



## **Consultatiedocument extramurale AWBZ-zorg**

Analyse en aanbevelingen voor concurrentie in de  
extramurale AWBZ-zorg

April 2005



| <b>INHOUD</b>  | <b><u>Pagina</u></b> |
|--|----------------------|
| <u>Vooraf</u>  | 5                    |
| <u>Hoe en waarom</u>                                       | 7                    |
| <u>Managementsamenvatting</u>                              | 9                    |
| <u>Overzicht consultatievragen</u>                         | 15                   |
| <u>Overzicht beleidsvoornemens</u>                         | 17                   |
| <u>1. Inleiding</u>  | 19                   |
| 1.1 Aanleiding   | 19                   |
| 1.2 Doelstelling   | 20                   |
| 1.3 Juridische status                                      | 20                   |
| 1.4 Afbakening   | 20                   |
| 1.5 Opbouw consultatiedocument                             | 21                   |
| 1.6 Proces consultatie                                     | 21                   |
| <u>2. Beschrijving van de extramurale AWBZ-zorg</u>        | 23                   |
| 2.1 Algemeen   | 23                   |
| 2.2 Structuur van de markt voor extramurale AWBZ-zorg      | 23                   |
| 2.3 Voordelen van concurrentie                             | 26                   |
| 2.4 Nadelen van concurrentie                               | 26                   |
| <u>3. Relevante wet- en regelgeving</u>                    | 29                   |
| 3.1 Algemeen   | 29                   |
| 3.2 Algemene Wet Bijzondere                                | 30                   |
| 3.3 Bestaande instrumenten                                 | 30                   |
| 3.3.1 Inleiding  | 30                   |
| 3.3.2 Mededingingswet                                      | 30                   |
| 3.3.3 Wet tarieven gezondheidszorg                         | 33                   |
| 3.3.4 Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren | 34                   |
| 3.3.5 Verhouding NMa, CTZ en CTG/ZAio                      | 35                   |
| 3.4 Overige relevante wetgeving                            | 36                   |
| 3.4.1 Wet Maatschappelijke Ondersteuning                   | 36                   |
| 3.4.2 Zorgverzekeringswet                                  | 36                   |
| 3.4.3 Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg            | 37                   |
| 3.4.4 Europese aanbestedingsrichtlijnen                    | 37                   |
| 3.4.5 Europese staatssteunregels                           | 38                   |
| 3.5 Conclusies en aanbevelingen                            | 39                   |
| <u>4. Aanbieders</u>                                       | 43                   |
| 4.1 Inleiding  | 43                   |
| 4.2 Relevante markt  | 43                   |
| 4.2.1 Algemeen   | 44                   |
| 4.2.2 De markt voor zorg-in-natura                         | 46                   |
| 4.2.3 De markt voor PGB-houders                            | 46                   |
| 4.3 Huidige aanbod   | 46                   |
| 4.3.1 Kenmerken van de markt                               | 46                   |
| 4.3.2 Voldoende aanbod                                     | 47                   |
| 4.4 Marktconcentraties                                     | 48                   |
| 4.4.1 Algemeen   | 48                   |
| 4.4.2 Marktconcentraties in de extramurale AWBZ-zorg       | 49                   |
| 4.5 Schaal- en scopevoordelen                              | 50                   |
| 4.5.1 Algemeen   | 50                   |
| 4.5.2 Schaalvoordelen                                      | 50                   |
| 4.5.3 Scopevoordelen                                       | 51                   |

|   |    |
|---|----|
| 4.6 Fusies  | 52 |
| 4.6.1 Algemeen  | 52 |
| 4.6.2 Horizontale fusies                              | 52 |
| 4.6.3 Verticale fusies                                | 53 |
| 4.7 Toetredingsdrempels                               | 54 |
| 4.8 Conclusies en aanbevelingen                       | 55 |
| <u>5. Overstapmogelijkheden</u>                       | 57 |
| 5.1 Inleiding   | 57 |
| 5.2 Overstapkosten                                    | 57 |
| 5.2.1 Algemeen  | 57 |
| 5.2.2 Directe overstapkosten                          | 57 |
| 5.2.2.1. Inleiding                                    | 57 |
| 5.2.2.2 Inkoopmarkt voor zorg-in-natura               | 59 |
| 5.2.2.3. Verleningsmarkt voor zorg-in-natura          | 60 |
| 5.2.2.4. PGB  | 60 |
| 5.2.3 Indirecte overstapkosten                        | 62 |
| 5.3 Aandachtspunten bij transparantie                 | 63 |
| 5.4 Conclusies en aanbevelingen                       | 64 |
| <u>6. Anticompetitieve gedragingen</u>                | 67 |
| 6.1 Inleiding   | 67 |
| 6.2 Excessieve prijzen                                | 67 |
| 6.3 Roofprijzen                                       | 69 |
| 6.3.1 Roofprijzen                                     | 69 |
| 6.3.2 Bekostiging van roofprijzen                     | 70 |
| 6.4 Kartelvorming                                     | 72 |
| 6.5 Marktmacht zorgkantoren                           | 75 |
| 6.5.1 Inkoopmacht                                     | 75 |
| 6.5.2 Rol CTG/ZAio en het CTZ                         | 78 |
| 6.6 Samenwerking                                      | 78 |
| 6.6.1 Uitvoeringsorganen onderling                    | 78 |
| 6.6.2 Zorgaanbieders onderling                        | 79 |
| 6.6.3 Zorgkantoren-zorgaanbieders                     | 80 |
| 6.7 Contractvoorwaarden                               | 80 |
| 6.8 Conclusies en aanbevelingen                       | 82 |
| <u>7. Monitoring</u>                                  | 85 |
| 7.1 Inleiding   | 85 |
| 7.2 Doelstelling                                      | 85 |
| 7.3 Monitorstructuur                                  | 85 |
| 7.4 Gebruik van data en de vorm van de monitor        | 86 |
| 7.5 Aanbevelingen                                     | 87 |
| <u>Bijlage 1: Lijst van gebruikte afkortingen</u>     | 89 |
| <u>Bijlage 2: Kostenstructuur thuiszorgaanbieders</u> | 90 |
| <u>Bijlage 3: Overzicht van aanwezige databronnen</u> | 92 |

## VOORAF

Met meer vraagsturing en minder overheidsbemoeienis als doel, wordt het zorgstelsel in hoog tempo veranderd. Deze omslag vergt veel van de extramurale AWBZ-sector, maar schept tevens mogelijkheden om ondernemerschap te tonen en de zorg voor de patiënt te verbeteren.

