

Consultatiedocument

Dieetadvisering

Een analyse naar de mogelijkheden voor vrije
prijsvorming op de markt voor dieetadvisering

januari 2008

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
De meetlat	7
Voorlopige conclusie	10
Overzicht van consultatievragen	12
1. Inleiding	15
1.1 Aanleiding	15
1.2 Doelstelling rapport	16
1.3 Consultatieprocedure	16
1.4 Informatiebronnen	17
1.5 Opbouw consultatiedocument	17
2. De markt voor dieetadvisering	19
2.1 Wat is dieetadvisering?	19
2.2 Zijn er voldoende aanbieders op de markt?	21
2.2.1 Huidig aanbod van dieetadvisering	21
2.2.2 Vraag versus aanbod	22
2.2.3 Ontwikkelingen op de markt	22
2.3 Keuzemogelijkheden voor de consument	24
2.3.1 Transparantie op de markt	24
2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen	24
2.3.1.2 Transparantie van kwaliteit	25
2.3.1.3 Transparantie van prijs	26
2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden	26
3. Marktgedrag	29
3.1 Inkoopprikkels	29
3.1.1 Zorgverzekeraar	29
3.1.2 Verzekerde	30
3.1.3 Marktverhoudingen	31
3.1.3.1 Verzekeraar	32
3.1.3.2 Aanbieder	32
3.1.3.3 Verzekerde	33
3.2 Anticompetitieve gedragingen	33
3.2.1 Te hoge prijzen	33
3.2.2 Te lage prijzen	34
3.2.3 Samenwerking tussen zorgaanbieders onderling	35
3.2.4 Misbruik inkoopmacht	36
3.3 Externe effecten	38
3.3.1 Inleiding	38
3.3.2 Afwenteleffecten	38
3.3.3 Ketenzorg/spillover effecten	39
3.3.4 Volume-effecten (supplier induced demand, upcoding)	40
4. Lastendruk-/veranderingskosten	43
4.1 Lastendruk	43
4.2 Veranderingskosten	44
5. Monitoren marktontwikkelingen	47
Bijlage I Begrippenlijst	49

Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument dieetadviesing. Dit document bevat een analyse naar de mogelijkheden van vrije prijsvorming voor de markt van dieetadviesing. Voor dit consultatiedocument is gebruik gemaakt van een meetlat die de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) in februari 2007 heeft gepubliceerd. De invulling van de meetlat geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen voldoende geborgd zijn in een markt met vrije prijsvorming en of een markt kan worden vrijgegeven of niet. Na de markten voor eerstelijnspsychologie, oefentherapie en mondzorg is de markt voor dieetadviesing de vierde markt die in het kader van het programma liberalisering vrije beroepen wordt onderzocht.

Een belangrijke doelstelling van het consultatiedocument is om te toetsen of de in dit document gepresenteerde marktanalyse juist en volledig is. Dit rapport wordt ter consultatie voorgelegd aan overheidsorganisaties, verzekeraars, aanbieders, brancheorganisaties, onafhankelijke deskundigen en wetenschappelijke organisaties. Het document wordt ook op de internetsite van de NZa geplaatst.

Wij nodigen u uit om op de in dit document opgenomen vragen te reageren. Uw bijdrage helpt ons om een juiste weergave van de markt te schetsen en eventuele onjuistheden weg te nemen. Daarnaast dient de consultatie om inzicht te krijgen in de vraag of de prijzen op de markt voor dieetadviesing vrijgegeven kunnen worden of niet.

Dit consultatiedocument geeft nog geen advies over het al dan niet vrijgeven van de markt voor dieetadviesing. Het presenteert wel een voorlopige conclusie. De in dit document gepresenteerde marktanalyse ligt hieraan ten grondslag. Aan deze voorlopige conclusie kunnen geen rechten worden ontleend. In het visiedocument, dat wordt opgesteld op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop, neemt de NZa wel een advies op over het al dan niet vrijgeven van de markt die is geanalyseerd. Het visiedocument wordt in april 2008 gepubliceerd.

De NZa hanteert een openbare consultatieprocedure. Uw bijdrage is daarom in principe openbare informatie. Waar relevant wordt in het document verwezen naar individuele bijdragen. Een overzicht van de reacties wordt op onze website www.nza.nl gepubliceerd.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



mw. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

De laatste jaren is het Nederlandse gezondheidszorgstelsel flink gewijzigd met als doel een vraaggestuurd, kwalitatief goed en doelmatig zorgstelsel te realiseren.

De NZa heeft in het nieuwe stelsel een belangrijke taak als maker en bewaker van goed werkende zorgmarkten en beschermer van het consumentenbelang. In navolging van het experiment fysiotherapie, waar sinds 1 februari 2005 een experiment is gestart met vrije prijzen en waar nu vrije prijzen gelden, worden de markten waarop de andere vrije beroepen opereren geanalyseerd om te bezien of deze kunnen worden vrijgegeven. In dit document staat de markt voor extramurale zelfstandige dieetadviesing centraal.

In dit consultatiedocument ligt de focus op twee aanbieders van dieetadviesing. Te weten de vrijgevestigde diëtisten en diëtisten die werkzaam zijn in de extramurale dieetadviesing bij (thuiszorg-) instellingen. De totale zorguitgaven aan dieetadviesing onder het Budgettair Kader Zorg bedroegen in 2007 28 miljoen euro.

De meetlat

Om te bepalen of er op een markt al dan niet ruimte is voor vrije prijzen heeft de NZa de meetlat gehanteerd die gepresenteerd is in het "Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg". In de meetlat zijn factoren opgenomen die ervoor zorgen dat de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn en het consumentenbelang geborgd is. Aan deze meetlat heeft de NZa een aantal mogelijke anticompetitieve gedragingen zoals kartelvorming toegevoegd. Hiervoor is gekozen omdat anticompetitieve gedragingen veel effect kunnen hebben op een goede werking van de markt voor dieetadviesing. Het is derhalve van belang om hier vooraf een goede inschatting van te maken. Bij de externe effecten ligt de focus op de aspecten die zich ook daadwerkelijk zouden kunnen voordoen op de markt voor dieetadviesing.

Tabel 1 geeft de invulling van de meetlat voor de markt voor dieetadviesing. In de meetlat is met "plussen" en "minnen" aangegeven of aan een bepaalde voorwaarde voor een goed werkende markt is voldaan. Een plus moet hierbij worden geïnterpreteerd als zijnde positief voor de belangen van de consument. In de tabel is tevens aangegeven of een factor een start of een ingroei criterium is.¹ Start en ingroei criteria zijn beide even essentieel voor een goede werking van de markt. Wel is de rol die de overheid kan spelen bij het oplossen van eventuele risico's voor marktwerking verschillend. Bij een ingroei criterium kan het ontbreken van de juiste initiële condities worden opgelost door de markt zelf of door optreden van de overheid. Bij een start criterium is deze rol kleiner.

Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat er voldoende aanbod is om uit te kiezen, dat er voldoende informatie is om een goede keuze te kunnen maken tussen aanbieders, zodat de consument kan kiezen voor de aanbieder met de voor hem beste

¹ In het visiedocument "Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg" werden de criteria start en ingroei, respectievelijk hard en zacht genoemd.

prijs- kwaliteit verhouding. Daarnaast is het van belang dat marktpartijen de werking van de markt niet belemmeren door bijvoorbeeld misbruik te maken van hun machtspositie.

Tabel 1. Ingevulde meetlat voor dieetadvisering

		Beoordeling	Start of ingroei* criterium
Transparantie			
1	Heldere prestatiebeschrijvingen	+/-	Ingroei
2	Kwaliteit geleverde zorg is transparant	-	Ingroei
3	Prijs geleverde zorg is transparant	+	Ingroei
Markttoegang			
4	Voldoende aanbieders?	+	Start
5	Toetredingsdrempels	+	Start
6	De patiënt kan eenvoudig een aanbieder kiezen en van aanbieder overstappen	+/-	Ingroei
Marktgedrag partijen			
7	Prikkel voor de verzekeraar om goed in te kopen	+/-	Start
8	Prikkel voor de consument om goed in te kopen	+/-	Start
9	Marktverhoudingen	+	Ingroei
Anticompetitieve gedragingen			
10	Te hoge prijzen	+	Ingroei
11	Te lage prijzen	+	Ingroei
12	Kartelvorming	+	Ingroei
13	Misbruik inkoopmacht	+/-	Ingroei
Negatieve externe effecten			
13	Afwenteleffecten	+	Start
14	Keteneffecten	+	Start
15	Volume-effecten	+/-	Ingroei
16	Risico- selectie	+	Ingroei
Transactie/veranderingskosten			
17	Lastendruk en veranderingskosten	+	Ingroei

Zoals uit de meetlat valt af te leiden, voldoet de markt voor dieetadvisering aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt:

- **Kwaliteit** De minimum kwaliteit op de markt is goed geborgd.
- **Voldoende aanbieders** Op dit moment lijkt er in de markt voor dieetadvisering nauwelijks schaarste te zijn. Er is geen sprake van wachtlijsten. Bij een eventuele toename van de vraag naar dieetadvisering (mogelijke schaarste) kunnen huidige aanbieders hun aanbod uitbreiden. Andere aanbieders zoals gewichtsconsulenten kunnen daarnaast bepaalde onderdelen van dieetadvisering ook aanbieden zodat er extra aanbod beschikbaar komt. Op lange termijn geldt dat er nauwelijks sprake is van toetredingsdrempels tot deze markt. Nieuwe aanbieders kunnen dus eenvoudig tot de markt toetreden en een eventuele toename van de vraag voor hun rekening nemen.

- **Marktverhoudingen** De verzekeraar beschikt over een goede onderhandelingspositie op de markt voor dieetadvisering. Er opereren voldoende aanbieders op de markt.
- **Anti- competitieve gedragingen** Het risico op te hoge prijzen in de markt voor dieetadvisering is beperkt. Verzekeraars beschikken over voldoende inkoopmacht en er is geen schaarste op de markt. Hetzelfde geldt voor te lage prijzen. Doordat er geen toetredingsdrempels op de markt zijn, kan het geen lange termijn strategie zijn om de prijzen nu lager te zetten met de intentie om de concurrentie uit te schakelen en later hogere prijzen te vragen. Ook het risico dat thuiszorginstellingen te lage prijzen gaan vragen, lijkt beperkt. Het risico op collusie lijkt ook beperkt. Misbruik van inkoopmacht kan zich voordoen, maar ook hier geldt dat het risico beperkt is. Verzekeraars beschikken aan de ene kant over inkoopmacht en ervaren geen externe prikkels om goed in te kopen vanuit de consument omdat deze niet let op de door de verzekeraar ingekochte zorg bij het afsluiten van een polis. Het risico op misbruik is daarom aanwezig. Aan de andere kant ervaren verzekeraars ook geen prikkel om misbruik te maken van hun inkoopmacht gezien de relatief geringe schadelast die de uitgaven aan dieetadvisering met zich meebrengen. Verzekeraars moeten ook voldoen aan hun zorgplicht. Dit geldt voor de zorg die is ondergebracht in de basisverzekering. Voor dieetadvisering zijn dit de eerste vier uur. Het gemiddeld aantal behandelingen per patiënt bedraagt vijf uur. Deze aspecten beperken het risico op misbruik van inkoopmacht door verzekeraars. Hoewel de kans op anti- competitieve gedragingen klein is, beschikken de NZa en de NMa daarnaast over voldoende instrumenten om eventuele ongewenste gedragingen te corrigeren. Om er voor te zorgen dat misbruik van inkoopmacht niet tot een slechtere kwaliteit leidt, is het belangrijk dat er prestatie-indicatoren worden ontwikkeld die de ontwikkeling in kwaliteit goed kunnen weergeven. Een eventuele kwaliteitsverslechtering kan dan worden opgemerkt.
- **Externe effecten** De kans op negatieve externe effecten bij het mogelijk vrijgeven van prijzen is gering. Er doen zich geen afwenteleffecten voor omdat diëtisten hiervoor niet over de mogelijkheid beschikken en niet de prikkel ervaren. De kans op negatieve keteneffecten is klein. Vrije prijsvorming kan juist een stimulans geven aan meer samenwerking binnen de beroepsgroep en met andere beroepsgroepen. De kans op volume effecten is aanwezig. Aanbieders zullen prikkels ervaren om meer volume te draaien en het risico op volume-effecten wordt verhoogd door het grote aantal indirecte uren. Verzekeraars beschikken echter over voldoende mogelijkheden om het volume te beheersen.
- **Lastendruk en veranderingskosten** De lastendruk is groter in een systeem met regulering dan in een systeem van vrije prijsvorming. De introductie van vrije prijsvorming leidt wel tot een beperkte toename van de lastendruk. Dit zijn echter incidentele kosten. Structureel verdwijnen de kosten die verbonden zijn aan de tarifiering. De transactiekosten kunnen wel toenemen. Deze laatste hangen samen met eventuele onderhandelingen over contracten en hoe het contractproces ten op zichten van de huidige situatie verandert. Deze toename in kosten moet worden afgezet tegen de baten van vrije prijsvorming. Het gaat bij deze baten om aspecten zoals: meer mogelijkheden om in kwaliteit te investeren, meer variatie in het aanbod, klantgericht werken, de mogelijkheid om beter in te spelen

op regionale omstandigheden en betere prikkels om efficiënt te werken.

