbaar toegankelijk, zodat CTG/ZAio hierover met de desbetreffende instanties nog afspraken moeten maken. Bij de monitoring van de verzekeraars zal CTG/ZAio intensief samenwerken met het CTZ om de administratieve lastendruk voor marktpartijen zo laag mogelijk te houden en vooruitlopend op het opgaan van beide organisaties in de Nederlandse Zorgautoriteit. Het eventueel opvragen van aanvullende informatie zal alleen plaatsvinden na goed overleg met de sector. Uitgangspunt hierbij zal altijd zijn dat de administratieve lasten die hiermee gepaard gaan tot een minimum beperkt worden en in verhouding staan tot de baten van monitoring.

8.5 Inventarisatie bestaande datastromen

In deze paragraaf worden de belangrijkste bestaande datastromen en gegevensbronnen in kaart gebracht.

Contracten met verzekeraars

Ieder jaar worden er contracten afgesloten tussen verzekeraars en fysiotherapeuten. Een individuele fysiotherapeut sluit met gemiddeld vijftien verzekeraars een contract af. In zo'n contract worden afspraken gemaakt over het aantal zittingen per patiënt en over de prijs per zitting. Ook moet een fysiotherapeut aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen volgens de contracten, zoals het in acht nemen van de algemeen aanvaarde patiëntenrechten. Alle contracten worden door het KNGF beoordeeld. De fysiotherapeut moet dan zelf beslissen of hij/zij het contract accepteert. Zorgverzekeraars maken ook afspraken over het aanleveren van gegevens over de bedrijfsvoering en kwaliteitsverslag. De meeste verzekeraars bieden standaardovereenkomsten aan. De contracten geven inzicht in de prijsontwikkeling, volumeverandering en totale omzet per fysiotherapeut.

Maandelijkse declaratieverkeer VEKTIS

Vektis is in Nederland het instituut voor de ontwikkeling en implementatie van standaarden voor de zorg op het gebied van financiële administratie.

Voor fysiotherapeutische zorg zijn er codes naar soort indicatie en codes naar prestatie. De code voor soort indicatie verwijst naar de aard van de aandoening, of de aandoening is opgenomen in de aanvullende verzekering en of die voorkomt op de chronische lijst. Op de prestatiecodelijst staan de behandelingen (onder andere reguliere zitting, kinder- of manuele therapie) en of er sprake is van uitbehandeling of behandeling in een inrichting. Verder worden de persoonsgegevens van de patiënt (onder andere naam, adres, sofi-nummer, geboortedatum, geslacht, verzekeringswijze), gegevens over de desbetreffende zorgverlener en overige gegevens over de diagnose (zoals prijs en begin- en einddatum van de behandeling) aangeleverd.

Verslaglegging naar verwijzer

Iedere fysiotherapeut is verplicht om de verwijzer (veelal is dit de huisarts) op de hoogte te brengen van de behandeling en diagnose van de klacht van de patiënt. Hiervoor heeft het KNGF een richtlijn opgesteld.¹⁶² Over de inhoud van de verslaglegging staat het volgende in de richtlijn vermeld "Fysiotherapeutische verslaglegging is het systematisch vastleggen van zorginhoudelijke gegevens en bevindingen met betrekking tot de fysiotherapeutische hulpverlening". In de richtlijn

¹⁶² KNGF-richtlijn fysiotherapeutische verslaglegging, KNGF, Supplement bij het Nederlandse tijdschrift voor fysiotherapie, 01-2003

Informatieverstrekking naar huisarts¹⁶³ (opgesteld door het KNGF) staat vermeld dat de volgende gegevens in het verslag vermeld moeten staan:

- praktijkgegevens fysiotherapeut;
- praktijkgegevens verwijzer;
- persoonsgegevens patiënt;
- diagnose;
- behandeldoel;
- verrichtingen;
- behandelresultaat;
- advies aan patiënt;
- de prognose;
- reden van beëindiging.