Op weg naar meer vraagsturing in de AWBZ is er veel gebeurd. Na de invoering van het persoonsgebonden budget en de 'ontschotting' van de AWBZ naar functies, is op 31 augustus 2004 de contracteerplicht op de markt voor de extramurale AWBZ-zorg opgeheven. Zorgkantoren kunnen nu zelf besluiten met wie zij een contract afsluiten en krijgen hierdoor meer mogelijkheden om te onderhandelen.

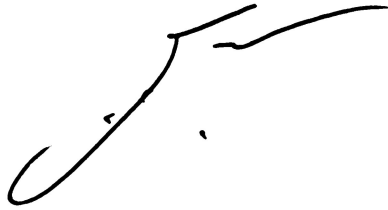
In de nieuwe markt moeten alle aanbieders kunnen concurreren onder dezelfde voorwaarden. Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. (CTG/ZAio) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), fungeren als scheidsrechters in de zorgmarkt. Zij zien erop toe dat het spel eerlijk gespeeld wordt en dat iedereen gelijke kansen krijgt. Het toezicht door CTG/ZAio en het CTZ vindt plaats door middel van een sectorspecifieke monitor. Deze marktmonitor vormt de basis voor het benodigde inzicht van het CTZ en CTG/ZAio in het functioneren van de markt.

Om het spel goed te kunnen spelen, is het van belang dat partijen de spelregels kennen. Dit consultatiedocument dient enerzijds om u te informeren over deze spelregels en anderzijds om richting te geven aan het toezicht van het CTZ en CTG/ZAio. Het is belangrijk om de marktmonitor te richten op de daadwerkelijke risico's voor marktwerking om te voorkomen dat overbodig gevraagd wordt om informatie. Wanneer CTG/ZAio en het CTZ van mening zijn dat bepaalde marktkenmerken gemonitord moeten worden om een goed werkende markt te waarborgen, zullen zij zo veel mogelijk gebruik maken van bestaande informatiestromen, om de administratieve lastendruk niet onnodig te verhogen.

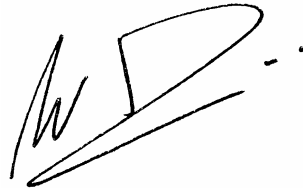
Op dit moment is er nog sprake van drie toezichthouders op deze markt. Twee hiervan CTG/ZAio en het CTZ, zullen in 2006 samen verder gaan als Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Naar verwachting zal dan ook de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) van kracht zijn, waarmee de NZa naar het zich laat aanzien taken en bevoegdheden krijgt die meer zijn toegespitst op concurrentiebevordering. In de aanloop naar de NZa is dit consultatiedocument het eerste product dat het CTZ en CTG/ZAio samen opleveren.

Omdat in deze startfase de voorkeur is gegeven aan een volledige analyse van de mogelijke problemen op de markt, kan dit document op sommige punten nogal theoretisch overkomen en zullen de analyses niet altijd in ieders ogen even relevant zijn. Om te bepalen welke problemen daadwerkelijk relevant zijn voor deze markt is uw expertise nodig. Daarmee kunt u bijdragen aan goede en heldere regels en gericht toezicht, toegesneden op een soepele introductie van gereguleerde marktwerking.

Voor het gemak hebben wij een managementsamenvatting ingevoegd, waarin de zes belangrijkste consultatievragen zijn opgenomen. Wij zouden het zeer waarderen als u wat tijd kunt vrijmaken om antwoord te geven op de vragen in het consultatiedocument. Wij vertrouwen op uw medewerking en zien uit naar uw antwoorden.



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



prof. dr. W. van Voorden,  
voorzitter CTZ

## **HOE EN WAAROM**

Dit consultatiedocument is tot stand gekomen in samenwerking tussen het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAiO) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ). De voornaamste taken van beide partijen worden hier kort besproken. Tevens wordt duidelijk gemaakt waarom ervoor is gekozen dit document gezamenlijk tot stand te brengen.

### **College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAiO)**

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

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

Op 1 februari 2005 is de WTG gewijzigd<sup>1</sup> om zo de omslag van een aanbodgericht stelsel naar gereguleerde marktwerking te ondersteunen. Hiermee ontstaat er een nieuwe taak voor CTG/ZAiO, namelijk het houden van toezicht op de zorgmarkt. In het kader van het markttoezicht worden er door het CTG/ZAiO verschillende monitors ontwikkeld. Monitors zijn zowel voor prijsgereguleerde (deel)markten, als voor geliberaliseerde (deel)markten van belang. Met behulp van een monitor wordt bepaalde informatie verzameld. Die informatie gebruiken CTG/ZAiO en het CTZ voor het analyseren van de markt en het formuleren van remedies bij geconstateerde knelpunten.

### **College toezicht zorgverzekeringen (CTZ)**

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

Het CTZ ziet erop toe dat de uitvoeringsorganen en de zorgkantoren hun wettelijke taken correct uitvoeren. Dit doet het door middel van rechtmatigheids- en doelmatigheidsonderzoeken. Op basis van uitvoeringsverslagen, financiële verslagen van de uitvoeringsorganen en beperkt eigen onderzoek, stelt het vast of een uitvoeringsorgaan rechtmatig handelt en of de gemaakte kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Bij het doelmatigheidsonderzoek wordt getoetst of het uitvoeringsorgaan erin slaagt voldoende kwalitatief goede zorg in te kopen voor een scherpe prijs.

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

---

<sup>1</sup> WTG ExPres, Staatsblad 2005, nr. 24.

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

## **CTG/ZAio en het CTZ**

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

Wanneer er in de toekomst in meer sectoren competitieve elementen wordt ingevoerd en monitors worden opgezet, zullen de taken van het CTZ en CTG/ZAio elkaar steeds vaker gaan overlappen. Op dit moment wordt het Wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg (WMG) voorbereid, waarin specifiek toezicht wordt geregeld dat nodig is om marktwerking op de diverse markten – zorgverlening, zorginkoop en zorgverzekering – te bevorderen. Het CTZ en CTG/ZAio bouwen momenteel samen aan de Nederlandse Zorgautoriteit, die met de inwerkingtreding van de WMG (naar verwachting op 1 januari 2006) zal worden ingesteld.