De belangrijkste knelpunten voor een goede werking van de markt zijn het relatieve gebrek aan inkooprikkels voor de consument en de verzekeraar en het gebrek aan transparantie op de markt op het gebied van kwaliteit

- **Transparantie** Momenteel zijn de kwaliteitsverschillen tussen diëtisten niet inzichtelijk. Hierdoor is het voor verzekeraars en consumenten moeilijk om aanbieders met elkaar te vergelijken en de beste aanbieder te kiezen. De oplossing hiervoor is het ontwikkelen van prestatie-indicatoren, specifiek uitkomst-indicatoren.
- **Prikkels verzekeraar** Verzekeraars ervaren beperkte prikkels om goed in te kopen. Zij ervaren vooral een beperkte prikkel om op de prijs van de zorg te letten. Verzekeraars moeten aan de andere kant wel voldoen aan de zorgplicht voor die zorg die onder de basisverzekering valt.² Daarnaast zijn er maatschappelijke ontwikkelingen bezig die deze prikkel vergroten zoals de toenemende aandacht voor preventie.
- **Prikkels consument** De consument ervaart ook een beperkte prikkel om goed in te kopen en op de prijs te letten omdat hij via de basisverzekering verzekerd is voor de eerste vier uur door diëtisten verleende zorg. De consument gaat wel op de kwaliteit van de zorg letten indien dit transparant is. Dit is echter nu niet het geval. Hij wil uiteraard de hoogst mogelijke kwaliteit voor het product waarvoor hij verzekerd is.

Voorlopige conclusie

Op basis van bovenstaande analyse komt de NZa tot de voorlopige conclusie dat de juiste marktcondities aanwezig zijn voor vrije prijsvorming. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat een vrije markt de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid gaat schaden. Vrije prijsvorming leidt juist tot een beter resultaat voor de consument. Het vrijgeven van prijzen geeft naar verwachting verzekeraars en aanbieders meer vrijheden om klantgericht te werken. Het loslaten van prijzen geeft partijen bijvoorbeeld de ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant en biedt meer mogelijkheden voor ondernemerschap. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich met deze producten en diensten ook beter van elkaar onderscheiden. Ook geeft het een prikkel om de transparantie in de markt te vergroten.

Met betrekking tot de hierboven genoemde knelpunten geldt dat regulering hier geen betere oplossing voor biedt. Onder een maximumtarief hebben verzekeraars geen sterke prikkels om goed in te kopen of in kwaliteit te investeren. Voor aanbieders geldt dat er geen prikkel is om zich van elkaar te onderscheiden. Juist een vrije markt geeft diëtisten en verzekeraars stimulansen om in kwaliteit te investeren en producten te ontwikkelen. De prikkels die verzekeraars en consumenten ervaren om goed in te kopen zijn op voorhand ook moeilijk in te schatten. Dit hangt namelijk nauw samen met het vrijgeven van een markt. De dynamiek die een vrije markt met zich meebrengt, kan ervoor zorgen dat deze prikkels sterker worden. Het ontwikkelen en implementeren van prestatie-indicatoren kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

² Dit geldt in minder mate als er sprake is van een restitutieverzekering.

Consultatievraag 1

Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat vrije prijsvorming het best de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor dieetadviesering borgt? Zo nee, waarom niet en wat is het alternatief?

Overzicht van consultatievragen

Consultatievraag 1

Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat vrije prijsvorming het best de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor dieetadvisering borgt? Zo nee, waarom niet en wat is het alternatief?

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van door diëtisten verleende zorg? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 3

Kunt u zich vinden in de analyse dat er geen substituten zijn voor diëtisten (vrijgevestigd of werkzaam in een thuiszorginstelling) behalve op een aantal specifieke onderdelen? Rekent u diëtisten werkzaam in ziekenhuizen ook als substituut?

Consultatievraag 4

Bent u van mening dat er sprake is van voldoende aanbod van partijen die dieetadvisering aanbieden? Denkt u dat, wanneer er schaarste op de markt optreedt, het aanbod zal toenemen door bovenstaande mogelijkheden?

Consultatievraag 5

Bent u het eens met de analyse dat er geen sprake is van toetredingsdrempels op de markt voor dieetadvisering?

Consultatievraag 6

Bent u van mening dat met de huidige prestatiebeschrijving zowel de consument als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten wat zij inkopen respectievelijk aanbieden? Zo niet, kunt u concreet aangeven hoe de huidige prestatiebeschrijving verbeterd kan worden?

Consultatievraag 7

Onderschrijft u het belang van het ontwikkelen van prestatie-indicatoren? Welke rol ziet u weggelegd voor de NZa?

Consultatievraag 8

Deelt u de analyse van de NZa dat er een gebrek aan transparantie is op de markt voor dieetadvisering en dat er voldoende overstapmogelijkheden zijn voor de consument?

Consultatievraag 9

Is de analyse over de prikkels van partijen om goed in te kopen volledig en correct? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 10

Is de analyse over marktverhoudingen volledig en correct? Zo niet, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 11

Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo nee, waarom niet?

Consultatievraag 12

Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te lage prijzen op de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 13

Deelt u de analyse dat het risico van kartelvorming (collusie) in de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 14

Deelt u de mening van de NZa dat het risico dat verzekeraars misbruik maken van hun inkoopmacht beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 15

Mist u naast de hierboven genoemde anticompetitieve gedragingen nog andere gedragingen die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening gehouden moet worden?

Consultatievraag 16

Kunt u zich in de analyse vinden dat een eventuele introductie van vrije prijsvorming op de markt voor dieetadvisering geen risico met betrekking tot afwenteleffecten met zich meebrengt?

Consultatievraag 17

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming geen negatieve effecten heeft op ketenzorg, maar juist een prikkel tot onderlinge samenwerking of samenwerking met andere zorgaanbieders kan geven?

Consultatievraag 18

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat er bij de introductie van vrije prijsvorming bij dieetadvisering een beperkt risico op volume-effecten bestaat?

Consultatievraag 19

Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening moet worden gehouden?

Consultatievraag 20

Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over lastendruk- en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Nu de eerste positieve ervaringen met het experiment fysiotherapie zijn opgedaan, is het tijd om te kijken welke andere beroepsgroepen mogelijk in aanmerking komen voor vrije prijsvorming.³ Dit sluit aan bij de missie van de NZa, die gericht is op het maken en bewaken van goed werkende zorgmarkten.

In februari 2007 heeft de NZa het visiedocument 'Liberalisering vrije beroepen in de zorg' gepubliceerd.⁴ In dat document presenteert de NZa een meetlat die zij vanaf nu gaat gebruiken om te bezien of een markt kan worden vrijgegeven of niet. Deze meetlat is specifiek ontwikkeld voor de vrije beroepen. De invulling ervan voor een specifieke beroepsgroep geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen voldoende geborgd zijn in een geliberaliseerde markt en of de markt kan worden vrijgegeven of niet. Op basis van de uitkomst van de meetlat adviseert de NZa de minister om een markt vrij te geven of niet. De minister neemt hier uiteindelijk een beslissing over.

In het visiedocument is deze meetlat ingevuld voor alle vrije beroepen om te bepalen welke beroepsgroepen/markten mogelijk kandidaat zijn om vrije prijsvorming te introduceren. Het betrof hier echter niet meer dan een eerste analyse. De invulling was vooral bedoeld om een prioritering aan te brengen in de volgorde waarin de verschillende beroepsgroepen/markten onderzocht worden.

De markt voor dieetadvisering is één van de markten die aangemerkt is als kandidaat om op korte termijn te onderzoeken. In dit consultatiedocument wordt nader bekeken of deze markt zich leent voor vrije prijsvorming. Bij deze analyse staat de invulling van de meetlat centraal. Conform de Wmg die bepaalt dat prestaties functiegericht omschreven moeten worden gaat dit document uit van de prestatie en niet de aanbieder. Prestaties kunnen in de praktijk dus door meerdere aanbieders geleverd worden.

In dit consultatiedocument ligt de focus op twee aanbieders die extramurale dieetadvisering leveren: de vrijgevestigde diëtisten en diëtisten die werkzaam zijn in de extramurale dieetadvisering bij (thuiszorg-)instellingen. De voorlopige conclusie over het vrijgeven van de prijzen op de markt voor dieetadvisering in dit consultatiedocument geldt voor alle aanbieders van extramurale dieetadvisering.

³ De minister heeft besloten om na drie jaar experimenteren met vrije prijzen de markt voor fysiotherapie per 1 januari 2008 definitief vrij te geven. In de experimenteerperiode is gebleken dat de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid goed geborgd zijn in een omgeving van vrije prijsvorming. Het experiment heeft daarnaast geleid tot meer dynamiek in de markt. Verzekeraars en fysiotherapeuten maken meer afspraken over concrete producten en zorgprogramma's voor consumenten. Het experiment heeft daarmee bijgedragen aan het ondernemerschap van fysiotherapeuten. Daarnaast heeft vrije prijsvorming tot meer prikkels voor het leveren van kwaliteit en doelmatigheid geleid. Fysiotherapeuten die een hogere kwaliteit kunnen leveren en efficiënter werken, worden beter beloond. De monitor fysiotherapie 2007 waar deze bevindingen staan beschreven, is te vinden op www.nza.nl

⁴ Dit visiedocument is te vinden op www.nza.nl

Bij het vrijgeven van een markt is het consumentenbelang leidend. Het introduceren van vrije prijsvorming in een sector moet ervoor zorgen dat de consument zijn zorg tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding kan inkopen.

Bij de introductie van vrije prijsvorming gaat het niet alleen om een nieuw financieringssysteem. Het vrijgeven van prijzen geeft verzekeraars en aanbieders meer vrijheden om klantgericht te werken en geeft partijen bijvoorbeeld de ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant en biedt meer mogelijkheden voor ondernemerschap. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich met deze producten en diensten ook beter van elkaar onderscheiden.

Marktwerking is dus geen doel op zich, maar een instrument om de welvaart voor de consument te vergroten. Meer marktwerking betekent niet dat er geen regels meer zijn, maar wel dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden tussen partijen anders toedeelt. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. In plaats van het vaststellen van regels die bepalen wat er moet gebeuren voor welke prijs, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties worden verwacht en welke spelregels gelden.

1.2 Doelstelling rapport

Dit consultatiedocument heeft als doel om:

- een marktanalyse te presenteren van de onderhavige markt (zijn de juiste marktcondities aanwezig voor vrije prijsvorming?);
- marktpartijen te consulteren over de door NZa uitgevoerde analyse;
- op basis van de reacties van partijen het consultatiedocument om te vormen tot een visiedocument.

1.3 Consultatieprocedure

Dit consultatiedocument wordt via een consultatieprocedure voorgelegd. Het wordt opgestuurd naar overheidsorganisaties, wetenschappers en brancheorganisaties met de vraag de in dit document gepresenteerde marktanalyse te toetsen. Daarnaast is het bedoeld om kennis te verzamelen om de marktanalyse aan te vullen en aan te scherpen. Kloppen onze bevindingen? Zijn de analyses en conclusies juist? Ontbreken er nog aspecten die meegenomen dienen te worden om een goede afweging te kunnen maken om deze markt al dan niet vrij te geven? De consultatievragen zijn opgenomen bij de paragraaf waarop de vraag betrekking heeft. U hoeft zich hierbij niet verplicht te voelen om op alle vragen een antwoord te geven. Op pagina 10 en 11 staat een totaaloverzicht van de vragen die wij aan u voorleggen.

Na verwerking van de reacties van partijen aan wie het consultatiedocument is voorgelegd, wordt het consultatiedocument omgezet in een visiedocument. De voorlopige conclusie uit dit consultatiedocument wordt indien nodig aangepast op basis van de consultatie en omgezet in de definitieve conclusie in het advies aan de minister. Het visiedocument alsmede het advies richting de minister wordt in april 2008 gepubliceerd.

1.4 Informatiebronnen

Voor het schrijven van dit document is gebruik gemaakt van bestaande literatuur over de markt voor dieetadvisering zoals de artsenwijzer diëtetiek⁵. Daarnaast is een aantal partijen geïnterviewd om beter inzicht te krijgen in een aantal aspecten dat van belang is voor een goede analyse van de markt.

1.5 Opbouw consultatiedocument

Het consultatiedocument kent de volgende opbouw die nauw aansluit bij de volgorde van de factoren zoals die zijn opgenomen in de meetlat. Hoofdstuk 2 beschrijft kort de markt voor dieetadvisering. Het gaat in op de aard van de verleende zorg en het aanbod op de markt. In dit hoofdstuk staan twee vragen centraal; opereren er voldoende aanbieders op de markt en zijn verzekeraars of verzekerden in staat om een goede keuze te maken tussen de verschillende zorgaanbieders die een bepaalde prestatie aanbieden. Om dit laatste mogelijk te maken is het van belang dat de markt transparant is. Hoofdstuk 3 gaat in op het verwachte gedrag van partijen op de markt. De prikkels die partijen ervaren en hun mogelijkheden om goed in te kopen, worden hier behandeld. Voor een goede werking van de markt is het daarnaast belangrijk dat partijen geen anticompetitieve gedragingen vertonen en dat de kans dat zich negatieve externe effecten voordoen, klein is. Het hoofdstuk behandelt de verschillende risico's en analyseert of deze voorkomen in een situatie met vrije prijsvorming. Hoofdstuk 4 besteedt aandacht aan de lastendruk onder zowel de huidige regulering als in een markt met vrije prijsvorming. In deze analyse worden ook de veranderingskosten meegenomen. Hoofdstuk 5 gaat in op de monitortask en de bevoegdheden van de NZa bij vrijgegeven markten. In bijlage I staat tot slot een begrippenlijst met de verklaring van een aantal veelgebruikte begrippen in dit document.

⁵ Artsenwijzer diëtetiek; www.artsenwijzer.info

2. De markt voor dieetadviesing

Dit hoofdstuk beschrijft de markt voor dieetadviesing. Paragraaf 2.1 omschrijft wat dieetadviesing is, paragraaf 2.2 gaat in op het huidige aanbod op de markt. Ook wordt gekeken hoe het aanbod zich zou kunnen ontwikkelen als de vraag naar dieetadviesing stijgt. Naast de mogelijkheden om het huidige aanbod te verruimen, staan hierbij bijvoorbeeld mogelijke toetredingsdrempels centraal. Paragraaf 2.3 beschrijft ten slotte de keuzemogelijkheden van de consument. Aan bod komen de vragen of de markt voor dieetadviesing transparant genoeg is en of er genoeg keuze- en overstapmogelijkheden voor de consument zijn.