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg¹⁶⁴

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is een netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken, praktijken voor oefentherapie Cesar en praktijken voor oefentherapie Mensendieck. Het doel van het LiPZ-project is een representatieve, continue informatieverzameling van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck. In het LiPZ-netwerk worden gegevens verzameld omtrent vijf elementen van het zorgproces:

1. patiënt: de code van de zorgverzekering, de geboortedatum, geslacht, de regio (de vier cijfers van de postcode), een patiëntnummer en het opleidingsniveau van de verzekerde;
2. verwijzing: soort verwijzer, verwijsdatum, indicatie VWS-lijst (code soort indicatie paramedische hulp), verwijsdiagnose en datum van aanmelding;
3. beroepsspecifieke diagnose: de paramedische diagnosecode, de duur van de klacht per patiënt, de recidive (terugkerende ziekte of ziekteverschijnsel) klacht. Ook wordt hierbij aangegeven of de patiënt al eerder therapie heeft gehad en zo ja welke therapie;
4. behandelplan: het behandeldoel, de beroepsspecifieke richtlijn die van toepassing is, de kwaliteit van de beroepsspecifieke richtlijn, de prestatiecode en de datum van behandelcontact;
5. evaluatie: de reden van het beëindigen van de zorg, het type verrichtingen, het resultaat met betrekking tot het doel en de datum van het verslag van de verwijzer.

Het LiPZ-project wordt uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Ten behoeve van het project is er een stuurgroep opgericht, hierin zitten vertegenwoordigers van het KNGF, VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck) en ZN. Binnen het LiPZ-project registreren op dit moment: 101 fysiotherapeuten, verspreid over 42 praktijken, 24 oefentherapeuten Cesar, verspreid over 21 praktijken, en 24 oefentherapeuten Mensendieck, verspreid over 21 praktijken. Deze datastroom heeft dus niet betrekking op alle fysiotherapeuten, maar geeft wel een indicatie van de informatie die beschikbaar kan zijn. NIVEL beschikt ook over een beroepsregistratie fysiotherapie. Hierin worden gegevens bijgehouden van alle extramuraal werkzame fysiotherapeuten, Aan de hand van deze gegevens kan bijvoorbeeld nagegaan worden hoeveel fysiotherapiepraktijken binnen een afstand van 5 of 10 km beschikbaar zijn voor heel Nederland De gegevens worden elke twee jaar geactualiseerd met behulp van enquêtes.

163 KNGF-richtlijn Informatieverstrekking Huisarts, KNGF

164 <http://www.nivel.nl/lipz>

*CVZorgcijfers*¹⁶⁵

In CVZorgcijfers worden de totale lasten van de Ziekenfondswet en de AWBZ over de laatste vijf jaar in beeld gebracht. Die lasten zijn nader verdeeld naar alle verstrekkingen Zfw en zorgaanspraken AWBZ. Per onderdeel zijn de uitgavencijfers voorzien van een korte toelichting. CVZorgcijfers kan als naslagwerk een bijdrage leveren aan de toenemende behoefte aan gedetailleerde informatie voor de sturing van de zorgsector.

Over fysiotherapie worden de volgende gegevens verzameld:

- totale uitgaven paramedische zorg en uitgaven voor fysiotherapie;
- kostenstijgingen op macroniveau met gemiddeld percentage per jaar;
- vergelijking kostenstijging met tariefstijging en toename aantal zittingen per jaar;
- kosten per verzekerde naar leeftijd;
- kosten en productie fysiotherapie;
- aantal zittingen voor aandoening;
- aantal fysiotherapeuten;
- aantal zittingen fysiotherapie voor aandoeningen op de lijst en niet op de lijst;
- productie fysiotherapie in de praktijkruimte, buiten de praktijkruimte, groepsbehandeling en heilgymnast/masseur.