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

De Zorgautoriteit krijgt als taak om marktwerking in de gezondheidszorg te bevorderen. Het toezicht op kartelvorming, fusies en misbruik van een economische machtspositie blijft in handen van de NMa. De informatie die uit de monitor komt, kan wel gebruikt worden om dit toezicht door de NMa te versterken.



## **MANAGEMENTSAMENVATTING**

### **Hoofdstuk 1: Inleiding**

Op 31 augustus 2004 is de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ-zorg opgeheven. Hierdoor ontstaan meer mogelijkheden voor marktwerking en meer prikkels voor aanbieders tot concurrerend gedrag, met als doel een hogere efficiëntie, meer keuzemogelijkheden en lagere kosten van zorg. Er ontstaat echter ook een mogelijkheid om een goede werking van de markt te belemmeren.

Om te kunnen beoordelen – en te volgen in de tijd – wat de effecten zijn van het opheffen van de contracteerplicht op de werking van de markt in de extramurale AWBZ-zorg en welke gedragingen een risico vormen voor de mededinging, gaan CTG/ZAio en het CTZ deze markt monitoren. Het consultatiedocument heeft als doel te inventariseren welke gedragingen daadwerkelijk een risico kunnen vormen voor een goede werking van de markt. Deze risico's vormen een uitgangspunt voor de monitor. Door de monitor te richten op de werkelijk verwachte risico's voor de mededinging, kan worden voorkomen dat de sector met onnodige administratieve lasten wordt geconfronteerd.

### **Hoofdstuk 2: Beschrijving van de extramurale AWBZ-zorg**

AWBZ-zorg kan worden onderverdeeld naar zorg mét (semi- en intramuraal) en zorg zonder (extramuraal) verblijf. Het extramuraal deel van de AWBZ-zorg omvat circa 30% (± 6 miljard euro) van de totale AWBZ (± 20 miljard euro). Waar de AWBZ voorheen werd onderverdeeld in sectoren, wordt er sinds de 'ontschotting' gesproken in termen van aangeboden functies: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Deze laatste functie wordt slechts intramuraal aangeboden.

De markt voor extramurale AWBZ-zorg is opgedeeld in 32 zorgkantoorregio's met ieder hun eigen zorgkantoor. In totaal zijn er circa 1.600 zorgaanbieders en 800.000 cliënten. Wanneer een verzekerde behoefte heeft aan zorg, heeft hij daarvoor een indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Wanneer de indicatie is gesteld, kan de verzekerde kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB) of voor directe aanmelding bij de zorgaanbieder van zijn voorkeur – mits gecontracteerd door het zorgkantoor in zijn regio – voor zorg-in-natura. Het zorgkantoor koopt hiervoor zorg in bij de, door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) toegelaten, aanbieders. Wanneer de verzekerde kiest voor een PGB, kan hij daarmee zelf zorg inkopen. De verzekerde kan met zijn PGB bij alle aanbieders zorg inkopen, ongeacht of deze toegelaten of gecontracteerd zijn.

Tot voor kort hadden de zorgkantoren een onbegrensd budget om zorg mee in te kopen. Vanaf 2005 zijn zij echter gebonden aan een regiobudget. Hiermee wordt gepoogd de kosten van de zorg in de hand te houden. Dit zorgt echter ook voor toetredingsdrempels, aangezien het zorgkantoor alleen een nieuwe aanbieder kan contracteren indien hij daarvoor geld vrijmaakt bij een andere aanbieder. Dit zal hij, mede vanuit het oogpunt van de beheerskosten, niet snel doen. Ook de groei van bestaande aanbieders (binnen of buiten de zorgkantoorregio) wordt hierdoor belemmerd.

### **Hoofdstuk 3: Relevante wet- en regelgeving**

#### ***De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten***

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten stelt toegang tot noodzakelijke, onverzekerbare zorg zeker voor alle rechtmatige inwoners van Nederland.

Bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) zijn op 31 augustus 2004 de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht voor de extramurale AWBZ-zorg opgeheven. Dit betekent dat de zorgkantoren niet meer verplicht zijn om iedere toegelaten aanbieder te contracteren en dat de aanbieders niet meer verplicht zijn om met iedere inkoper van zorg op verzoek dezelfde overeenkomsten aan te gaan als met een andere inkoper. Deze AMvB heeft dus belangrijke consequenties voor de mededinging in deze sector.

### ***Bestaande instrumenten***

De bestaande instrumenten ter bevordering en bewaking van marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg zijn niet altijd toereikend.

Zo is de Mededingingswet - toegepast door de NMa - niet van toepassing op de zorgkantoren. Voorts lijkt er sprake van een lacune bij het fusietoezicht in de zorg op grond van de Mededingingswet. Voordat fusies gemeld moeten worden bij de NMa, moeten de fuserende partijen bepaalde omzeldrempels halen. Voor de extramurale AWBZ-zorg lijken deze omzeldrempels te hoog te liggen, waardoor fusies die de concurrentie zouden kunnen beperken, zonder toetsing door de NMa plaats kunnen vinden. Het is daarom aan te bevelen om, specifiek voor de zorg, tijdelijk lagere drempels te doen gelden. De bagatelbepaling in de Mededingingswet, die kartelvorming toestaat zolang het gaat om een beperkt aantal ondernemingen met een beperkte gezamenlijke omzet, lijkt voor de extramurale AWBZ-zorg vooralsnog geen probleem te vormen.

CTG/ZAio en het CTZ bevorderen marktwerking op verschillende manieren. Zo worden er op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg beleidsregels ontwikkeld met betrekking tot de tarieven die de aanbieders mogen vragen en legt het Convenant taken en beheerskosten zorgkantoren de zorgkantoren bepaalde gedragsregels op. In de toepassing van deze instrumenten worden vooralsnog geen problemen gesignaleerd.