2.1 Wat is dieetadviesing?

Dieetadviesing is het geheel van activiteiten dat tot doel heeft een bijdrage te leveren aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van stoornissen of beperkingen die met voeding samenhangen of door voeding beïnvloed kunnen worden.⁶ Typisch voor de aanpak van een diëtist is het streven naar een blijvende gedragsverandering, waarbij de consument leert om op een gezonde manier om te gaan met voeding in alledaagse situaties. Behandeling vindt plaats na verwijzing door een arts.

Een dieetbehandeling bestaat uit de volgende activiteiten⁷:

- Registratie van persoons- en medische gegevens
- Diëtistisch onderzoek waarbij de verwachtingen, hulpvraag, medische voorgeschiedenis, huidige laboratoriumwaarden en stofwisselingsgegevens, psychosociale gegevens, eetgedrag en voedingstoestand in kaart worden gebracht.
- Diëtistische diagnosestelling waarbij de verkregen gegevens geanalyseerd worden en het kernprobleem geformuleerd wordt.
- Het bepalen van de doelstelling van de behandeling en het opstellen van het behandelplan. Daarnaast wordt de verwijzer geïnformeerd.
- Uitvoeren van de behandeling en tevens het evalueren van de resultaten en doelstelling van de behandeling.
- Afsluiting van de behandeling waarbij de eindgegevens geregistreerd worden, evenals de reden van afsluiting. Er worden, indien nodig, vervolgspraken gepland en de verwijzer wordt geïnformeerd.

In de te declareren behandelingsperiode zijn deze activiteiten in hun geheel inbegrepen. Het gaat hierbij om behandelingsperiode in direct contact met patiënten als om de behandelingsperiode die patiëntgerelateerd plaatsvindt zonder aanwezigheid van de patiënt, de zogenoemde indirecte tijd.

De titel "diëtist" is overigens een beschermde titel; om diëtist te worden moet een opleiding gevolgd worden. Dit is de studie Voeding en Diëtetiek en dit is een vierjarige HBO-opleiding. Er zijn 4 hogescholen waar deze opleiding gegeven wordt; de Haagse Hogeschool, de Hogeschool van Amsterdam, de Hanzehogeschool Groningen en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Als toelatingseis geldt minimaal een Havo-diploma met scheikunde of mbo-diploma, niveau 4. Paragraaf 2.2 beschrijft het aanbod van dieetadviesing uitvoeriger.

⁶ Definitie uit de artsenwijzer diëtetiek: www.artsenwijzer.info

⁷ Omschrijving uit de artsenwijzer diëtetiek: www.artsenwijzer.info

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van door diëtisten verleende zorg? Zo niet, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangegeven en voorzien van een bronvermelding.

Achtergrondinformatie

De vraag naar dieetadvisering

De vraag naar dieetadvisering wordt in eerste instantie bepaald op microniveau door de patiënt. De patiënt wordt in overleg met de huisarts of een medisch specialist doorverwezen naar de diëtist. Op macroniveau zijn de zorgverzekeraars de vragers van dieetadvisering. De zorgverzekeraars kopen de zorg in bij de diëtisten voor de polissen met gecontracteerde zorg. In de polis is opgenomen hoeveel behandelingen verzekeraars vergoeden aan de consument. De eerste vier behandeluren per jaar als de patiënt niet in een instelling verblijft, vallen onder de basisverzekering. Het aantal behandelingen in de aanvullende verzekering dat vergoed wordt, verschilt per zorgverzekeraar. Het gemiddeld aantal behandelingen per patiënt bedraagt vijf behandeluren.⁸ De uitgaven aan dieetadvisering onder het Budgettair Kader Zorg bedroegen in 2007 28 miljoen euro.

Historie

Tot 2005 viel dieetadvisering niet onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Hierdoor was er sprake van een vrije prestatie met een vrij tarief. Uitzondering hierbij was de dieetadvisering onder de AWBZ.

Vrijgevestigde diëtisten konden tot 1 januari 2005 niet voor rekening van de AWBZ dieetadvisering uitvoeren. Dit kon wel wanneer men zich aansloot bij de Stichting Thuiszorg Nederland (STN). Het merendeel van de vrijgevestigde diëtisten sloot zich hierbij aan. Via deze stichting konden vrijgevestigde diëtisten de prestatie 'voedingsvoorlichting en dieetadvisering' uitvoeren. De stichting maakte de productie afspraken met de zorgkantoren. In 2004 bedroeg het afgesproken tarief €63,90 per uur.

Met ingang van 1 januari 2005 is de aanspraak op extramurale dieetadvisering overgeheveld van de AWBZ naar de Ziekenfondswet. Op grond van de beschikbare gegevens werd het maximumtarief voor 2005 vastgesteld op €46,40 per uur. Het ging hierbij om een tijdelijke oplossing, totdat een definitief tarief op grond van een onderbouwing kon worden vastgesteld. In 2005 heeft het toenmalige CTG een eenzijdig onderbouwd tariefverzoek van de NVD ontvangen om over te gaan tot vaststelling van het maximumtarief van € 64,88 per uur. Door de actualiteit van een aantal gehanteerde normen (bijvoorbeeld inkomen en afschrijvingstermijnen) heeft het CTG uiteindelijk de beleidsregels vastgesteld per 1 januari 2006 met een maximumtarief van €54,10 per uur. Daar bovenop kwam een toeslag die voorzag in de verrekening van de tarieven 2005 gedurende 24 maanden vanaf 1 januari 2006. Deze toeslag bedroeg € 3,70 per uur. Doordat een aantal diëtisten bezwaar had gemaakt tegen het maximumtarief van 2005 (€ 46,40 per uur), heeft het CTG besloten om een overgangsregeling voor 2005 te treffen. Deze overgangsregeling houdt in dat het maximumtarief zoals dat in 2004 gold, in twee stappen werd afgebouwd. Omdat de tarieven niet met terugwerkende kracht in rekening kunnen worden gebracht, heeft de effectuering van de overgangsregeling plaatsgevonden door middel van verrekening in de tarieven per 1 januari 2006. Dit houdt in dat het

maximumtarief vanaf 1 januari 2006 gedurende 24 maanden werd opgehoogd met een toeslag van € 1,80 per uur.

Regulering

Voor de diëtisten gelden maximumtarieven.⁹ Een individuele behandeling kost maximaal €15,50 per kwartier in de praktijk van de diëtist. Er is geen vaste tijdsindicatie per behandeling. Indien de dieetadviesing plaatsvindt in een groep, dan wordt het tarief gedeeld door het aantal deelnemers in die groep. Als de behandeling bij de patiënt thuis plaatsvindt, dan mag het tarief verhoogd worden met de uittoeslag van €29,60. De diëtisten kennen ook een tarief voor een niet-nagekomen afspraak. De hoogte van dit tarief is €46,50. De tarieven voor vrijgevestigde diëtisten zijn gelijk aan de extramurale dieetadviesing door diëtisten verbonden aan thuiszorginstellingen. Deze tarieven zijn opgenomen in de tarieflijst instellingen.

2.2 Zijn er voldoende aanbieders op de markt?

Voor een goede werking van de markt is het van belang dat er voldoende aanbod en voldoende aanbieders zijn op de markt, zodat er voor de consument en de zorgverzekeraar iets te kiezen valt. Deze paragraaf besteedt aandacht aan het huidige aanbod op de markt voor dieetadviesing en staat stil bij de vraag of er voldoende aanbod op de markt is. Daarnaast gaat het in op de vraag hoe het aanbod zich zou kunnen ontwikkelen als reactie op een mogelijke stijging van de vraag naar dieetadviesing.

Het is belangrijk om te benadrukken dat er in mededingingstechnische zin in dit document geen marktafbakening heeft plaatsgevonden.

2.2.1 Huidig aanbod van dieetadviesing

Vrijgevestigde diëtisten

Er zijn in Nederland meer dan 400 vrijgevestigde diëtisten werkzaam.¹⁰ De meeste vrijgevestigde diëtisten hebben een parttime functie en zijn geen kostwinner. Het merendeel van de vrijgevestigde diëtisten is vrouw.

(Thuiszorg-)instellingen

Er zijn in Nederland (thuiszorg-)instellingen die extramurale dieetadviesing aanbieden. Hier zijn meer dan 600 diëtisten werkzaam.⁸ Consumenten kunnen bij thuiszorginstellingen dieetadviesing krijgen, ongeacht of zij gebruik maken van de overige vormen van thuiszorg. Combinaties hiervan komen ook voor. De meeste diëtisten bij thuiszorginstellingen hebben een parttime functie en zijn geen kostwinner. Het merendeel van deze diëtisten is vrouw. Diëtisten van thuiszorginstellingen werken vaak vanuit meerdere locaties waardoor de

⁸ Informatie afkomstig van de NVD

⁹ NZa, Tarievenlijst dieetadviesing voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals diëtisten, januari 2007

¹⁰ De precieze omvang van het aantal diëtisten is niet bekend. Voor de aantallen is gebruik gemaakt van cijfers van het NVD. Het betreft hier alleen leden van Nederlandse Vereniging Diëtisten (NVD). De NVD geeft aan dat 75 procent van de diëtisten in Nederland lid is van de NVD, waardoor het werkelijke aantal hoger kan liggen. Het is echter onduidelijk of deze niet-leden werkzaam zijn in de extramurale dieetadviesing. In het kwaliteitsregister voor paramedici zijn ongeveer 3000 diëtisten ingeschreven.

zorg dicht bij de consument geleverd kan worden. Hierdoor worden zowel de stedelijke gebieden als de landelijke gebieden bediend.

Diëtisten in de tweede lijn

Het huidige aanbod van diëtisten beperkt zich niet tot vrijgevestigde diëtisten en diëtisten werkzaam in een thuiszorginstelling. Ook diëtisten in tweedelijns zorginstellingen (ziekenhuizen) kunnen deze zorg aanbieden. Uit de praktijk blijkt dat dit op kleine schaal gebeurt.

Substituten

Vrijgevestigde diëtisten en diëtisten werkzaam in een thuiszorginstelling zijn substituten van elkaar. Ze leveren inhoudelijk dezelfde zorg. Het is in de praktijk niet gebruikelijk dat een diëtist die in dienst is bij een thuiszorginstelling ook werkzaam is als vrijgevestigde diëtist. In theorie is dit wel mogelijk. Een diëtist dient hiervoor meestal toestemming te hebben van de werkgever.

Andere zorgaanbieders zoals een voedingsconsulent of gewichtsconsulent kunnen alleen een onderdeel van dieetadviesing leveren. Een voorbeeld hiervan is voedingsadvies. Deze aanbieders kunnen dus niet als volledige substituten gezien worden.

Daarnaast zouden fabrikanten van voedingsmiddelen en de supplementen industrie een rol kunnen spelen op deze markt. Bijvoorbeeld bij de adviesing over allergieën, obesitas en ter ondersteuning van fysiek herstel na bijvoorbeeld een trauma. In alle drie de voorbeelden zal een belangrijk element van de adviesing bestaan uit het kiezen van bepaalde voedingsmiddelen en/of supplementen. Het zou voor fabrikanten dus interessant kunnen zijn zich op de markt voor dieetadviesing te gaan bewegen, al dan niet middels diëtisten, en zo meer invloed te hebben op het voor hun producten relevante beslismoment.

2.2.2 Vraag versus aanbod

Er zijn op dit moment bij de vrijgevestigde diëtisten geen wachtlijsten. Bij thuiszorginstellingen zijn de wachtlijsten afgenomen doordat het aantal diëtisten werkzaam bij thuiszorginstellingen de afgelopen jaren fors is toegenomen. Dit duidt erop dat het huidige aanbod aan dieetadviesing voldoende is om in de vraag ernaar te voorzien. De diëtisten zijn verspreid over het hele land. Er zijn geen signalen dat er in bepaalde gebieden geen of te weinig diëtisten aanwezig zijn.

2.2.3 Ontwikkelingen op de markt

Voor een goede werking van de markt is het ook belangrijk dat er in de toekomst voldoende aanbod is om aan de vraag naar dieetadviesing te voldoen. De vraag naar dieetadviesing neemt naar verwachting toe. Hieraan liggen maatschappelijke ontwikkelingen ten grondslag. Meer aandacht voor preventie, de vergrijzing en daardoor een toename van het aantal chronisch zieken (bijvoorbeeld diabetes mellitus), de toenemende aandacht voor dieetadviesing vanuit sportcentra en de stijging van het percentage mensen met overgewicht doen de vraag naar dieetadviesing waarschijnlijk stijgen. Het is op dit moment moeilijk in de schatten of dit tot schaarste gaat leiden. Wel kan worden gekeken naar hoe het aanbod zich zou kunnen ontwikkelen in reactie op eventuele schaarsteproblemen. Deze paragraaf bespreekt de ontwikkelingen in het aanbod. Kunnen huidige aanbieders hun aanbod verruimen en kunnen

nieuwe zorgaanbieders eenvoudig toetreden tot de markt? Of kunnen bijvoorbeeld andere zorgaanbieders een deel van de zorg op zich nemen.

Mogelijke verruiming van het huidige aanbod

Doordat er veel parttimers op de markt actief zijn, is het aanbod in theorie erg flexibel. Diëtisten kunnen bij een hogere vraag in theorie meer behandelingen aanbieden. Wanneer de vraag laag is kunnen diëtisten aan de andere kant minder patiënten behandelen. De verwachting is daarom dat er niet snel sprake zal zijn van schaarste op deze markt.

Andere zorgaanbieders worden actief op de markt

Dieetadviesing als geheel kan alleen door een diëtist geleverd worden. Bij een eventueel aanbodtekort zijn er dus geen andere zorgaanbieders die de vraag naar dieetadviesing kunnen overnemen. Het overnemen van onderdelen is eventueel wel mogelijk. Andere zorgaanbieders zoals een voedingsconsulent of gewichtsconsulent zouden een onderdeel van dieetadviesing, bijvoorbeeld voedingsadvies, kunnen leveren.