*CTZ Uitvoeringsverslag 2004*¹⁶⁶

In dit uitvoeringsverslag is informatie opgenomen over het beleid ten aanzien van:

- beschikbaarheid, tijdigheid en doelmatigheid van paramedische zorg;
- initiatieven, activiteiten en resultaten van inkoop van paramedische zorg;
- beoogde en behaalde resultaten bij regeling initiatiefruimte ziekenfondsverzekering voorzover al niet vermeld;
- relevante activiteiten voor kostenbewaking (materiële controle en indicatiecontrole).

*Beroepsmonitor Fysiotherapie*¹⁶⁷

In 2003 heeft het KNGF de Beroepsmonitor voor het eerst in gebruik genomen. De monitor is bedoeld als intern beleidsinstrument. De Beroepsmonitor bestaat uit drie vragenlijsten die elk worden ingevuld door een representatieve groep uit de beroepsgroep. Er is een vragenlijst Kwaliteit, een vragenlijst Dienstverlening en een vragenlijst Praktijkvoering. Ook gaat het KNGF met de Beroepsmonitor na of de meningen van de fysiotherapeuten aan het veranderen zijn, of bepaalde producten aan de behoefte voldoen en of er draagvlak is voor een bestuursbeslissing.

De metingen vinden ten minste één keer per jaar plaats zodat het KNGF structureel beschikt over actuele informatie, zowel feitelijk als oordeelvormend. De fysiotherapeuten die de vragenlijsten invullen, zijn in 2003 willekeurig geselecteerd. De antwoorden worden volledig geanonimiseerd. Het verwerken van alle gegevens uit de vragenlijsten is uitbesteed aan het ITS, het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen.

- Vragenlijst Kwaliteit
Registratie Centraal Kwaliteitsregister, gebruik richtlijnen, professionalisering (onder andere kinder- en manueeltherapie), lidmaatschappen (KNGF, beroepsinhoudelijke verenigingen),

165 CVZorgcijfers editie 1998-2003, College voor Zorgverzekeringen, Diemen, augustus 2004

166 CTZ/CVZ handleiding uitvoeringsverslag ZFW 2004, Diemen, februari 2004

167 www.kngf.nl

bekendheid en bijdrage Regionale Genootschappen Fysiotherapie en Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie, arbeidstevredenheid en toekomstvisie.

- **Vragenlijst Dienstverlening**
Het gebruik van de internetpagina van het KNGF (www.fysionet.nl), het lezen van de nieuwsbrief, tevredenheid informatiemateriaal, toegankelijkheid ledenvoorlichting, telefonische bereikbaarheid hoofdkantoor en openingstijden regiokantoor, het lezen van tijdschriften en de deelname aan het KNGF-congres
Het gebruik van pc, internet en e-mail, automatisering en een website voor patiënten.
- **Vragenlijst Praktijkvoering**
Samenwerken tussen fysiotherapeuten onderling, tussen fysiotherapeuten en medisch specialisten en tussen fysiotherapeuten en andere paramedici (zoals ergotherapeuten, oefentherapeuten), het dagelijks handelen (zoals vaststellen diagnose, opstellen behandelplan, enzovoort.).

In de beroepsmonitor wordt daarnaast aandacht besteed aan verschillende andere aspecten zoals ondernemerschap, directe toegang zonder verwijzing, patiënttevredenheid, certificering, het aanbieden van andere diensten/activiteiten anders dan reguliere fysiotherapie en evaluatie van specifieke KNGFrichtlijnen.

Daarnaast is het KNGF bezig met het project consumptie fysiotherapie. In het kader van dit project wordt via de software van de fysiotherapeut informatie verzameld. Het betreft een samenwerkingsverband tussen een extern onderzoeksbureau, de softwareleveranciers, en de fysiotherapeut. Dit project bevindt zich in de testfase. Het doel van dit project is om onder andere inzicht te krijgen in de vraag (toe- of afname) naar fysiotherapie en de prijs en kosten van het product.

Klachtenregeling

Er is een aantal klachtenregelingen waar fysiotherapeuten onder vallen/zich bij kunnen aansluiten.

- Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg¹⁶⁸
Iedereen die van mening is dat er tijdens een behandeling iets is misgegaan, kan daarover een klacht indienen bij een tuchtcollege. Op de internetpagina staan de uitspraken over de zaken die door het tuchtcollege behandeld zijn.
- KNGF-klachtenregeling¹⁶⁹. Het gros van de fysiotherapeuten is hierbij aangesloten. Jaarlijks komt er een openbaar verslag uit over het voorgaande kalenderjaar. Dit overzicht bevat in ieder geval het aantal en de aard van de behandelde klachten. Het jaarverslag wordt toegezonden naar belanghebbende regionale inspecteurs en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Tuchtrecht BIG-register¹⁷⁰. Alle beroepsbeoefenaren die geregistreerd zijn in het BIG-register vallen onder het tuchtrecht. Alleen uitspraken die gevolgen hebben voor de beroepsuitoefening worden aangetekend in het BIG-register. Waarschuwingen, berispingen en boetes worden niet in het BIG-register aangetekend.

168 <http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl>

169 <http://www.kngf.nl>

170 <http://www.bigregister.nl>

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Indien er een klacht binnen komt bij de IGZ, wordt deze klacht in behandeling genomen en onderzocht. Er is geen periodieke controle van de fysiotherapeuten.

BIJLAGE 1: AFKORTINGEN

BKZ	Budgettair Kader Zorg
CPB	Centraal Planbureau
CBZ	College bouw ziekenhuisvoorzieningen
CKR	Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CTG/ZAio	College tarieven gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor Zorgvoorzieningen
DBC	Diagnose behandelingcombinatie
EG	Europese Gemeenschap
iBMG	Instituut Beleid en Management voor de Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
KPZ	Kontaktkommissie Publiekrechtelijke Ziektelkostenregelingen voor ambtenaren
MDS	Minimale dataset
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
LiPZ	Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
TTP	Trusted third party
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
VvOCM	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar & Mensendieck
VVF	Vereniging van Vrijgevestigde fysiotherapeuten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTzi	Wetsvoorstel toelating zorginstellingen
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

BIJLAGE 2: DOELSTELLINGEN VAN PARTIJEN OP HET GEBIED VAN KWALITEITSMETING

IGZ

IGZ is de primaire toezichthouder op het gebied van medische kwaliteit. IGZ bewaakt de minimale kwaliteit van zorg ten aanzien van randvoorwaarden (opleidingsniveau, dossieropbouw, bouw, inrichting, werk en rusttijden etc.), de behandeling/verzorging/verpleging zelf (de door de beroepsgroep/sector vastgestelde normen) en de borging van het kwaliteitssysteem van de instelling (incidentenregistratie, overlegafspraken, bijscholing etc.).

CVZ

CVZ heeft als missie het bewaken en ontwikkelen van publieke randvoorwaarden van het zorgstelsel zodat de burgers hun aanspraak op zorg kunnen realiseren. Hiertoe biedt CVZ 'wegbereidende' producten en diensten voor overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers. Zo heeft het CVZ samen met het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de patiëntenorganisaties het begrip kwaliteit van zorg gedefinieerd:

“Het steeds beter voldoen aan de noden en wensen van de patiënt/cliënt.”¹⁷¹

Vervolgens hebben genoemde partijen dit begrip kwaliteit verder geconcretiseerd naar zes dimensies van kwaliteit, die zijn overgenomen van de Committee on the quality of healthcare in de VS.¹⁷² Deze dimensies zijn: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, efficiëntie, tijdigheid en toegankelijkheid. Vervolgens is vastgesteld dat deze dimensies kunnen verschillen per zorgvorm: zo zullen aan patiëntgerichtheid bij het leveren van chronische zorg veel hogere eisen worden gesteld dan bij acute zorg, waar bereikbaarheid en effectiviteit weer de nadruk zullen hebben.