### ***Overige relevante wetgeving***

Naast de zojuist genoemde instrumenten, zijn de aanbieders van extramurale AWBZ-zorg momenteel waarschijnlijk ook gehouden aan de Europese aanbestedingsrichtlijnen (zie paragraaf 3.3.4). Deze hebben tot doel een gelijk speelveld en gelijke kansen voor alle aanbieders te creëren. Mochten de Richtlijnen van toepassing zijn, dan gelden zij momenteel voor circa 70% van de in de extramurale AWBZ-zorg afgesloten contracten. Partijen die zich benadeeld voelen bij de aanbestedingprocedure, kunnen zich dan wenden tot de rechter.

Daarnaast zijn ook de Europese staatssteunregels van toepassing op de Nederlandse markt. Deze regels schrijven voor dat de overheid – danwel door het verstrekken van subsidies, danwel door andere vormen van overheidssteun – geen ongelijke voorwaarden mag creëren tussen verschillende aanbieders op een markt, ongeacht in welk land zij gevestigd zijn.

De extramurale GGZ-zorg zal waarschijnlijk per 2006, met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet overgeheveld worden naar het tweede compartiment. Daarnaast stelt de regering voor om de functie enkelvoudige huishoudelijke verzorging – en wellicht ook delen van de functies ondersteunende en activerende begeleiding – in het kader van de voorgenomen Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), over te hevelen naar de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De AWBZ zal dan uitsluitend nog langdurige zware zorg voor chronisch zieken bevatten.

## **Hoofdstuk 4: Aanbieders**

### ***De relevante markt***

Voor de monitor wordt de relevante marktafbakening naar zorgkantoorregio's en AWBZ-functies aangehouden. Er wordt dus van uitgegaan dat alle aanbieders die binnen een zorgkantoorregio een product binnen dezelfde functie aanbieden, tot dezelfde relevante markt behoren.

Er zijn aanwijzingen dat de relevante markt wellicht groter of kleiner is dan deze afbakening. Voor het huidige uitgangspunt is gekozen omdat deze zo veel mogelijk aansluit bij de juridische indeling van de AWBZ en eerdere besluiten van de NMa. Benadrukt moet worden dat het hier niet gaat om een definitieve marktafbakening, maar om een werkhypothese voor de monitor. Voordat er actie zal worden ondernomen, wordt de markt in specifieke gevallen altijd eerst nader onderzocht.

### ***Het aanbod***

In de extramurale AWBZ-zorg zijn er veel aanbieders actief en is er in de meeste gevallen ook voldoende aanbod. Wel is in vrijwel alle zorgkantoorregio's sprake van een hoge concentratiegraad. Dat houdt in dat er vaak één of een klein aantal grote aanbieder(s) actief zijn in de regio, en een groot aantal kleintjes. Hierdoor is de daadwerkelijk keuze van de verzekerde in praktijk vaak beperkt en heeft het zorgkantoor moeite om doelmatig zorg in te kopen. Om te voldoen aan zijn zorgplicht, kan het zorgkantoor immers niet om een grote aanbieder heen. Dit versterkt de positie van grote aanbieders en verhoogt het risico op misbruik van marktmacht.

### ***Schaal- en scopevoordelen***

In de extramurale AWBZ-zorg bestaan er schaal- en scopevoordelen op het gebied van de beschikbaarheidsfunctie, administratieve lasten, ICT-kosten, vervoerskosten en de voorkeur van verzekerden en zorgkantoren voor grote aanbieders, waar zij alle zorg ineens kunnen verkrijgen. Deze schaal- en scopevoordelen lijken echter niet dermate groot te zijn dat zij de concurrentie op de markt wezenlijk belemmeren.

### ***Fusies***

In de extramurale AWBZ vinden veel horizontale fusies plaats. Redenen hiervoor zijn het verhogen van de efficiëntie of het vergroten van de marktmacht. Wanneer aanbieders fuseren om efficiëntieredenen, zijn fusies een gewenste uitkomst van marktwerking. Wanneer er gefuseerd wordt om een machtspositie te creëren of te versterken, is de fusie onwenselijk met het oog op meer marktwerking in de zorg. Een sterke stijging van de efficiëntie als gevolg van een fusie (zogenoemde efficiëntieverweer), wordt door de NMa momenteel nog niet als legitieme reden gezien om de mededinging te beperken (de NMa kan hier overigens slechts een oordeel vellen wanneer de omzetten van de aanbieders de vigerende drempels in de Mededingingswet overschrijden). De Europese Unie heeft onlangs bepaald dat efficiëntieverweer wel kan leiden tot toestemming voor een fusie op Europees niveau. De Nederlandse mededingingswetgeving zal in het verlengde hiervan worden aangepast.

Verticale fusies tussen zorgkantoren en zorgaanbieders in de extramurale AWBZ-zorg vormen momenteel geen probleem omdat de zorgkantoren zelf geen zorg mogen aanbieden (met uitzondering van hulpmiddelen). Verticale fusies tussen aanbieders in de AWBZ en aanbieders in andere delen van de zorg – zoals de ziekenhuiszorg – leiden in de regel tot efficiëntievoordelen, maar kunnen ook leiden tot uitsluiting van andere aanbieders en beperking van de keuzevrijheid, doordat patiënten direct doorverwezen worden naar de verticaal geïntegreerde aanbieder. Om zowel de voor- als de nadelen van verticale fusies te onderscheiden, is het wenselijk om te monitoren in welke mate verticale fusies de keuzevrijheid beperken en/of efficiëntievoordelen teweegbrengen.

### ***Toetredingsdrempels***

Vanwege de beperkte kapitaalintensiteit van de sector vormen noodzakelijke investeringen geen drempel voor toetreding tot de markt. Ook de eisen die worden gesteld aan de toelating voor de levering van de verschillende functies vormen geen wezenlijke toetredingsdrempel. Wel kan het gedrag van partijen een toetredingsbelemmering vormen.

## **Hoofdstuk 5: Overstapmogelijkheden**

### ***Overstapdrempels***

Overstappen tussen aanbieders in de extramurale AWBZ-zorg wordt bemoeilijkt door overstapdrempels. Hierdoor ondervinden aanbieders minder effectieve concurrentie en ontstaan er mogelijkheden tot misbruik. Het monitoren, en waar mogelijk verlagen van de overstapdrempels, is daarom belangrijk.