Er treden nieuwe zorgaanbieders toe tot de markt

Naast een verruiming van het huidige aanbod is het goed om te onderzoeken of er toetredingsdrempels zijn die de instroom van nieuwe diëtisten kunnen tegen houden. Als er sprake is van een eventuele schaarste op de markt zullen nieuwe toetreders de markt willen betreden. Zeker als door schaarsteontwikkelingen de prijs voor door diëtisten verleende zorg stijgt. De potentiële dreiging van nieuwe toetreders zorgt voor voldoende prijsdruk in de huidige markt. De toetredingsbelemmeringen in deze markt zijn relatief beperkt. Er zijn geen hoge investeringen vereist om een praktijk te kunnen beginnen. Deze bestaan voornamelijk enkel uit een praktijkruimte (vaak aan huis) en materiaal zoals een huidplooiometer en een weegschaal met bio-impedantiemeter waarmee het vetgehalte gemeten kan worden. Ook wordt de toetreding niet belemmerd doordat mensen geen lid kunnen worden van de brancheorganisatie of dat zij geen contract met een verzekeraar kunnen sluiten.

De opleidingen voor diëtisten zijn goed toegankelijk. Op slechts één van de vier hogescholen waar de opleiding Voeding & Diëtetiek te volgen is geldt een beperkte toelating van studenten. Op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen worden na loting per jaar maximaal 180 studenten tot de opleiding toegelaten. In 2006 volgden 1899 studenten de opleiding Voeding & Diëtetiek.¹¹ Ten opzichte van het jaar 2003 is dit een verdubbeling. Ruim 90 procent van deze studenten is vrouw¹². De afgestudeerde diëtisten die willen toetreden tot de markt hebben diverse mogelijkheden. Ze kunnen een eigen (solo)praktijk beginnen, een bestaande praktijk overnemen, zich als mede-praktijkhouder inkopen in een praktijk of in loondienst gaan werken.

Naar verwachting kan een groot deel van een eventuele extra zorgvraag worden opgevangen door nieuw opgeleide diëtisten.

Door het ontbreken van toetredingsdrempels lost de markt op termijn zelf eventuele schaarsteproblemen op, mocht het huidige aanbod niet in staat zijn om deze op korte termijn op te lossen.

¹¹ HBO Raad, cijfers van de website van de HBO Raad (vereniging van hogescholen), <http://www.hbo-raad.nl/?id=137&t=kenget>, 2007

¹² HBO Raad, cijfers van de website van de HBO Raad (vereniging van hogescholen), <http://www.hbo-raad.nl/?id=137&t=kenget>, 2007

Conclusie

Op dit moment is er in de markt voor dieetadvisering geen schaarste te constateren. Er zijn geen wachtlijsten waargenomen en wanneer de vraag naar dieetadvisering toeneemt, kan het aanbod worden uitgebreid doordat bestaande aanbieders meer gaan werken. Er zijn nauwelijks toetredingsdrempels aanwezig die een goede marktwerking in de weg staan. Als er sprake is van schaarste op de markt zullen meer studenten de opleiding Voeding & Diëtetiek kunnen gaan volgen en op termijn de markt betreden.

Consultatievraag 3

Kunt u zich vinden in de analyse dat er geen substituten zijn voor diëtisten (vrijgevestigd of werkzaam in een thuiszorginstelling) behalve op een aantal specifieke onderdelen? Rekent u diëtisten werkzaam in ziekenhuizen ook als substituut?

Consultatievraag 4

Bent u van mening dat er sprake is van voldoende aanbod van partijen die dieetadvisering aanbieden? Denkt u dat, wanneer er schaarste op de markt optreedt, het aanbod zal toenemen door bovenstaande mogelijkheden?

Consultatievraag 5

Bent u het eens met de analyse dat er geen sprake is van toetredingsdrempels op de markt voor dieetadvisering?

2.3 Keuzemogelijkheden voor de consument

In een vraaggestuurd zorgstelsel is het belangrijk dat de consument kan kiezen voor de zorg die het beste aan zijn wensen voldoet, of dat de verzekeraar dit namens hem kan doen. Daarvoor is het belangrijk dat er inzicht bestaat in de zorg die door de verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. Ook is het van belang dat de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg transparant zijn. Ten slotte moet de consument of de verzekeraar kunnen overstappen naar een andere aanbieder wanneer de geleverde zorg hem niet bevalt. Hieronder wordt op beide aspecten nader ingegaan.

2.3.1 Transparantie op de markt

2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen

Voor een goede werking van de markt is het allereerst belangrijk dat er eenduidige prestatiebeschrijvingen bestaan, zodat zowel de consument als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten wat zij inkopen, respectievelijk aanbieden.

Het aanbod van diëtisten bestaat alleen uit reguliere behandelingen dieetadvisering. De zorgaanbieders kennen een uurtarief dat voor alle aandoeningen per kwartier wordt gedeclareerd. De diëtisten kennen geen verbijzonderingen die via aparte prestaties gedeclareerd kunnen worden.

De indirecte uren die door de zorgaanbieder gedeclareerd mogen worden, zijn op de markt voor dieetadvisering groter dan bij andere vrije beroepen. Met de indirecte tijd wordt de tijd bedoeld die de zorgaanbieder besteedt aan de patiënt zonder dat deze daarbij fysiek aanwezig is. Bij dieetadvisering speelt dit bij het opstellen van een

behandelplan. Deze tijd kan een diëtist wel declareren, maar de patiënt hoeft hierbij niet aanwezig te zijn. Voor patiënten kan het verwarrend zijn wanneer een langere behandeltime in rekening wordt gebracht dan de

Consultatievraag 6

Bent u van mening dat met de huidige prestatiebeschrijving zowel de consument als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten wat zij inkopen respectievelijk aanbieden? Zo niet, kunt u concreet aangeven hoe de huidige prestatiebeschrijving verbeterd kan worden?

2.3.1.2 Transparantie van kwaliteit

Behalve een goede prestatiebeschrijving is het ook van belang dat de consument en de verzekeraar informatie hebben over de kwaliteit van de verleende zorg. Alleen door bij de keuze voor een aanbieder bewust te letten op de geleverde kwaliteit kunnen consumenten zorgaanbieders stimuleren om die kwaliteit daadwerkelijk te leveren. Wanneer de consument/verzekeraar alleen op de prijs van de geleverde zorg let, bestaat er immers een risico dat zorgaanbieders niet investeren in de kwaliteit van de geleverde zorg.

De consument heeft enerzijds behoefte aan informatie over de borging van de kwaliteit en anderzijds aan informatie over kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders.

Borging kwaliteit

De kwaliteit in de markt voor dieetadviesing is op verschillende manieren geborgd. Diëtisten moeten bijvoorbeeld aan een aantal eisen voldoen.

- Allereerst is de registratie als diëtist wettelijk erkend onder de wet op de paramedische beroepen dat thans ressorteert onder artikel 34 van de Wet Individuele Beroepen Gezondheidszorg (wet BIG). Hierin staan de deskundigheidsgebieden en opleidingseisen van het beroep beschreven. Wie een diploma heeft dat aan de eisen voldoet, mag de beschermde opleidingstitel voeren. Voor artikel 34 bestaat geen wettelijk register.
- Basisregister. Diëtisten die zich hiervoor aanmelden onderschrijven daarmee de beroepscode en gedragsregels voor de diëtist zoals door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten is opgesteld.
- Kwaliteitsregister voor Paramedici. Voor registratie moeten de diëtisten aan bepaalde criteria op het gebied van werkervaring en deskundigheidsbevordering voldoen. Iedere 5 jaar vindt er registratie plaats in het register.
- Diëtisten moeten aan diverse eisen, zoals omschreven in de kwaliteitscriteria, voldoen. Hierop wordt toegezien door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Transparantie kwaliteit

Hoewel de minimum kwaliteit dus geborgd is, is er weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen diëtisten. Het is voor de consument en de verzekeraar moeilijk om een goede keuze te maken tussen verschillende zorgaanbieders. De huisarts heeft op basis van eerdere ervaringen vaak iets meer inzicht in de kwaliteit van verschillende diëtisten en kan daardoor een belangrijke rol spelen bij de keuze van een consument voor een bepaalde aanbieder. Meer transparantie over de relatieve kwaliteitsprestaties van aanbieders van dieetadviesing is wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen en om te waarborgen dat er niet alleen wordt geconcurrereerd op prijs. Prestatie-indicatoren

voor dieetadvisering kunnen hiervoor een zeer belangrijk hulpmiddel zijn. Voorbeelden van prestatie-indicatoren zijn het percentage patiënten waarbij het gewenste behandelresultaat is vastgelegd (objectief) en het percentage patiënten bij wie het gewenste resultaat daadwerkelijk behaald wordt (subjectief). In beginsel is het de verantwoordelijkheid voor marktpartijen om deze transparantie te realiseren.

Consultatievraag 7

Onderschrijft u het belang van het ontwikkelen van prestatie-indicatoren? Welke rol ziet u weggelegd voor de NZa?

2.3.1.3 Transparantie van prijs

Behalve aan informatie over de prestatie en over kwaliteit hebben consumenten – vooral wanneer zij een deel van de behandeling zelf moeten betalen – behoefte aan informatie over de prijs van de geleverde zorg. De introductie van vrije prijsvorming geeft aanbieders van dieetadvisering de mogelijkheid om hun eigen prijzen vast te stellen. Er ontstaat daardoor meer differentiatie in prijzen. Voor de consument is het belangrijk dat de prijzen en prijsverschillen transparant zijn. Alleen dan kan deze een goede afweging maken tussen de prijs van een behandeling en de geleverde kwaliteit, mits deze laatste transparant is.

In beginsel is het de verantwoordelijkheid voor marktpartijen om deze transparantie te realiseren. Zo zouden aanbieders hun prijzen zelf openbaar kunnen maken. Ook kunnen onafhankelijke partijen websites oprichten die inzicht geven in prijsverschillen. Diëtisten hebben veelal een prijslijst in de praktijk opgehangen dan wel op de website staan. Daarnaast vertellen diëtisten de patiënt vaak voorafgaand aan de behandeling wat de kosten zijn. De diëtist is dit al gewend doordat in het verleden geen maximumtarieven golden. Thuiszorg instellingen maken gebruik van folders waarin de prijzen vermeld staan.

Om een minimum aan transparantie te garanderen, gaat de NZa aanbieders verplichten om een openbare prijslijst op te hangen als de minister besluit om de prijzen op de markt vrij te geven.¹³ Voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten en eerstelijns psychologen, markten waar al sprake is van vrije prijsvorming, is dit ook verplicht. Consumenten kunnen dan een goede afweging maken op het gebied van prijs en kwaliteit.

2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden

Wanneer de consument of verzekeraars hebben besloten welke zorgaanbieder het beste aan hun wensen voldoet, is het vervolgens van belang dat zij ook daadwerkelijk voor deze zorgaanbieder kunnen kiezen.

Verzekeraar

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dat wil zeggen dat zij voldoende zorg moeten inkopen om aan de vraag van hun verzekerden te voldoen. Voor restitutieverzekeringen geldt dit in mindere mate. Zolang er voldoende aanbod op de markt is en dit aanbod transparant is, kan de verzekeraar zelf kiezen welke diëtist hij wil contracteren.

Consument

¹³ Deze zogenoemde standaardprijslijst heeft tot doel om financiële duidelijkheid te geven aan onverzekerde consumenten of aan consumenten die zorg willen afnemen bij een aanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd.

Voor de consument ligt dit genuanceerder. Ook voor de consument geldt dat hij voldoende aanbod moet hebben om uit te kiezen en dat er voldoende transparantie moet zijn op de markt. Bij de keuze van de consument voor een bepaalde diëtist speelt de huisarts een grote rol. Veel consumenten laten zich bij hun keuze begeleiden door de huisarts, die vaak beter op de hoogte is van de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders en de consument daarover kan adviseren.

De consument kan voor het vinden van een diëtist gebruik maken van websites als kiesbeter.nl en de website van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).¹⁴ Op deze websites kan gezocht worden naar een diëtist in een bepaalde woonplaats of postcodegebied. De websites bieden daarnaast de mogelijkheid om te zoeken op een specifiek aandachtsgebied (bijvoorbeeld diabetes mellitus, anorexia nervosa of hypercholesterolemie) waarin de diëtist zich gespecialiseerd heeft.

Op dit moment is het voor de consument niet eenvoudig om een aanbieder te kiezen door een gebrek aan kwaliteitsinformatie. Op basis van specialisatie en locatie is dit wel mogelijk.

Wanneer de consument eenmaal in behandeling is bij een bepaalde zorgaanbieder stapt hij vanwege de vertrouwensrelatie met de diëtist waarschijnlijk niet snel over. Als hij echter ontevreden is over de geleverde zorg dan heeft de consument de mogelijkheid om over te stappen naar een andere diëtist. Ook kan een consument besluiten om naar een andere zorgaanbieder te gaan als hij denkt dat deze aanbieder een betere behandeling aanbiedt. Hierbij moet geen sprake zijn van schaarste en dus te weinig aanbod van dieetadvisering.

Conclusie

De NZa komt tot de conclusie dat er voor de consument voldoende keuze- en overstapmogelijkheden aanwezig zijn. De consument heeft wel te maken met een gebrek aan kwaliteitsinformatie waardoor hij aanbieders op dit aspect niet goed met elkaar kan vergelijken.