CTZ

Het CTZ moet toezien op de uitvoering van de Ziekenfondswet (ZFW) waarin staat dat ziekenfondsen deze rechtmatig en doelmatig moeten uitvoeren. Onder de doelmatigheid heeft het CTZ de beoordeling van de zorginkoop opgepakt. Onderdeel hiervan is dat het CTZ per verstrekking (ziekenhuiszorg, farmaceutische zorg etc.) ook oordeelt over de gerealiseerde resultaten voortkomend uit de inspanningen van verzekeraars om kwaliteitsafspraken te maken en om de nakoming hiervan te controleren. Het oordeel giet CTZ vervolgens in een prestatiemeting. De verstrekking fysiotherapeutische zorg heeft het CTZ vooralsnog niet meegenomen in dit onderzoeksprogramma vanwege het beperkte materiële en financiële belang.

Consumentenbond

Doelstelling van de Consumentenbond m.b.t. kwaliteitsinformatie van zorg is vergelijkende informatie bieden waarmee consumenten de voor hen juiste keuze kunnen maken. Het verrichten van onderzoek naar welke informatie over de kwaliteit van zorg consumenten in staat stellen een keuze te maken, het stimuleren en aanjagen van het beschikbaar komen van deze informatie is verantwoordelijkheid van de Consumentenbond die hieruit voortkomt.

171 Schellekens W., Everdingen J van, "Definiering van kwaliteit. Kwaliteit in de gezondheidszorg. In: Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg. Houten: Bohn en Staffleu Van Loghum, 2001: 29-33.

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

NPCF

Doelstelling van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is de opvatting van patiënten en consumenten maatgevend te laten zijn bij de beoordeling van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg; waarbij publicatie van kwaliteitsinformatie een prikkel voor kwaliteitsverbetering is en een bijdrage levert aan de keuze voor een zorginstelling/aanbieder door patiënten- en consumenten. Het stimuleren en aanjagen van het beschikbaar komen van voldoende informatie over de kwaliteit van zorg vanuit patiënten- en consumentenperspectief is een taak van NPCF die voortkomt uit de doelstelling.

ZN

Doelstelling van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) m.b.t. kwaliteitsinformatie is het faciliteren en begeleiden van zorgverzekeraars. Uitgangspunt is dat zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de inkoop van doelmatige zorg van goede kwaliteit op basis van de zorgvraag van verzekerden. Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders waarbij de zorgverzekeraars zelf kiezen voor de invulling van de kwaliteitsparagrafen. De faciliterende en begeleidende rol van ZN blijkt o.a. uit de ontwikkeling van een DBC-handboek voor ziekenhuiszorg waarin DBC's worden beschreven.¹⁷³

KNGF

KNGF heeft verschillende taken en verantwoordelijkheden: belangenorganisatie, beroepsorganisatie, brancheorganisatie, vakbond, kenniscentrum en aanbieder van collectieve verzekeringen. Vanuit de taak een kenniscentrum te zijn, volgt ten aanzien van kwaliteit de doelstelling het waarborgen van de kwaliteit van de fysiotherapeut die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR).

Inventarisatie beschikbare kwaliteitsinformatie

Om zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande instrumenten en informatiestromen heeft een inventarisatie plaatsgevonden van de beschikbare kwaliteitsinformatie over fysiotherapie bij IGZ, CVZ, CTZ, RIVM, Ministerie van VWS, ZN, Consumentenbond, NPCF en KNGF. In deze paragraaf zal alleen aandacht worden besteed aan die instellingen die daadwerkelijk initiatieven op het gebied van kwaliteitszorg ontplooid hebben.

IGZ

IGZ onderzoekt de sector fysiotherapie steekproefsgewijs als er klachten binnenkomen. Meldingen worden op naam van de fysiotherapeut geregistreerd. Bij IGZ zijn gegevens beschikbaar over het aantal en type meldingen. IGZ heeft in 2003 over fysiotherapeuten 6 meldingen ontvangen en onderzocht. Deze gegevens zijn echter niet publiek toegankelijk.