De belangrijkste overstapdrempels voor de zorg-in-natura-cliënt zijn de kosten van informatie-verzameling over de kwaliteit van alternatieve aanbieders en de kosten van het verbreken van een vertrouwensrelatie met een bepaalde aanbieder. Voor de PGB-houder en het zorgkantoor kunnen daarnaast ook administratieve kosten van een overstap, kosten van het zoeken van informatie over de prijs en contractuele binding een rol spelen. Met name voor PGB-houders vormen deze kosten een barrière, aangezien zij niet de onderhandelingsmacht hebben die het zorgkantoor wel heeft. De zorg-in-natura-cliënten kunnen geen financiële gevolgen ondervinden van een overstap.

### ***Transparantie***

Transparantie over kwaliteit en prijzen, is belangrijk voor het verlagen van de overstapdrempels. Bij het streven naar transparantie is het van belang, dat de risico's geminimaliseerd worden. Mogelijke risico's bij het vergroten van transparantie zijn: aanbieders die zich uitsluitend richten op de indicatoren die gemeten en transparant gemaakt worden, misinterpretatie van de gegevens door gebruikers, een slechte inter-aanbieder-vergelijkbaarheid en kartelvorming. Om deze risico's te ondervangen, moet een deel van de indicatoren regelmatig vervangen worden, en moet de voorlichting van de gebruikers verbeteren.

## **Hoofdstuk 6: Anticompetitieve gedragingen**

### ***Misbruik van een machtspositie – rooftprijzen***

Aanbieders kunnen door 'rooftprijzen' (prijs tijdelijk onder de kostprijs) proberen andere aanbieders uit de markt te drukken of te weren. Zo kunnen zij hun marktaandeel vergroten en op termijn een hogere prijs of afzet afdwingen bij het zorgkantoor. Het risico op rooftprijzen is in deze markt beperkt doordat het voor aanbieders vaak gemakkelijker en goedkoper is, om te fuseren met een concurrent, dan om hem uit de markt te prijzen. Uit data blijkt tevens dat rooftprijzen vooralsnog niet op grote schaal voorkomen.

Rooftprijzen kunnen gefinancierd worden door in te teren op de reserves, door kruissubsidiëring en door prijsdifferentiatie. In de laatste twee gevallen stelt de aanbieder zijn prijs op de ene markt (vaak één met weinig concurrentie) tijdelijk hoger, en kan hij deze extra winsten gebruiken om rooftprijzen of prijsverlagingen op een andere markt (vaak met veel concurrentie) te financieren. Deze risico's doen zich met name voor bij aanbieders die zowel intra- als extramurale zorg (zowel in natura als aan PGB-houders) aanbieden en kunnen uitgelokt worden door de huidige bekostigingsmethode.

Roofprijzen zijn verboden volgens Nederlands en Europees mededingingsrecht, maar in de praktijk blijkt dergelijk gedrag lastig aantoonbaar. Om dergelijk gedrag te kunnen detecteren en waar nodig en wenselijk in te kunnen grijpen zullen CTG/ZAio en het CTZ de ontwikkeling van de productiekosten in vergelijking tot de tarieven monitoren. Een uniform kostentoe rekeningsmodel kan helpen bij het inzichtelijk maken van deze kosten.

### ***Misbruik van een machtspositie – excessieve prijzen***

Gedragingen waarbij een aanbieder misbruik maakt van zijn marktmacht om een hogere prijs af te dwingen, vormen in de extramurale AWBZ-zorg vooralsnog geen reëel gevaar vanwege het bestaan van een maximumtarief. Mocht het maximumtarief in de toekomst worden opgeheven, dan is voldoende toezicht op excessieve prijzen wel noodzakelijk, vooral gezien het feit dat de regionale concentraties en daardoor de mogelijkheden tot misbruik van marktmacht hier tamelijk groot zijn.

Hierbij moet worden opgemerkt dat het maximumtarief enerzijds de mogelijkheden voor misbruik beperkt, maar anderzijds de prijsprikkel en derhalve marktwerking kan verstoren. Zo komt bij een maximumtarief schaarste onvoldoende in de prijs tot uitdrukking, waardoor wachtlijsten kunnen ontstaan.

### ***Risico op kartelvorming***

Een aantal karakteristieken van de extramurale AWBZ-zorg dragen ertoe bij dat er een reëel risico op kartelvorming bestaat. Zo zijn de aanbieders van oudsher sterk georganiseerd, is de markt sterk geconcentreerd en zijn de kosten redelijk symmetrisch. De onzekerheid voor aanbieders over hun afzet die ontstaat als gevolg van het opheffen van de contracteerplicht, verlegt de visie van de aanbieders naar de korte termijn en kan daardoor een nivellerend effect hebben op de kans op kartelvorming. Het is echter onduidelijk hoe onzeker de vraag voor de aanbieders daadwerkelijk is. Het is wenselijk de ontwikkelingen op dit gebied te monitoren, ter ondersteuning van het toezicht door de NMa.

### ***Inkoopmacht bij zorgkantoren***

Naast zorgaanbieders, kunnen ook zorgkantoren hun marktmacht gebruiken, door bijvoorbeeld niet goed te voldoen aan de wensen van de verzekerden of door zorgaanbieders buiten te sluiten. Omdat de zorgkantoren niet zelf risicodragend zijn, is de prikkel om hun marktmacht te gebruiken of te misbruiken echter zwak.

Wel hebben de zorgkantoren vanuit het perspectief van hun beheerskostenbudget een prikkel om vooral grote aanbieders te contracteren, waardoor de kleine toetreders de markt moeilijk kunnen betreden. Het is belangrijk dat de ontwikkelingen op dit gebied nauwlettend worden gevolgd.

### ***Samenwerking***

De uitvoeringsorganen in de AWBZ werken samen in de zorginkoop via het zorgkantoor. Noch de NMa, noch het CTZ controleert of deze samenwerking de mededinging beperkt. Hoewel zorgkantoren weinig reden hebben om hun positie te misbruiken, lijkt deze samenwerking toch te leiden tot meer onzekerheid bij de aanbieders en werpt het toetredingsbarrières op. Het is van belang te monitoren welke invloed het gedrag van zorgkantoren heeft op de werking van de markt, en waar nodig in te grijpen. Dit kan bijvoorbeeld door de hernieuwde aanwijzing van het zorgkantoor te laten afhangen van de mate waarin het zorgkantoor objectieve, toetsbare criteria hanteert bij de zorgcontractering.