Hoewel de markt op dit moment niet transparant is op het gebied van kwaliteit hoeft dit geen reden te zijn om een markt niet vrij te geven. Het vrijgeven van een markt kan namelijk tot een verbetering in transparantie leiden. Marktpartijen ervaren een stimulans om de transparantie te verbeteren om de toegevoegde waarde van hun product te laten zien ten opzichte van hun concurrenten. Als zij een hogere prijs vragen, willen zij laten zien dat zij ook een hogere kwaliteit leveren. Om de kwaliteit transparant te maken, is het wel wenselijk dat er prestatie-indicatoren ontwikkeld worden die hier inzicht in geven.

Consultatievraag 8

Deelt u de analyse van de NZa dat er een gebrek aan transparantie is op de markt voor dieetadvisering en dat er voldoende overstapmogelijkheden zijn voor de consument? Zo nee, waarom niet?

¹⁴ Hierbij moet aangemerkt worden dat op de website van de NVD alleen een diëtist gezocht kan worden die lid is van de NVD. Kiesbeter.nl maakt gebruik van informatie van de NVD en Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN).

3. Marktgedrag

Voor een goede werking van de markt is het niet alleen van belang dat er voldoende aanbod op de markt is en dat de markt transparant is. Het gedrag van de spelers op de markt is minstens even belangrijk. Kort samengevat is het van belang dat alle partijen – zorgverzekeraars, zorgaanbieders én de consument – gemotiveerd worden om de juiste zorg te leveren aan de juiste personen op het juiste moment (goede coördinatie). Dit alles dient te gebeuren tegen zo laag mogelijke transactiekosten. Wanneer er een groot risico bestaat dat het gedrag van marktspelers een goede werking van de markt belemmert, dan kan het noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om zo de publieke belangen, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te beschermen.

Dit hoofdstuk gaat allereerst in op de prikkels die de zorginkopers hebben om goede en doelmatige zorg in te kopen. Deze prikkels zijn noodzakelijk om zorgaanbieders te stimuleren kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te leveren. Daarna wordt gekeken naar mogelijke anticompetitieve gedragingen van aanbieders en verzekeraars die een goede werking van de markt in de weg kunnen staan. Ten slotte wordt gekeken naar mogelijke externe effecten die zich kunnen voordoen als een markt wordt vrijgegeven.

3.1 Inkoopprikkels

Als een markt wordt vrijgegeven is het van belang dat de inkopers van zorg, dit kunnen zowel verzekeraars als verzekerden zelf zijn, prikkels ervaren om goed in te kopen. Hierdoor wordt de betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg geborgd. Hierbij hoeven niet beide partijen deze prikkel te ervaren, maar in ieder geval wel één van de partijen. De inkoopende partij moet idealiter alleen zorg afnemen bij de aanbieders met de beste prijs/kwaliteit verhouding. Daarnaast is het belangrijk dat de verzekeraar of de verzekerde over een zekere mate van inkoopmacht beschikt. Alleen dan worden aanbieders ook daadwerkelijk gestimuleerd om zorg tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding aan te bieden. Een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt zorgt er vervolgens voor dat verzekeraars de behaalde inkoopvoordelen doorgeven aan hun klanten.

Het is op voorhand moeilijk om te voorspellen of partijen prikkels ervaren om goed in te kopen. Dit hangt namelijk grotendeels samen met het vrijgeven van een markt. Een aantal indicatoren kan toch een voorspellende waarde hebben. In deze paragraaf wordt achtereenvolgens gekeken of verzekeraars of verzekerden een prikkel ervaren om goed in te kopen op de markt voor dieetadviesing.

3.1.1 Zorgverzekeraar

Zoals in het visiedocument theoretisch kader liberalisering is aangegeven, kunnen verzekeraars externe en interne prikkels ervaren om goed in te kopen.

- *Externe prikkel* Hierbij gaat het om de vraag of verzekerden bij het kiezen van een polis letten op de door verzekeraars ingekochte zorg, in dit geval dieetadviesing. Dit vormt immers een belangrijke stimulans voor verzekeraars om zich op dit gebied te onderscheiden

van elkaar en goed in te kopen. Het valt niet te verwachten dat verzekeraars sterke prikkels van hun verzekerden ontvangen bij de inkoop van zorg op deze markt. Bij de keuze van een polis letten zij namelijk vooral op de hoogte van de premies voor de basis en de aanvullende verzekering. Ter illustratie: uit de monitor fysiotherapie 2006 bleek dat de bij de keuze voor een aanvullende verzekering slechts 2.5% van de ondervraagden aangaf dat de dekking voor fysiotherapie voor hen belangrijk was bij de keuze voor een verzekeraar.¹⁵ Het is niet te verwachten dat dit anders is voor dieetadviesing. De externe prikkel voor een verzekeraar om zich te onderscheiden op het gebied van dieetadviesing lijkt vanuit dit opzicht dus niet erg groot. Slechts een klein deel van de verzekerden neemt waarschijnlijk de door verzekeraars ingekochte zorg op het gebied van dieetadviesing mee bij zijn keuze voor een verzekeraar.¹⁶ Aan de andere kant zijn er maatschappelijke ontwikkelingen bezig die deze prikkel vergroten. Vanwege de verwachte toenemende vraag naar dieetadviesing en de huidige maatschappelijke aandacht krijgen verzekeraars wel een grotere prikkel om zich te profileren op het gebied van dieetadviesing. Voorbeelden hiervan zijn de toenemende aandacht voor en vraag naar dieetadviesing in relatie met diabetes en vanuit sportcentra. De toenemende aandacht en stimulering van preventie en de rol die zorgaanbieders hierin kunnen spelen, draagt hier ook aan bij. Voor verzekeraars is dit interessant omdat de schadelast daardoor afneemt. Het goed inkopen van de prestatie dieetadviesing en dit duidelijk communiceren, wordt door bovengenoemde ontwikkelingen juist belangrijker.

- *Interne prikkel* Verzekeraars ervaren prikkels om scherp in te kopen. Met een scherpe inkoop kunnen zij hun schadelast voor een bepaalde zorgsoort beperken en hun winst vergroten. De prikkel om scherp in te kopen hangt in grote mate af van het financiële belang of de hoogte van de uitgaven aan die specifieke zorgsoort. Hoe hoger de uitgaven zijn, hoe groter de potentiële besparingen die verzekeraars kunnen verwezenlijken. De totale zorguitgaven aan dieetadviesing onder het Budgettair Kader Zorg bedroegen in 2007 28 miljoen euro. Op de totale schadelast van de individuele verzekeraar is dit relatief gezien een gering bedrag. De verzekeraar ervaart daarom maar een beperkte prikkel om scherp in te kopen op de prijs.

Verzekeraars moeten wel voldoen aan de zorgplicht voor die zorg die onder de basisverzekering valt. Hiervan kan een prikkel uitgaan om voldoende zorg in te kopen. Voor restitutie verzekering geldt dit in mindere mate.

3.1.2 Verzekerde

De prikkel die een verzekerde ervaart om goed in te kopen, is in grote mate afhankelijk van de vraag of hij voor deze zorg verzekerd is. Als de verzekerde volledig verzekerd is voor een bepaalde strekking ervaart deze alleen een prikkel om op de kwaliteit van de geleverde zorg te

¹⁵ Dit rapport is te vinden op www.nza.nl. Overigens wil de NZa opmerken dat indien dieetadviesing als onderdeel van de aanvullende verzekering wel een belangrijke overweging voor de verzekerde bij de keuze van de verzekeraar zou zijn, dit een beperkend effect heeft op de mogelijkheden van de verzekeraar om misbruik van zijn machtspositie te maken, omdat dit de onderhandelingspositie van diëtisten bij het sluiten van overeenkomsten met de verzekeraars versterkt.

¹⁶ Dit kan mogelijk anders zijn voor collectiviteiten. Als deze dieetadviesing een belangrijk product vinden, kunnen zij verzekeraars stimuleren om dit product goed in te kopen. Op dit moment bestaat hier onvoldoende inzicht in.

letten. De verzekerde wil dan het liefst naar de aanbieder met de hoogste kwaliteit.

Basisverzekering

Voor de zorg die binnen het basispakket valt, ervaart de consument geen/weinig financiële prikkel om goed in te kopen. De eerste vier uur dieetadvisering valt in het basispakket. Deze zorg krijgt hij in zijn geheel vergoed. Uitzondering hierbij is dat in veel naturapolissen een bepaling is opgenomen dat als een verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat, hij niet alle kosten vergoed krijgt.

Aanvullende verzekering

Een groot deel van de bevolking is aanvullend verzekerd voor dieetadvisering. Uit de polissen van verzekeraars blijkt dat de vergoeding voor dieetadvisering per verzekeraar en per specifieke polis verschilt. De vergoeding kan variëren van een maximum aantal behandelingen tot verschillende pakketten voor verschillende diagnoses. Dit is afhankelijk van de aanvullende polis die de verzekerde kiest. Een aantal verzekeraars hanteert daarnaast een maximumbedrag in plaats van een aantal zittingen. Daarnaast is in veel naturapolissen een bepaling opgenomen dat als een verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat, hij niet alle kosten vergoed krijgt. De verzekerde ervaart, afhankelijk van zijn zorgvraag en naar welke aanbieder hij gaat, dus beperkte prikkels om op de prijs van de geleverde zorg te letten. Hij let wel op de kwaliteit van de zorg indien deze transparant is.

Conclusie

De prikkels voor verzekeraars om goed in te kopen zijn in theorie beperkt, zij ervaren vooral een beperkte prikkel om op de prijs te letten. Verzekeraars moeten aan de andere kant wel voldoen aan de zorgplicht voor die zorg die onder de basisverzekering valt. Hiervan kan een prikkel uitgaan om goed in te kopen. Daarnaast zijn er maatschappelijke ontwikkelingen bezig die deze prikkel vergroten zoals de toenemende aandacht voor preventie. Verzekerden zullen, afhankelijk van de polis die zij hebben afgesloten, een beperkte prikkel ervaren om op de prijs te letten. Zij ervaren wel een prikkel om op de kwaliteit te letten, mits deze transparant is.

[Consultatievraag 9](#)

Is de analyse over de prikkels van partijen om goed in te kopen volledig en correct? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

3.1.3 Marktverhoudingen

Voor een goede werking van de markt dient een verzekeraar over een goede onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgaanbieders te beschikken waardoor hij scherp kan inkopen en goede kwaliteitsafspraken maken. Bij een goed werkende zorgverzekeringsmarkt worden deze voordelen doorgegeven aan de verzekerden. Daarnaast zijn de marktpositie van de verzekerde en de aanbieder essentieel; de verzekerde moet een goede aanbieder kunnen kiezen. De aanbieder moet ruimte hebben om in bijvoorbeeld kwaliteit te kunnen investeren.

Deze paragraaf gaat eerst in op een aantal aspecten dat de onderhandelingsmacht van een verzekeraar bepaalt. De onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt onder andere af van de marktsituatie in een bepaalde sector. Is er sprake van marktmacht

aan de kant van één of meer aanbieders? En zo ja, waardoor wordt deze veroorzaakt? Zijn er bijvoorbeeld toetredingsdrempels?

3.1.3.1 Verzekeraar

Voldoende aanbieders

De sterkte van de onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt onder andere af van de marktsituatie in een bepaalde sector. In hoofdstuk 2 bleek dat er voldoende aanbieders op de markt voor dieetadviesing opereren, er is geen sprake van schaarste. Daarnaast is het aanbod flexibel. Diëtisten kunnen als de vraag naar dieetadviesing stijgt hun capaciteit relatief eenvoudig uitbreiden. Weliswaar is er geen substitutie mogelijk voor het totale zorgpakket dat een diëtist aanbiedt maar op specifieke onderdelen kan dit wel. Een voorbeeld hiervan is de gewichtsconsulent maar eventueel kunnen daarnaast nieuwe aanbieders de markt betreden. Uit hoofdstuk 2 bleek verder dat er geen sprake was van hoge toetredingsdrempels. De dreiging van potentiële toetreders, de mogelijkheid van bestaande aanbieders om hun aanbod uit te breiden en de substitutiemogelijkheden op specifieke onderdelen zorgen er voor dat de markt concurrerend is. De verzekeraar beschikt daarom over een goede onderhandelingspositie op de markt voor dieetadviesing.

Keuzeondersteuningsmogelijkheden

De onderhandelingspositie van de verzekeraar hangt daarnaast af van de mate waarin hij verzekerden kan stimuleren om van het door hem gecontracteerde aanbod gebruik te maken. Hoe beter de verzekeraar hiertoe in staat is, hoe groter een bepaalde aanbieder het risico loopt om geen contract te krijgen als hij niet voldoet aan de wensen van de verzekeraar. De aanbieder wordt dan dus geprikkeld om een goede prijs/kwaliteit verhouding aan te bieden. De mate waarin de verzekerde er voor kiest om van het door de verzekeraar gecontracteerde aanbod gebruik te maken, is in hoge mate afhankelijk van de afruil die hij maakt tussen reistijd en de financiële bijdrage die een verzekerde moet betalen als hij naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat.¹⁷

In de praktijk moet een verzekerde als hij een niet gecontracteerde aanbieder wil bezoeken 20 tot 25% van de behandeling zelf betalen. Hiervan gaat dus een redelijke financiële prikkel uit om gebruik te maken van het gecontracteerde aanbod door de verzekeraar. De spreiding van diëtisten over de regio is ook dusdanig dat de reistijd tussen verschillende diëtisten niet groot is. De patiënt zal dus bereid zijn om iets verder te reizen om een eventuele eigen bijbetaling te vermijden. De verzekeraar beschikt dus over voldoende mogelijkheden om invulling te geven aan zijn keuzeondersteuningsbeleid. Om de verzekeraar in staat te stellen beargumenteerde keuzeondersteuning te bieden aan de verzekerden, is transparantie in kwaliteit nodig. Deze transparantie (door onder meer prestatie-indicatoren) ontbreekt nog.