CTZ

Het CTZ verricht per deelgebied onderzoek naar afspraken op o.a. het gebied van kwaliteit van zorg. Tot de onderzochte deelgebieden behoort fysiotherapie niet. Wel heeft het CTZ in het verleden aandacht besteed aan fysiotherapeutische zorg. Het meest recente CTZ-rapport betreft het aanbesteden bij het inkopen van fysiotherapeutische zorg in de periode 1999-2002.¹⁷⁴

173 ZN, DBC inkoopgids: zorgverzekeraars aanzet met inhoud, kwaliteit en prijs, januari 2004.

174 CTZ, oktober 2002, Aanbesteden fysiotherapeutische zorg.

RIVM

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de opdracht gekregen om een portalorganisatie op te starten. RIVM komt eind 2004 met de eerste resultaten op internet: een keuzegids zorgverzekeraars, een keuzegids ziekenhuizen en een keuzegids bijbetalingen geneesmiddelen. In 2005 wordt de informatie op internet uitgebreid met een keuzegids voor verpleging, verzorging en thuiszorg. De gidsen bevatten o.a. vergelijkende kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders.¹⁷⁵ In beginsel zal de portalorganisatie zelf geen informatie genereren.¹⁷⁶ Dit betekent dat zolang andere partijen niet over kwaliteitsinformatie beschikken m.b.t. fysiotherapie, de portalorganisatie ook niet over deze informatie kan beschikken.

KNGF

Het KNGF beschikt met het CKR over een uitgebreid systeem om te waarborgen dat een zorgverlener (fysiotherapeut) voldoet aan minimum kwaliteitseisen. Om in aanmerking te komen voor inschrijving of voor herregistratie in het CKR moet een fysiotherapeut voldoen aan een aantal eisen: inschrijving in het BIG-register, deelname klachtenregeling, verplichte scholing, behalen studiepunten (accreditatiepunten) door na- en bijscholing, deelname IOF, werken conform de KNGF-richtlijnen, hanteren van kwaliteitsdeelsysteem, voldoen aan de werkeis. Alle in het CKR opgenomen fysiotherapeuten voldoen aan de door het KNGF opgestelde minimum kwaliteitseisen. Het Register bestaat uit 7 deelregisters: algemeen practicus, fysiotherapie in de geriatrie, kindfysiotherapeuten, manueeltherapeuten, sportfysiotherapeuten, bekkenfysiotherapeuten en oedeemtherapeuten. Bij het monitoren van kwaliteit zal CTG/ZAio gebruik maken van gegevens over het percentage in het CKR geregistreerde 1^e lijnsfysiotherapeuten en de inschrijving in deelregisters. Op dit moment zijn 14.000 1^e en 2^e lijnfysiotherapeuten geregistreerd in het CKR. Van de 1^e lijnsfysiotherapeuten die in Nederland actief zijn, is 85 tot 90% geregistreerd. Verder kent het KNGF (regionale) netwerken op aandoeningniveau waarbinnen o.a. aandacht wordt besteed aan deskundigheidsbevordering. Het KNGF gaat op korte termijn registreren van welke regionale netwerken een fysiotherapeut deel uitmaakt. CTG/ZAio zal, indien beschikbaar, gebruik maken van gegevens over deelname van fysiotherapeuten aan regionale netwerken. Een tweede initiatief dat door het KNGF ingang is gezet betreft de ontwikkeling van HKZ-certificering voor 1^e lijnsfysiotherapeuten. Bij deze certificering staat de organisatorische kwaliteit en veiligheid van apparatuur centraal. Omdat de implementatie van HKZ-certificering een jarendurend proces is, zijn er voorlopig geen data beschikbaar m.b.t. organisatorische kwaliteit en veiligheid. Recent is door KNGF een vragenlijst ontwikkeld om de patiënttevredenheid te meten. Gebruik van deze vragenlijst is niet verplicht en gegevens over de patiënttevredenheid zijn dan ook slechts beschikbaar voor een klein deel van de 1^e lijnsfysiotherapeuten. Het KNGF heeft voor 13 aandoeningen richtlijnen ontwikkeld: acuut enkelletsel, COPD (Chronisch Obstructieve Longaandoeningen), stress-urine-incontinentie, artrose heup-knie, lage-rugpijn, osteoporose, whiplash, hartrevalidatie, chronisch enkelletsel, claudicatio intermittens, manuele therapie bij lage-rugpijn, ziekte van Parkinson en beroerte. In elke richtlijn wordt een indicatie gegeven van de behandelduur. De indicatie gaat uit van de ideale patiënt met de ideale klacht. Inzicht en daarmee data van de effectiviteit op individueel niveau ontbreekt.