Ook zorgaanbieders onderling werken samen. Het gaat dan vooral om samenwerking die de doorstroom van cliënten moet verbeteren. Dergelijke samenwerking is wenselijk vanuit het efficiëntieoogpunt, maar kan wel belemmerend werken voor concurrentie. Mocht dit het geval zijn, dan lijkt de Mededingingswet een afdoend instrument om dit te corrigeren.

Zorgkantoren en zorgaanbieders werken samen op het gebied van protocollen, zorgregistratie en innovatie. Dergelijke samenwerking is wenselijk zolang nieuwe toetreders niet uitgesloten worden van deelname. Ook hier is monitoren belangrijk. Wanneer misdragingen worden geconstateerd kan de NMa hierop ingrijpen op basis van de Mededingingswet.

### **Contractvoorwaarden**

Zorgaanbieders met een machtspositie kunnen zorgkantoren in vergaande mate contractueel binden, en daarmee concurrentie belemmeren. Dit kan bijvoorbeeld door koppelverkoop en langetermijncontracten. Het risico op langetermijncontracten is grotendeels opgelost met de invoering van de wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ). Koppelverkoop kan wel een belemmering vormen voor nieuwe toetreders. Het gaat daarbij in de extramurale AWBZ vooral om koppelverkoop tussen willekeurige, relatief eenvoudige, producten. Zowel het zorgkantoor, als de consument, prefereren over het algemeen één zorgaanbieder waarbij zij al hun zorg kunnen afnemen. Wanneer nieuwe toetreders slechts een klein aantal producten aanbieden, kan toetreding voor hen lastig zijn.

### **Hoofdstuk 7: Monitoren**

Monitoren is een van de kerntaken van CTG/ZAio. De monitor dient ter informatie over de effecten van het gevoerde beleid en geeft daarnaast informatie over de mate waarin risico's voor een goede werking van de markt voorkomen. Hiertoe worden voor de extramurale AWBZ kenmerken in kaart gebracht en gevolgd in de tijd, en wordt geanalyseerd in hoeverre bepaalde kenmerken – en de ontwikkeling hiervan – een risico vormen voor mededinging.

Veel van de informatie die CTG/ZAio en het CTZ nodig hebben voor het monitoren van deze sector is reeds beschikbaar. Het spreekt voor zich dat hier zo veel mogelijk aansluiting bij wordt gezocht. In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van de reeds beschikbare databronnen. Wanneer nodig kunnen CTG/ZAio en het CTZ echter ook aanvullende informatie opvragen bij de marktpartijen.

De monitor voor de extramurale AWBZ resulteert in een periodieke rapportage van de bevindingen van de monitor ten behoeve van de 'afnemers' van de monitor. Deze afnemers zijn het Ministerie van VWS en andere beleidsmakers, marktpartijen (aanbieders, consumenten en andere uitvoerende en toezichthoudende instanties in de gezondheidszorg) en andere geïnteresseerden.

### **Consultatievragen**

Omdat het consultatiedocument lijk is, zijn voor de inzichtelijkheid de belangrijkste consultatievragen hieronder op een rijtje gezet.

1. *Ervaart u problemen bij het sluiten van contracten met het zorgkantoor? Zo ja, graag concrete voorbeelden.*
2. *Is er voldoende transparantie op de markt met betrekking tot de prijs en de kwaliteit van de aangeboden producten om de keuze van de verzekerde te ondersteunen? Zo nee, welke rol kunnen het CTZ en CTG/ZAio spelen bij het verbeteren van de transparantie?*
3. *Ervaart u problemen met het werven van cliënten om de met het zorgkantoor gemaakte productieafspraken te vullen? Zo ja, wat is hiervan de reden?*
4. *Biedt de indeling van de markt naar functies voldoende houvast voor het sluiten van contracten met het zorgkantoor of is een verdere specificatie naar prestaties wenselijk?*
5. *Zijn er producten die moeilijk/niet door kleine aanbieders kunnen worden aangeboden als gevolg van schaalvoordelen?*
6. *Ondervindt u concurrentie van alle aanbieders die binnen uw zorgkantorregio zorg binnen dezelfde functie aanbieden, of is het aantal concurrenten groter of kleiner?*

## OVERZICHT CONSULTATIEVRAGEN

1. Acht u de huidige indeling van de AWBZ naar zorgkantoorregio's belemmerend voor marktwerking?
2. In welke mate heeft het gedrag (of de prikkels) van zorgkantoren invloed op een goede werking van de markt?
3. Is de beschrijving van de problemen die bestaan bij de toepassing van de Mededingingswet in de extramurale AWBZ-zorg compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden
4. Biedt de indeling van de AWBZ naar functies voldoende houvast voor het sluiten van contracten in de extramurale AWBZ-zorg, of is een verdere specificatie van de producten wenselijk?
5. Is de keuze voor de productmarktafbakening naar functies juist of zijn er redenen om aan te nemen dat deze indeling de marktmacht van bepaalde partijen verkeerd inschat?
6. Is de geografische marktafbakening naar zorgkantoorregio's voor de extramurale AWBZ-zorg correct of zijn er redenen om aan te nemen dat de relevante geografische markt groter of kleiner is?
7. Zijn bovenstaande beschrijving van de markt en inschatting van het aanbod correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden
8. Is de beschrijving van de concentraties op de markt correct?
9. Is de beschrijving van de schaal- en scopevoordelen in de extramurale AWBZ-zorg compleet en correct? Zo niet, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangeven.
10. Deelt u de analyse van de mogelijke effecten van horizontale fusies en de wenselijkheid van horizontale fusies in de extramurale AWBZ-zorg?
11. Deelt u de analyse van de mogelijke effecten van verticale fusies en de wenselijkheid van verticale fusies in de extramurale AWBZ-zorg?
12. Is de analyse van overstapdrempels voor de verschillende partijen in de zorg compleet en correct? Zo nee, graag concrete suggesties.
13. In hoeverre is er wettelijke dwang nodig om transparantie van kwaliteit van alle zorgaanbieders af te dwingen?
14. Hoe kan de aanbieder effectief worden geprikkeld tot het aanleveren van bruikbare kwaliteitsinformatie aan de PGB-houder?
15. Welke bestaande initiatieven die een bijdrage leveren aan het transparant maken van de kwaliteit van AWBZ-zorg, zijn bruikbaar voor cliënten en/of zorgkantoren?
16. Welke bijdrage kunnen, moeten of mogen CTG/ZAio en het CTZ leveren aan deze of nieuwe initiatieven?
17. Is de analyse met betrekking tot excessieve prijzen en de mogelijkheden tot ingrijpen in de extramurale AWBZ-zorg compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.
18. Is de analyse met betrekking tot rooftprijzen in de extramurale AWBZ-zorg compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.
19. Kunt u voorbeelden geven van het gebruik van rooftprijzen? Zo ja, welke?
20. Is de analyse met betrekking tot kruissubsidiëring compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.