3.1.3.2 Aanbieder

Aanbieders van dieetadviesing hoeven in principe niet met elke verzekeraar een contract te sluiten. Als de zorgaanbieder verschillende aanbiedingen van verzekeraars krijgt, kan hij alleen met die verzekeraars contracten sluiten die volgens hem de beste prijs/kwaliteit verhouding bieden. De onderhandelingspositie van de aanbieder ten

¹⁷ Andere factoren die een rol spelen bij de keuze van een aanbieder zijn de mogelijke vertrouwensband tussen de diëtist en de patiënt en de kwaliteit van de geleverde zorg (als deze transparant is).

opzichte van de verzekeraar hangt mede af van het aantal concurrenten dat een contract sluit met een verzekeraar, de hoogte van de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg en de rol van de huisarts. In de huidige situatie worden bijna alle diëtisten gecontracteerd. Zij zijn daarom nu nog enigszins afhankelijk van een contract met een verzekeraar.

3.1.3.3 Verzekerde

De verzekerde zelf beschikt niet zo snel over een goede onderhandelingspositie ten opzichte van de aanbieder. Hij kan echter wel stemmen met zijn voeten als hij ontevreden is over de prijs/kwaliteit verhouding die de diëtist aanbiedt. Deze moet in dat geval wel transparant zijn. Uit hoofdstuk 2 blijkt dat de verzekerde kan kiezen tussen verschillende aanbieders. Doordat de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders niet transparant zijn, wordt dit bemoeilijkt.

Conclusie

De marktverhoudingen tussen aanbieders en verzekeraars zijn in het voordeel van de laatste partij. Dit kan goed zijn voor de consument zolang de verzekeraar geen misbruik maakt van zijn inkoopmacht. Voor de verzekerde is het moeilijk om een aanbieder te kiezen omdat de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders niet transparant zijn.

Consultatievraag 10

Is de analyse over marktverhoudingen volledig en correct? Zo niet, kunt u aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

3.2 Anticompetitieve gedragingen

Een goede werking van de markt kan worden belemmerd doordat partijen bewust de mededinging op de markt beperken. Wanneer het risico op anticompetitieve gedragingen groot is en dit risico onvoldoende wordt ondervangen door regelgeving, kan dit een reden zijn om de markt te reguleren. Hieronder wordt nader ingegaan op een aantal potentiële anticompetitieve gedragingen op de markt voor dieetadviesing en het risico daarop.

3.2.1 Te hoge prijzen

Van te hoge of excessieve prijzen is sprake 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.¹⁸ Van een te hoge prijs is sprake wanneer de marge op een product zowel in absolute zin als in vergelijking met bijvoorbeeld de marges op een zelfde product in een meer competitieve markt, zeer hoog te noemen is. Overigens wil het signaleren van een hoge prijs niet altijd zeggen dat de prijs ook daadwerkelijk té hoog is. Schaarste op de markt kan bijvoorbeeld ook een prijsopdrijvend effect hebben.

De NZa is van mening dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor dieetadviesing beperkt is:

- Er lijkt op dit moment voldoende aanbod op de markt te zijn. Wanneer een aanbieder te hoge prijzen vraagt, kunnen consumenten en

¹⁸ Arrest van het Europese Hof van Justitie op 14 februari 1978: United Brands vs. Europese Commissie, zaaknummer 27/76, jur. 1978, 207.

- verzekeraars kiezen voor een andere aanbieder. Diëtisten beschikken daardoor niet over een economische machtspositie.
- Er is een dreiging van nieuwe toetreders tot de markt die de markt zullen betreden wanneer de prijzen te hoog worden. De voordelen van het hanteren van een te hoge prijs zijn daardoor beperkt.

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven bestaat er vanuit de historische situatie mogelijk een risico op hogere prijzen als de markt wordt vrijgegeven. Diëtisten menen dat het huidige maximumtarief te laag ligt. Het is aan verzekeraars en consumenten om er voor te zorgen dat diëtisten geen te hoge prijs vragen door aanbieders met elkaar te vergelijken en voor de aanbieder met de beste prijs/kwaliteit verhouding te kiezen. In de vorige alinea werd al ingegaan op argumenten die het risico op te hoge prijzen beperken. De structurele marktverhoudingen zijn redelijk evenwichtig. Dit hoeft echter niet in te houden dat de prijzen niet zullen stijgen als de markt wordt vrijgegeven. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld de huidige prijzen ook te laag vinden en consumenten kunnen kiezen voor diëtisten die een hogere kwaliteit leveren. Verzekeraars en consumenten bepalen uiteindelijk wat een acceptabele prijs is.

Consultatievraag 11

Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo nee, waarom niet?

3.2.2 Te lage prijzen

Een lage prijs voor zorg is in veel gevallen een teken van doelmatigheid. Intuïtief gezien kan de prijs daarom meestal niet laag genoeg zijn. Toch zijn er situaties denkbaar waarin het in ieders belang is dat de prijs niet te laag is. Zo kunnen zorgaanbieders met een economische machtspositie hun producten tijdelijk tegen een zeer lage prijs - dat wil zeggen onder de kostprijs - aanbieden om zo concurrenten en toetreders uit de markt te drijven. Hoewel een strategie van te lage prijzen (of rooftprijzen) op korte termijn tot verliezen leidt, kan de aanbieder op lange termijn zijn investering terugverdienen door de prijzen te verhogen, bij gebrek aan concurrenten, tot boven het competitieve niveau. Dit schaadt uiteindelijk het belang van de consument.

Volgens de NZa is het risico op te lage prijzen in de markt voor dieetadvisering beperkt vanwege het gebrek aan terugverdienmogelijkheden. Wanneer een diëtist na een periode van te lage prijzen probeert zijn prijs te verhogen tot boven het competitieve niveau, zal dit immers al snel leiden tot nieuwe toetreders tot de markt die op hun beurt weer een prijsdempend effect zullen hebben. Er is dus geen sprake van blijvende marktmacht. Bovendien zijn de financiële reserves van diëtisten meestal beperkt, waardoor het onwaarschijnlijk is dat een diëtist een strategie van te lage prijzen lang genoeg kan volhouden om al zijn concurrenten uit de markt te drijven.

Te lage prijs door thuiszorginstellingen ten opzichte van vrijgevestigde diëtisten

Het risico op te lage prijzen is op de markt voor dieetadvisering aanwezig omdat veel thuiszorginstellingen op de markt actief zijn. Deze zorgaanbieders zouden dieetadvisering onder de kostprijs kunnen aanbieden en de kosten daarvan (langdurig) kunnen afwentelen op andere markten waarop zij actief zijn. Hoewel de zorgaanbieders hiermee geen winst kunnen behalen, kan dit bijvoorbeeld worden

ingegeven door een streven naar schaalvergroting en het beperken van de concurrentie.

Het is moeilijk om in te schatten hoe groot het risico op te lage prijzen door thuiszorginstellingen precies is. Dit hangt onder meer af van de ruimte voor instellingen om op andere markten te hoge prijzen te vragen en zo extra middelen te vergaren om op de markt voor dieetadvisering producten aan te bieden onder de kostprijs (kruissubsidiëring). De NZa verwacht dat de ruimte voor kruissubsidiëring klein is gezien de huidige situatie op de markt voor thuiszorg waarbij sprake is van onzekerheid en winstmarges onder druk staan.

Instrumentarium

Indien er op de markt voor dieetadvisering sprake is van een aanbieder met een machtspositie die te lage prijzen in rekening brengt/dreigt te brengen, dan kunnen zowel de NMa als de NZa ingrijpen. De NZa kan preventief regels opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht waarvan het risico groot is dat zij te lage prijzen zullen stellen. De NMa kan een boete opleggen wanneer een partij daadwerkelijk misbruik maakt van zijn economische machtspositie. Dit beperkt het risico op te lage prijzen.

Consultatievraag 12

Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te lage prijzen op de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

3.2.3 Samenwerking tussen zorgaanbieders onderling

Samenwerking tussen diëtisten kan belangrijke zorginhoudelijke voordelen hebben. Zo kan samenwerking bijvoorbeeld bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en aan innovatie. Sommige vormen van samenwerking beperken de concurrentie op de markt echter sterk en zijn daarom niet toegestaan (kartelvorming). Daarnaast moeten samenwerkingsverbanden in principe openstaan voor alle zorgaanbieders. Het samenwerkingsverband mag dus niet worden gebruikt om bepaalde aanbieders buiten de markt te houden.

De volgende vormen van samenwerking zijn verboden¹⁹:

- **Prijsafspraken:** Diëtisten mogen niet gezamenlijk een tarief bedingen bij inkopende zorgverzekeraars. Ook onderlinge afspraken over de hoogte van tarieven, kortingen en toeslagen zijn verboden.
- **Marktverdelingsafspraken:** Het is diëtisten 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:** Diëtisten mogen niet gezamenlijk besluiten geen overeenkomst te tekenen met zorgverzekeraars. Elke diëtist moet dit voor zichzelf beslissen.

Op de markt voor vrije beroepers is in het algemeen een groot aantal kleine spelers actief. De structuur van de markt kan daarom collusie tot gevolg hebben. Binnen een bepaalde straal kunnen aanbieders elkaar opzoeken en bestaat het risico dat zij afspraken maken over de prijs of de verdeling van de markt. In niet goed werkende markten kan meer transparantie het risico op collusie tussen aanbieders vergroten. Aanbieders kunnen dan makkelijker signalen naar elkaar afgeven en

¹⁹ Mededingingswet, artikel 6.

elkaars gedrag beter monitoren. Bij het vrijgeven van een markt moet daarom rekening worden gehouden met dit risico. Voor de markt van dieetadvisering lijkt het risico op collusie beperkt gegeven de lage toetredingsdrempels, de marktmacht van de verzekeraars (zie paragraaf 3.1.3) en de beperkte mogelijkheid voor het hanteren van anticompetitieve prijzen. Daarbij kan worden opgemerkt dat het algemeen mededingingsrechtelijk kader instrumenten bevat om eventuele kartelvorming te adresseren, indien collusie zich onverhoopt mocht voordoen. Ook gaat de NZa bij het monitoren van deze markt letten op mogelijke ongeoorloofde vormen van samenwerking.

Consultatievraag 13

Deelt u de analyse dat het risico van kartelvorming (collusie) in de markt voor dieetadvisering beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

3.2.4 Misbruik inkoopmacht

Inkoopmacht is marktmacht aan de zijde van de zorgverzekeraar. Enige inkoopmacht is vaak wenselijk omdat de zorgverzekeraar dan beter zorg kan inkopen, dit komt ten goede aan de consument. Er bestaat echter een risico dat een zorgverzekeraar die beschikt over inkoopmacht deze misbruikt door dusdanige inkoopvoordelen af te dwingen dat zowel de mededinging als de consument hier uiteindelijk schade van ondervinden. Voorbeelden hiervan zijn het eisen door de verzekeraar van een prijs die zo laag is dat de kwaliteit daardoor in het geding komt of tot een verschraling van het aanbod leidt.

Een verzekeraar heeft inkoopmacht wanneer een diëtist van een contract met die verzekeraar afhankelijk is. Hoewel er in Nederland meerdere zorgverzekeraars actief zijn – en de diëtist dus in principe meerdere contractmogelijkheden heeft – is het wel zo dat per regio vaak één verzekeraar een stuk groter is dan de rest.²⁰ Een contract met deze zorgverzekeraar kan voor de diëtist daarom belangrijk zijn. De zorgverzekeraar heeft daarmee in principe inkoopmacht tegenover de diëtist.

De NZa acht het aannemelijk dat bij dieetadvisering in theorie een reëel risico op misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars aanwezig is. Er zijn echter ook factoren aan te dragen die de kans op misbruik klein maken. Hieronder volgt een overzicht van de argumenten die voor en tegen misbruik kunnen spreken.

Voor misbruik inkoopmacht

- *Voldoende aanbieders:* De verzekeraar kan kiezen uit voldoende aanbieders. De diëtisten lijken dus niet over een sterke onderhandelingspositie te beschikken.
- *Diëtisten weinig ondernemingsgericht:* Bovendien lijken de diëtisten op dit moment niet voldoende ondernemingsgericht om in onderhandelingen met zorgverzekeraars voldoende tegenwicht te kunnen bieden.

²⁰ Dit is te wijten aan het feit dat men tot voor kort in Nederland ziekenfondsregio's kende. Mensen die in een bepaalde ziekenfonds regio woonden waren automatisch bij een bepaalde verzekeraar verzekerd. Ondanks dat consumenten op dit moment zelf een zorgverzekeraar kunnen kiezen, is hebben de meeste oude ziekenfondsen in hun voormalige kernwerkgebieden nog een groot marktaandeel.

- *Geen externe prikkel om goed in te kopen:* De zorgverzekeraar ervaart zoals in paragraaf 3.1 is besproken niet direct een prikkel om kwalitatief goede zorg in te kopen omdat de consument hierop niet let bij het afsluiten van een polis. Doordat de kwaliteit van de zorg niet transparant is, bestaat het risico dat de verzekeraar zich te eenzijdig richt op de prijs. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is daarom belangrijk dat de kwaliteit van de geleverde zorg transparant wordt. Eventuele kwaliteitsverslechtingen worden dan transparant gemaakt.