Voor de beschikbare kwaliteitsinformatie uit het CKR geldt dus dat informatie op productniveau ontbreekt. Verder wordt geen onderscheid gemaakt naar kwaliteitsverschillen tussen fysiotherapeuten waardoor de door CTG/ZAio gewenste transparantie m.b.t. dit aspect ontbreekt. Met betrekking tot de

175 VWS, brief RIVM start portalorganisatie, kenmerk: Z/TPC-2513352

176 Cap Gemini Ernst & Young Nederland B.V., Programma van eisen voor het opzetten en continueren van een portalorganisatie voor zorggebruikers.

door KNGF ontwikkelde vragenlijst voor het meten van de patiënttevredenheid geldt dat het op vrijwillige basis meten van de patiënttevredenheid door fysiotherapeuten mogelijkheden biedt tot ongewenste selectie. De uitkomsten uit deze vragenlijst geven daarom geen representatief beeld van de echte tevredenheid onder patiënten en zijn niet bruikbaar als instrument om deze tevredenheid te meten.

Conclusie:

Uit de inventarisatie van de beschikbare kwaliteitsinformatie voor de sector fysiotherapie blijkt dat de Consumentenbond, CVZ, CTZ, Ministerie van VWS, RIVM, ZN, NPCF, zelf geen data verzamelen over fysiotherapie. IGZ en KNGF zijn partijen die wel kwaliteitsinformatie verzamelen voor de sector fysiotherapie.

Voor de sector fysiotherapie ontbreken prestatiebeschrijvingen op productniveau. Daardoor kunnen kwaliteitsindicatoren alleen opgesteld worden voor een 'zitting' die een scala aan verschillende behandelingen kan omvatten. Het is dus niet mogelijk om per type behandeling kwaliteitsindicatoren op te stellen. Op basis van de beschikbare informatie stelt CTG/ZAio dan ook dat voor de sector fysiotherapie op dit moment geen prestatie-indicatoren op productniveau voorhanden zijn en dat de ontwikkeling hiervan ook niet plaatsvindt. Hierdoor kunnen verzekeraars niet goed onderhandelen over het zorgproduct en kunnen zij niet tot resultaatgerichte, efficiënte en volledige afspraken met fysiotherapeuten komen. Consumenten kunnen door het ontbreken van transparante informatie geen onderbouwde keuzes maken tussen de verschillende fysiotherapeuten.

Om concurrentie van de grond te laten komen moeten marktpartijen informatie hebben over prijzen, kwaliteit en hoeveelheden. Ook toezichthouders hebben informatie over kwaliteit nodig, om prijsniveau's en prijsverschillen op waarde te kunnen schatten. Vanwege het belang van standaardisatie en objectiviteit en het grote risico dat individuele marktpartijen onvoldoende in transparantie zullen investeren, ligt hier een taak voor de overheid. Zoals eerder in deze bijlage vermeld zijn er inmiddels een aantal initiatieven ontplooid met als doel tot meer transparantie van de geleverde fysiotherapeutische zorg te komen. Met het oog op het bevorderen van concurrentie stelt CTG/ZAio evenwel aanvullende eisen aan transparantie: de informatie moet vergelijkbaar zijn, worden gepubliceerd en betrekking hebben op individuele producten/diensten en fysiotherapeuten.