21. Kunt u praktijkvoorbeelden geven van ongewenste kruissubsidiëring? Zo ja, welke?
22. Is de analyse met betrekking tot prijsdifferentiatie compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.
23. Is de analyse met betrekking tot kartelvorming en de kans daarop compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.
24. Kunt u voorbeelden geven van kartelvorming in de extramurale AWBZ-zorg? Zo ja, welke?
25. Welke concrete voorbeelden kunt u noemen waarin de inkoopmacht van zorgkantoren de concurrentie tussen zorgaanbieders belemmert?
26. Deelt u de analyse dat de selectie- of contracteercriteria de toetreding van aanbieders in die mate kunnen belemmeren dat het CTZ en CTG/ZAio dit moeten monitoren?
27. Welke huidige vormen van samenwerking tussen zorgaanbieders belemmeren de concurrentie?
28. Op welke punten belemmert de samenwerking tussen uitvoeringsorganen de ontwikkeling van een concurrerend zorgaanbod of een kwalitatief goede en tijdige zorgverlening aan cliënten?
29. Voor welke wenselijke vormen van samenwerking neemt de prikkel af als gevolg van concurrentie tussen zorgaanbieders?
30. Deelt u de analyse dat er een risico bestaat dat koppelverkoop de toetreding van nieuwe aanbieders op de inkoopmarkt belemmert? Zal dit dermate vaak plaatsvinden dat monitoring noodzakelijk is?



## OVERZICHT BELEIDSVOORNEMENS

### *Beleidsvoornemens CTG/ZAio*

- Het sluiten van een convenant met de NMa om de ingrepen in de markt en de uitleg van diverse mededingingsbegrippen met elkaar af te stemmen (§ 3.2.4)
- Vaststellen of de relevante marktafbakening naar functies en zorgkantorregios afdoende is voor monitordoeleinden (§ 4.2.1)
- Monitoren van het aandeel van de PGB-houders in de markt en het effect hiervan op de werking van de markt (§4.2.2)
- Monitoren van de keuzemogelijkheden van de consument door middel van de hoeveelheid aanbieders en de hoeveelheid aanbod op de markt en de ontwikkeling daarvan te meten (§ 4.3.2)
- Het door de tijd volgen van een aantal reguliere onderwerpen zodat de ontwikkelingen op de markt door de tijd kunnen worden gevolgd (§ 5.3)
- Voorkomen dat aanbieders zich eenzijdig richten op de gemeten indicatoren door periodiek speciale onderwerpen te volgen (§ 5.3)
- Monitoren van de winstmarge van de aanbieders voor het detecteren van roofprijzen en excessieve prijzen. Hoewel excessieve prijzen op dit moment waarschijnlijk nog geen probleem zullen vormen voor marktwerking, is het van belang hiervoor een goede nul-meting te hebben in het geval de tarieven in de toekomst worden vrijgegeven (§ 6.2 en 6.3.1)
- Het versterken van de informatiebasis van de monitor door middel van een uniform kostentoerekeningsmodel (§ 6.3.1)
- Het opstellen van een beleidsregel op grond van de WTG, waarmee CTG/ZAio kan ingrijpen bij roofprijzen (§ 6.3.1)
- Het monitoren van de factoren die kartelvorming in de sector vereenvoudigen of bemoeilijken (§ 6.4)
- Monitoren van de wenselijkheid van samenwerkingsverbanden vanuit efficiëntieoogpunt (§ 6.5)
- Bij het verzamelen van data voor de monitor zo veel mogelijk gebruik maken van bestaande informatie, voorzover deze voldoende betrouwbaar is en regelmatig wordt geactualiseerd (§ 7.4)

### *Beleidsvoornemens CTZ*

- Het sluiten van een convenant met de NMa om de ingrepen in de markt en de uitleg van diverse mededingingsbegrippen met elkaar af te stemmen (§ 3.2.4)
- Het stimuleren van het zorgkantoor om bij verschillende aanbieders zorg in te kopen (§4.3)
- Stimuleren van de zorgkantoren om cliënten van voldoende informatie te voorzien om een goede keuze te kunnen maken tussen de gecontracteerde aanbieders (§ 5.2.1.2)
- Monitoren van de tevredenheid van de verzekerden over de door het zorgkantoor gecontracteerde zorg en hun keuzevrijheid (§ 6.5)
- Monitoren van de mate waarin zorgkantoren objectieve non-discriminatoire inkoopcriteria gebruiken bij het inkopen van zorg en van de mate waarin er nieuwe zorgaanbieders toetreden tot de markt (§ 6.5)
- De prijsafspraken van zorgkantoren monitoren en desgewenst de zorgkantoren de monitor- of benchmarkinformatie beschikbaar stellen (§ 6.5)
- Monitoren of kleine aanbieders even veel kans hebben op een contract met het zorgkantoor als grote aanbieders (§ 6.7)

### *Aanbevelingen aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

- Herzien steunverlening aan AWBZ-aanbieders bij toetreding van buitenlandse partijen (§ 3.3.5)