Tegen misbruik inkoopmacht

- *Geen interne prikkel om scherp in te kopen:* Zoals in paragraaf 3.1 ook werd opgemerkt, ervaart de verzekeraar echter ook niet een sterke prikkel om scherp in te kopen gezien de beperkte schadelast die dit met zich meebrengt. De kans dat een verzekeraar misbruik maakt van zijn machtspositie lijkt daarom gering. Deze prikkel wordt echter sterker omdat, gezien de toename van de vraag, profilering belangrijk wordt voor verzekeraars.
- *Zorgplicht:* Verzekeraars hebben voor de zorg die onder de basisverzekering valt een zorgplicht. Deze zorgt er voor dat zij een prikkel ondervinden om goed in te kopen.
- *Geen contracteerplicht:* De mogelijkheid van verzekeraars om misbruik van hun inkoopmacht te maken, wordt beperkt door een bepaalde mate van keuze vrijheid van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders hebben geen verplichting om met een zorgverzekeraar een contract aan te gaan. Zij kunnen kiezen voor de verzekeraars die de meest gunstige contractvoorwaarden aanbieden.
- *Toezicht NZa, NMa op de markt:* Het regulerend kader biedt in beginsel instrumenten om ook na de introductie van vrije prijsvorming eventueel misbruik van inkoopmacht door verzekeraars te adresseren. De NZa kan, indien de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid door een te grote inkoopmacht in het geding komen, verplichtingen op grond van aanmerkelijke macht opleggen. Voorts kan de NMa tegen misbruik van inkoopmacht optreden indien een verzekeraar daadwerkelijk beschikt over een economische machtspositie.

Misbruik inkoopmacht?

Gezien het grote aantal aanbieders van dieetadvisering is het mogelijk dat verzekeraars gebruik gaan maken van standaard contracten om de zorg te contracteren. Dit doen zij ook in de markt voor fysiotherapie. Diëtisten zullen dan niet kunnen onderhandelen over de aan hen voorgelegde contracten. Dit hoeft echter niet te betekenen dat verzekeraars misbruik maken van hun eventuele inkoopmacht. De Mededingingswet dwingt verzekeraars namelijk niet om individueel te onderhandelen met diëtisten. De zorgverzekeraar is daarnaast 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 zorgaanbieders zodat deze van te voren weten aan welke eisen zij moeten voldoen.

De mogelijkheid dat diëtisten niet individueel kunnen onderhandelen over de contracten betekent niet dat zij geen keuze hebben om een contract te weigeren. Diëtisten krijgen verschillende aanbiedingen van verzekeraars voorgeschoteld en kunnen ervoor kiezen om alleen contracten te tekenen met die verzekeraars die in hen ogen een gunstig aanbod doen. Daarnaast blijkt uit de markt voor fysiotherapie dat verzekeraars vaak wel bereid zijn om individueel te onderhandelen over voorstellen voor nieuwe

producten.

Verzekeraars hebben daarnaast de vrijheid om de inkoop voor de basisverzekering en de aanvullende verzekering aan elkaar te koppelen. De zorgverzekeraar beschikt zoals reeds gezegd over de vrijheid om te kiezen bij wie hij zijn zorg inkoop en kan er voor kiezen om de zorg voor de aanvullende verzekering alleen in te kopen bij diëtisten die hij ook heeft gecontracteerd voor de basisverzekering. Ook in dit geval is er dus geen sprake van misbruik van inkoopmacht.

Conclusie

Aan de ene kant ervaren verzekeraars in theorie prikkels om misbruik te maken van hun inkoopmacht. Aan de andere kant zijn er factoren die deze prikkels juist tegengaan. In zijn algemeenheid kan daarom geconcludeerd worden dat de prikkels die verzekeraars ervaren om misbruik te maken van hun inkoopmacht beperkt zijn.

Consultatievraag 14

Deelt u de mening van de NZa dat het risico dat verzekeraars misbruik maken van hun inkoopmacht beperkt is? Zo niet, kunt u concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden?

Consultatievraag 15

Mist u naast de hierboven genoemde anticompetitieve gedragingen nog andere gedragingen die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening gehouden moet worden?

3.3 Externe effecten

3.3.1 Inleiding

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven of niet moet worden onderzocht of er mogelijk sprake is van ongewenste, niet bedoelde bijeffecten; zogenoemde externe effecten.²¹ Deze effecten kunnen hun weerslag hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg en kunnen een reden zijn om een markt niet vrij te geven. Hierna worden deze externe effecten en de door de NZa verwachte kans dat deze effecten optreden, nader beschreven. De externe effecten komen voort uit de meetlat die in het visiedocument theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg zijn opgenomen.

3.3.2 Afwenteleffecten

Een risico op een markt met vrije prijzen is dat zorgaanbieders - zeker wanneer zij zelf de indicatie kunnen stellen - patiënten met klachten waarvan de behandeling voor hen financieel niet aantrekkelijk is- door verwijzen naar de tweede lijn. Er is dan sprake van afwenteling op een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener, wat tot stijging van de kosten kan leiden en de toegankelijkheid van de zorg kan beperken. Ook voor zorgverzekeraars of voor zorgconsumenten kan er een prikkel zijn om de zorg te laten verlenen door een andere dan de oorspronkelijk

²¹ Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties, en zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen bijvoorbeeld afwentel en spillover effecten.

bedoelde zorgverlener, als zij op die manier een eigen betaling kunnen omzeilen. Afwenteleffecten kunnen dan ook een negatief effect hebben op de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Op de markt voor dieetadvisering is het risico voor afwenteleffecten niet aanwezig. De diëtist wordt per kwartier betaald, hij heeft daardoor geen prikkel om aan afwenteling te doen. Daarnaast vervult de diëtist zelf geen verwijfsfunctie en kan geen zorg op de tweede lijn afwentelen. Tevens is er geen sprake van substitutie tussen de eerste en tweede lijn voor door diëtisten verleende zorg.

Conclusie

De NZa verwacht dat het risico op afwenteleffecten klein is omdat diëtisten niet over de mogelijkheden beschikken om afwenteling toe te passen. Zij ervaren hier ook geen prikkels toe.

Consultatievraag 16

Kunt u zich in de analyse vinden dat een eventuele introductie van vrije prijsvorming op de markt voor dieetadvisering geen risico met betrekking tot afwenteleffecten met zich meebrengt?

3.3.3 Ketenzorg/spillover effecten

Bij het vrijgeven van prijzen voor een bepaalde beroepsgroep moet ook de samenhang met andere beroepsgroepen en de beroepsgroep zelf in beschouwing worden genomen. Als bijvoorbeeld een beroepsgroep in een keten samenwerkt met andere beroepsgroepen, kan de liberalisering van een groep binnen de keten mogelijk negatieve externe effecten veroorzaken die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort. Hierdoor kan bijvoorbeeld de kwaliteit van de geleverde zorg in gevaar kan komen.

De meeste diëtisten zijn zelfstandig gevestigd en nemen in een relatief geringe mate deel aan georganiseerde samenwerkingsvormen als ketenzorg of gezondheidscentra (de samenwerking rond diabetespatiënten vormt hier een uitzondering op). In die zin heeft vrije prijsvorming geen negatieve gevolgen voor ketenzorg. De beroepsvereniging stimuleert de laatste jaren de diëtisten om meer samenwerkingsverbanden aan te gaan, ook vanuit medisch inhoudelijk oogpunt.²² Een voorbeeld hiervan is samenwerking met fysiotherapeuten of psychologen. De introductie van vrije prijsvorming kan mogelijk een verdere stimulans voor diëtisten vormen om meer aandacht te besteden aan samenwerking, waardoor zij een meerwaarde kunnen bieden aan hun klanten. Bijvoorbeeld door specialisering en samenwerking op het gebied van ouderen, kinderen, oncologiepatiënten, diabetespatiënten, hartpatiënten of sporters. Ervaringen uit de markt voor bijvoorbeeld fysiotherapie laten zien dat fysiotherapeuten meer zijn gaan samenwerken op het gebied van kwaliteit, innovatie en administratie. De vrije prijsvorming zorgt ook voor extra dynamiek in de markt. Innovatie door bijvoorbeeld het ontwikkelen van multi-disciplinaire zorgproducten kan tot meer samenwerking leiden.

De huidige regulering biedt hiertoe minder mogelijkheden. Tarieven zijn namelijk gekoppeld aan vaste prestaties en zijn gemaximeerd. Hierdoor

²² Mogelijk komt dit omdat diëtisten tot op heden een minder ondernemingsgerichte instelling bij het verlenen van zorg kennen en aan de deelname aan samenwerkingsverbanden kostendrempels zijn verbonden. Veel diëtisten hebben een praktijk aan huis en kennen een lage kostenstructuur. Samenwerking betekent vaak ook dat diëtisten moeten delen in bepaalde vaste kosten, als huisvesting, gezamenlijke administratieve ondersteuning e.d.

zijn er minder mogelijkheden voor differentiatie en ook minder prikkels om samen met andere aanbieders in bijvoorbeeld een gezondheidscentrum te werken.

Conclusie

De NZa verwacht op grond van bovenstaande overwegingen dat vrije prijsvorming én de daaruit volgende dynamiek in de markt de tot op heden zeer beperkte samenwerking tussen diëtisten onderling of met andere zorgaanbieders kan stimuleren en niet in negatieve zin zal beïnvloeden.

Consultatievraag 17

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat de introductie van vrije prijsvorming geen negatieve effecten heeft op ketenzorg, maar juist een prikkel tot onderlinge samenwerking of samenwerking met andere zorgaanbieders kan geven?

3.3.4 Volume-effecten (supplier induced demand, upcoding)

Bij de beslissing om een markt vrij te geven, is het tevens van belang te letten op mogelijke prikkels voor zorgaanbieders om extra, niet medisch noodzakelijke zorg te leveren om zo extra inkomen te vergaren (aanbodgestuurde vraag of supplier induced demand). Dit geldt eveneens voor mogelijke prikkels voor zorgaanbieders om duurdere/complexere behandelingen te geven dan noodzakelijk (upcoding).

Volume-effecten

In de markt voor dieetadviesing is het risico van volume-effecten aanwezig. Er is sprake van een informatieasymmetrie tussen enerzijds de diëtist en anderzijds verzekeraars en patiënten ten aanzien van (de noodzaak van) de door een diëtist geadviseerde behandeling. Hierdoor bestaat de prikkel voor de aanbieder om meer volume te draaien. De informatieasymmetrie wordt versterkt door een relatief groot aantal indirecte uren per patiënt, dit is kenmerkend voor dieetadviesing. Dit zorgt voor minder transparantie en een verhoogd risico op volume effecten.

Er zijn twee factoren die het risico op supplier induced demand beperken:

- Een belangrijke mitigerende factor is de rol die verzekeraars kunnen spelen. Zorgverzekeraars kunnen het risico op supplier induced demand verkleinen door bijvoorbeeld benchmarkstudies uit te voeren of zorgaanbieders aan elkaar te spiegelen. Zorgaanbieders die zonder een goede, aantoonbare reden veel meer behandelingen uitvoeren dan gemiddeld kunnen dan bijvoorbeeld worden gekort op hun productieafspraken. Ook kunnen verzekeraars efficiënte aanbieders belonen.
- Het aantal door verzekeraars vergoede behandeluren is beperkt. Wanneer de zorgaanbieder het aantal behandeluren overschrijdt waarvoor de consument verzekerd is, via de basisverzekering danwel aanvullende verzekering, draait de consument zelf op voor de kosten van de zorg. Er is dan het risico dat de patiënt stopt met de behandeling en op zoek gaat naar een alternatief, bijvoorbeeld zelf het dieet voortzetten zonder controle van de aanbieder. Dit beperkt de mogelijkheden voor de diëtist om het door hem gewenste aantal behandelingen uit te voeren. De rol van de verzekeraar kan hier

versterkt worden door meer inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg te creëren.

Het is op dit moment niet te voorspellen of de introductie van vrije prijsvorming op de markt voor dieetadviesing leidt tot een groter risico op supplier induced demand dan in een gereguleerde markt. Dit is in grote mate afhankelijk van de concurrentie die op deze markten zal ontstaan. Als er meer informatie bekend wordt over de totale kosten van dieetadviesing, er informatie over kwaliteit beschikbaar is en patiënten eenvoudig van aanbieder veranderen, kan vrije prijsvorming het effect van supplier induced demand verkleinen. Als dit niet het geval is, is het mogelijk dat de kans op supplier induced demand groter is dan in de huidige situatie met gereguleerde prijzen als de marge voor de aanbieder bij vrije prijsvorming groter is.

Upcoding

Het risico van upcoding lijkt bij dieetadviesing beperkt te zijn. De huidige vergoedingen systematiek en het beperkte aantal prestaties geven diëtisten geen mogelijkheden om in plaats van een eenvoudige behandeling te kiezen voor een meer complexere behandeling. Daarnaast is dit risico onder vrije prijsvorming niet groter dan bij regulering.

Conclusie

Op basis van het voorgaande verwacht de NZa dat er een beperkt risico op volume-effecten bestaat. Verzekeraars beschikken echter over voldoende mogelijkheden om dit te beheersen.

Consultatievraag 18

Bent u het eens met de analyse van de NZa dat er bij de introductie van vrije prijsvorming bij dieetadviesing een beperkt risico op volume-effecten bestaat?

Consultatievraag 19

Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven? Zo ja, kunt u concreet aangeven met welke effecten nog meer rekening moet worden gehouden?

4. Lastendruk-/veranderingskosten

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven, is het goed om inzicht te hebben in de lastendruk en veranderingskosten. De lasten van het huidige systeem met regulering moeten worden afgezet tegen de lasten van het systeem onder vrije prijsvorming. Bij de uiteindelijke beslissing om een markt vrij te geven, moeten ook de eventuele baten van marktwerking meegenomen worden. Het is op voorhand moeilijk om een inschatting te maken van de lastendruk in een vrije marktomgeving. Onderstaande analyse betreft daarom vooral een kwalitatieve analyse en richt zich op de kosten voor aanbieders en verzekeraars die samenhangen met de regulering vanuit de overheid.

4.1 Lastendruk

De NZa is een project gestart dat als doel heeft om de door de NZa veroorzaakte administratieve lasten voor zorgaanbieders, verzekeraars en zorgkantoren te verminderen. Het project draagt de naam 'Wegnemen (onnodige) Administratieve Lasten door de Zorgautoriteit' (WALZ). In het kader van dit project heeft zij geïnventariseerd hoe hoog de administratieve lasten, de nalevings- en de uitvoeringslasten zijn. Daarnaast is er aandacht voor de belevingslasten. Onderstaande analyse sluit aan bij deze methodiek.

Onder reguleringskosten vallen drie groepen van kosten:

- de administratieve lasten;
- de inhoudelijke nalevingskosten;
- de uitvoeringslasten van de NZa zelf.

Administratieve lasten

De administratieve lasten zijn de kosten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te voldoen aan de informatieverplichtingen, die voortvloeien uit regelgeving van de overheid (in dit geval de NZa).²³ Het gaat om het verzamelen, bewerken en registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Inhoudelijke nalevingskosten

De inhoudelijke nalevingskosten zijn de kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit de regels van de NZa (dus niet zijnde administratieve verplichtingen).²⁴ Alleen de kosten die niet gemaakt zouden worden als de wet- en regelgeving er niet is, worden tot de inhoudelijke nalevingskosten gerekend.

Uitvoeringslasten

De uitvoeringslasten zijn gedefinieerd als de kosten die door de NZa worden gemaakt om uitvoering te geven aan de (informatie) verplichtingen die de NZa oplegt aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars in door haar zelf uitgevaardigde regelgeving of

²³ De administratieve lasten worden bepaald door de kosten van een administratieve afhandeling te vermenigvuldigen met het aantal bedrijven of handelingen waarop deze van toepassing is. De kosten voor een administratieve afhandeling worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

²⁴ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is.²⁵ Daartoe worden ook de kosten gerekend die zijn gemoeid met de handhaving van verplichtingen.

Huidige lastendruk diëtisten

Uit het project WALZ blijkt dat de vrije beroepen met maximumtarieven, waaronder de diëtisten, in 2006 uitvoeringslasten met zich meebrengen. Het gaat hier om de kosten die zijn verbonden aan het maken van tarieven en het handhaven en het bezwaar maken tegen overheidsbesluiten. Als de NZa tarieven blijft reguleren, moet zij daarnaast kostenonderzoek uitvoeren om de juiste hoogte van de tarieven te bepalen.

Kostenonderzoek

Indien de minister besluit om de prijzen op de markt voor dieetadviesing niet vrij te geven en de markt dus gereguleerd blijft, vindt er in 2008 nog een kostenonderzoek door de NZa plaats. Het kosten onderzoek moet inzicht geven in de kosten die diëtisten maken bij de door hen geleverde zorg. De uitkomsten van het onderzoek worden vervolgens gebruikt worden om het tarief op de werkelijke gemiddelde kosten te baseren. Het onderbouwde tarief moet vervolgens vanaf 2009 gaan gelden.

Lastendruk diëtisten onder vrije prijsvorming

De relevante vraag is of de lastendruk voor de diëtisten anders wordt indien de prijzen worden vrijgegeven. Het rapport WALZ geeft hier in enige mate inzicht in, omdat ook de lastendruk voor fysiotherapeuten is opgenomen. Voor fysiotherapeuten gelden vrije prijzen. Uit het rapport blijkt dat de verschillen in lastendruk voor fysiotherapeuten ten opzichte van beroepsgroepen met een maximumtarief vooral voortvloeien uit de kosten die gepaard gaan met de kennisneming van regelgeving met betrekking tot de standaardprijzlijsten en het ontwerp en ter beschikking stellen van deze prijslijsten.²⁶ Het gaat hier om administratieve lasten. Voorts kunnen er nalevingskosten zijn die samenhangen met de handhaving van de plicht om een standaardprijzlijst op te hangen. Daarnaast zijn er kosten die te maken hebben met het monitoren van de markten, dit zijn deels administratieve lasten en deels uitvoeringslasten. Deze monitorkosten hangen samen met de toezichthoudende taak van de NZa om de ontwikkelingen op de markt in de gaten te houden. Deze kosten zijn overigens gering van omvang en incidenteel van aard. De uitvoeringslasten met betrekking tot het vaststellen en handhaven van tarieven vervallen uiteraard. De kosten van het handhaven van bijvoorbeeld transparantieplichtingen kunnen wel toenemen.

4.2 Veranderingskosten

Het vrijgeven van een markt brengt veranderingskosten met zich mee die niet worden veroorzaakt door de overheid. Nu gelden er nog maximumtarieven voor aanbieders van dieetadviesing. Met het

²⁵ De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

²⁶ Fysiotherapeuten zijn verplicht om een standaardprijzlijst op een in het oog springende plek in hun praktijk te hangen waarop de tarieven zijn vermeld die zij hanteren voor een behandeling. Hierdoor is het voor de consument transparant welke prijs hij moet betalen voor een behandeling mocht hij niet verzekerd zijn voor fysiotherapie of welk deel van de behandeling hij zelf moet betalen als de betreffende fysiotherapeut niet gecontracteerd is door zijn verzekeraar.

vrijgeven van prijzen hebben verzekeraars en aanbieders mogelijkheden om direct met elkaar afspraken te maken over prijzen. Het kan dan voorkomen dat een aanbieder met elke verzekeraar een ander tarief afsprekt waardoor de lastendruk voor de beroepsgroep kan toenemen. Verzekeraars en aanbieders van dieetadvisering kunnen afspraken met elkaar maken om deze lastendruk zo beperkt mogelijk te houden voor elkaar en voor de verzekerde. Dit is bijvoorbeeld ook in de markt voor fysiotherapie gebeurd. Een toename in lastendruk moet daarnaast worden afgezet tegen de toegenomen vrijheden van verzekeraars en aanbieders om op maat gesneden afspraken te maken (zie ook onderstaande box).

Baten van marktwerking

Het vrijgeven van een markt geeft verzekeraars en aanbieders meer vrijheden en mogelijkheden om in te spelen op specifieke omstandigheden in een markt. Dit is minder mogelijk in een situatie met prijsregulering.

In een markt met gereguleerde prijzen is de hoogte van het algemene tarief idealiter gebaseerd op de gemiddelde kosten in de sector. Daardoor wordt vaak geen rekening gehouden met specifieke (regionale) omstandigheden. Zo kan het tarief niet stijgen in regio's waar schaarste heerst om daar nieuw aanbod uit te lokken. Ook kan het tarief voor bepaalde regio's te laag zijn om alle kosten te dekken, waardoor de kwaliteit van de zorg in die regio in gevaar kan komen en nieuwe aanbieders niet tot de markt willen toetreden. Als er vrije prijzen zijn kunnen verzekeraars wel direct inspelen op deze specifieke omstandigheden. Vrije prijzen kunnen in deze zin zorgen voor een betere toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Vrije prijzen geven zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook betere prikkels om te investeren in de kwaliteit van zorg, de transparantie daarvan en de doelmatigheid. Zoals in het verleden is gebleken, zijn deze prikkels beperkt onder prijsregulering; alle aanbieders kregen immers het maximumtarief. De prikkel voor aanbieders om zich op het gebied van bijvoorbeeld kwaliteit van elkaar te onderscheiden, waren beperkt omdat een hogere kwaliteit maar ten dele kon worden weerspiegeld in een hogere prijs. De introductie van vrije prijsvorming brengt meer dynamiek met zich mee. Het biedt meer mogelijkheden voor productinnovatie, variatie in het aanbod en in zijn algemeenheid ondernemerschap. Dit geldt zeker in een situatie waarin er voor verzekeraars en consumenten iets te kiezen valt. Aanbieders worden ook meer gestimuleerd om de grenzen van geoorloofde samenwerking op te zoeken, al dan niet via directe stimulansen van de verzekeraar.

Conclusie

Vrije prijsvorming leidt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de korte termijn tot een beperkte toename van de lastendruk. Deze hangen vooral samen met transparantie-eisen. Dit zijn incidentele kosten met een duidelijk doel: vergroting van de prijstransparantie voor de consument. Structureel verdwijnen de reguleringskosten verbonden aan de tarifiering. Daarnaast zijn aan de introductie van vrije prijsvorming veranderingskosten verbonden, deze moeten echter afgewogen worden tegen de baten van vrije prijsvorming. De NZa ziet op voorhand geen reden om de markt vanwege de reguleringskosten en veranderingskosten niet vrij te geven. Zij verwacht dat de baten van vrije prijsvorming hier ruimschoots tegen opwegen.

Consultatievraag 20

Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over lastendruk- en veranderingskosten? Zo niet, kunt u dan concreet aangeven waar de analyse aangescherpt en verbeterd kan worden.

5. Monitoren marktontwikkelingen

Als de minister besluit om een markt vrij te geven, dan ligt er een belangrijke taak voor de NZa om een markt te monitoren. Via de monitor kunnen marktontwikkelingen worden gevolgd en wordt de borging van de publieke belangen in de gaten gehouden. Als partijen ongewenste gedragingen vertonen die de concurrentie verstoren, kan de NZa ingrijpen. Monitors leveren daarmee de basis voor oordeelsvorming over het inzetten van instrumenten op de markt. Het monitoren en de intensiteit van de inzet van dit instrument worden grotendeels bepaald door de risico's die een goede werking van de markt voor dieetadvisering in de weg staan. Het gaat dan vooral om mogelijke anticompetitieve gedragingen van partijen. Deze staan deels in dit consultatiedocument en vloeien verder voort uit de consultatieronde. De consultatieronde heeft als belangrijk doel om de prioriteiten in de monitor te bepalen.

Regelgevend kader

Het regelgevend kader biedt in het beginsel instrumenten om ook na de introductie van vrije prijsvorming mededingingsproblemen die bij de markt voor dieetadvisering ontstaan, te adresseren. De NZa kan, als de publieke belangen van kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid bijvoorbeeld door een te grote inkoopmacht van verzekeraars in het geding zouden komen, verplichtingen op grond van aanmerkelijke marktmacht opleggen. De NMa kan ook tegen misbruik van inkoopmacht optreden.

Inzet instrumentarium NZa

De NZa bezit via de Wmg (Wet marktordening gezondheidszorg) verschillende instrumenten om toezicht te houden op de markt. Zo kan de NZa via artikel 38 van de Wmg aanbieders verplichten om informatie over de kwaliteit, de prijs en de omschrijving van de aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Hiermee kan de transparantie in een markt dus worden bevorderd. Ook kan de NZa via artikel 45 van de Wmg regels stellen voor de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg en de voorwaarden in die overeenkomsten. Zo kunnen eisen worden gesteld met betrekking tot een redelijke antwoordtermijn op onderhandelingsvoorstellen. Daarnaast kan de NZa op grond van artikel 48 van de Wmg partijen die beschikken over aanmerkelijke marktmacht (AMM) preventief verplichtingen opleggen.²⁷

Relatie met andere toezichthouders

Naast de NZa zijn er op de zorgmarkt andere toezichthouders actief, zoals de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Met deze toezichthouders werkt de NZa intensief samen. Wanneer de taken en bevoegdheden van deze toezichthouders raken aan de taken en bevoegdheden van de NZa, zijn hierover afspraken gemaakt. Deze zijn vastgelegd in verschillende samenwerkingsconvenanten. Deze samenwerkingsconvenanten zijn te vinden op de website van de NZa (www.nza.nl).

²⁷ Aanmerkelijke marktmacht doet zich voor als een partij zich onafhankelijk van zijn concurrenten, consumenten en/of leveranciers en afnemers kan gedragen. Zie ook het consultatiedocument 'Aanmerkelijke marktmacht in de zorg', te vinden op www.nza.nl

Bijlage I Begrippenlijst

Afwenteleffecten: Het door de zorgaanbieder (1^{ste} of 2^{de} lijn) of zorgverzekeraar doorverwijzen van niet-rendabele patiënten.

Anti-competitieve gedragingen: Gedragingen door marktpartijen (aanbieders, verzekeraars) die een goede werking van de markt kunnen belemmeren. Voorbeelden hier van zijn kartelvorming, te hoge of te lage prijzen en misbruik maken van inkoopmacht.

Collusie: Het door zorgaanbieders maken van ongewenste onderlinge afspraken over prijs of verdeling van de markt.

Economische machtspositie: Een aanbieder beschikt over een economische machtspositie als hij/zij in staat is om zich in belangrijke mate onafhankelijk van concurrenten, aanbieders, verzekeraars of patiënten te gedragen.

Externe effecten: Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties, en zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen.

Extramurale zorg: Alle zorg die niet klinisch van aard is. De patiënt wordt niet opgenomen in een instelling zoals bij intramurale zorg.

Keteneffecten: Mogelijke negatieve externe effecten die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort.

Restitutieverzekering: Een verzekering waar de consument op basis van de gemaakte ziektekosten geheel of gedeeltelijk krijgt vergoed (na aftrek van het eventuele bedrag van het eigen risico).

Substituten: Een zorgaanbieder die als een vervanger kan dienen voor een andere zorgaanbieder vanuit het oogpunt van de consument.

Toetredingsdrempels: Omstandigheden die de toegang tot een markt belemmeren.

Transparantie: De mate waarin informatie inzichtelijk, open en beschikbaar is.

Transactiekosten: De kosten die gemaakt moeten worden om een contract tot stand te brengen en de kosten die daarna gemaakt worden om de overeenkomst te bewaken en zo nodig af te dwingen.

Upcoding: Het door zorgaanbieders leveren van duurdere/complexere behandelingen dan noodzakelijk.

Volume effecten: De prikkel voor een zorgaanbieder om meer volume te draaien omdat er sprake is van een informatieasymmetrie tussen enerzijds de zorgaanbieder en anderzijds verzekeraars en patiënten ten aanzien van (de noodzaak van) de geadviseerde behandeling. Een voorbeeld hiervan is supplier induced demand.

Vrije prijsvorming: Marktvorm waarbij zorgaanbieder en verzekeraar onderhandelen over de prijs van het geleverde product. Hierbij ontstaat

meer vrijheid om klantgericht te werken en transparantie. Het loslaten van prijzen geeft partijen bijvoorbeeld de ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich hierdoor ook beter van elkaar onderscheiden.

Zorgplicht: De verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van de zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de tijdigheid en de kwaliteit van de verzekerde zorg.