- Het ondersteunen van de zoektocht naar informatie van de cliënt en de PGB-houder door middel van landelijk geregelde informatieplatformen, waarop informatie over prijs- en kwaliteit beschikbaar is (§ 5.2.1)
- Stimuleren van de substitutie van zorg-in-natura naar PGB-houderschap (budgetneutraal) teneinde toetreding voor kleine aanbieders gemakkelijker te maken en zo tegenwicht te bieden aan de inkoopmacht van het zorgkantoor (§ 6.5)
- Het opheffen van de verplichting voor de zorgaanbieder om afspraken te maken met het zorgkantoor in de regio waar dit statutair gevestigd is. Hierdoor kunnen zorgaanbieders met meer zorgkantoren contracten sluiten en daalt het ondernemersrisico (grotere kans op een contract). Dit bevordert toetreding en geeft de zorgkantoren meer mogelijkheden om zorg in te kopen die bij de vraag van de verzekerden in hun regio past (§ 6.5)
- Het formuleren van een consistent beleid voor instellingen in financiële problemen, gericht op continuïteit van de zorg en niet op continuïteit van de aanbieder, ter voorkoming van *moral hazardgedrag* door aanbieders en kruissubsidiëring (§ 6.3.2)
- Het voorkomen van kruissubsidiëring in de AWBZ door het beperken van de financiële speelruimte van zorgaanbieders via een systeem van maatstafconcurrentie in de intramurale AWBZ (§ 6.3.2)
- Het toegankelijk maken van beschikbare data voor CTG/ZAIo en het CTZ ten behoeve van de monitortask (§ 7.4)

#### *Aanbeveling aan het Ministerie van Economische Zaken*

- Verlagen van de omzeldrempels voor de meldingsplicht voor fusies in de Mededingingswet specifiek voor de zorg (§ 3.2.1)

#### *Aanbevelingen aan de IGZ*

- Het verkleinen van de onzekerheid over de kwaliteit van alternatieve aanbieders door niet alleen te kijken of een aanbieder voldoet aan de minimumkwaliteitseisen, maar ook de relatieve kwaliteit ten opzichte van andere aanbieders te beoordelen (§ 5.2.1)

#### *Aanbevelingen zorgaanbieders*

- Het indienen van een klacht indien een andere aanbieder roofprijzen hanteert (§ 6.3.1)

#### *Aanbevelingen aan de zorgkantoren*

- Het stimuleren van meer keuzevrijheid voor de verzekerden door een groter aantal aanbieders te contracteren (§ 4.3)
- Stimuleren van de informatieuitwisseling tussen cliënten en gebruik maken van het cliëntoordeel bij het (her)contracteren van aanbieders (§ 5.2.1)

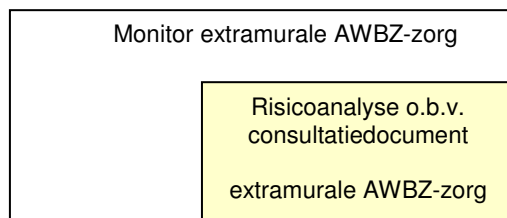
## 1. INLEIDING

### 1.1 Aanleiding

De zorgsector bevindt zich in de transitiefase van aanbodregulering naar meer vraaggerichte zorg in een systeem van gereguleerde marktwerking. Een van de stappen naar een meer vraaggericht systeem is de opheffing van de contracteerplicht en van de omgekeerde contracteerplicht in de extramurale AWBZ-zorg. Hierdoor zijn er sinds 31 augustus 2004 meer mogelijkheden voor marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg. De zorgaanbieders krijgen meer ondernemersvrijheid en ontvangen meer prikkels om in te spelen op de wensen van de consument. Het zorgkantoor kan hierdoor meer mogelijkheden om doelmatige zorg inkopen. Er ontstaan echter ook meer mogelijkheden tot misbruik van de machtspositie, waardoor de ondernemersvrijheid kan worden ingeperkt, de keuzevrijheid kan afnemen en de kosten van de zorg kunnen stijgen, zodat de betaalbaarheid in het gedrang komt. Toezicht op de markt moet dergelijk gedrag voorkomen en bestrijden.

Monitoren in de extramurale AWBZ heeft een aantal doelen. Enerzijds wordt gekeken naar de effecten van het gevoerde beleid en kan er eventueel een koersverandering worden ingezet. Anderzijds wordt met behulp van de monitor in kaart gebracht of de markt goed werkt en wat de oorzaken zijn van eventueel marktfalen. Daarnaast kan het CTZ de monitor gebruiken bij het toezicht op een doelmatige en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door de uitvoeringsorganen.

In dit consultatiedocument wordt een inventarisatie gemaakt van de risico's voor marktwerking binnen de extramurale AWBZ-zorg. Door middel van deze risico-inventarisatie kunnen CTG/ZAio en het CTZ een doelgerichte monitor opzetten en wordt de administratieve belasting van de sector zo veel mogelijk beperkt. Op de andere mogelijkheden van de monitor wordt in dit consultatie-document niet nader ingegaan. In figuur 1 wordt de scope van het consultatiedocument weergegeven.



Figuur 1: Scope monitor

### 1.2 Doelstelling

Doelstelling van de consultatie is kennis te verzamelen bij overheidsorganisaties, wetenschappers, brancheorganisaties en marktpartijen over de instrumenten en condities die nodig zijn om concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg te bevorderen onder borging van de publieke doelstellingen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid). Kloppen de bevindingen? Is de inventarisatie van instrumenten en condities die van invloed zijn op concurrentie volledig? Zijn de analyses en conclusies juist? Welke concrete voorbeelden uit de praktijk onderschrijven of weerleggen de inventarisatie, analyses en conclusies?

Om de argumentatie te ondersteunen, worden er in het consultatiedocument op sommige plekken reeds analyses gedaan. Van belang is dat de analyses die CTG/ZAio en het CTZ op basis van de monitorinformatie gaan uitvoeren, hier niet noodzakelijkerwijs gelijk aan zijn.

### 1.3 Juridische status

Dit document is een consultatiedocument. Als gevolg van reacties op het document, gerechtelijke uitspraken, of anderszins kunnen de uiteindelijke besluiten afwijken van de voornemens. Dit document heeft geen juridische status en is niet bindend voor CTG/ZAio en hetCTZ.

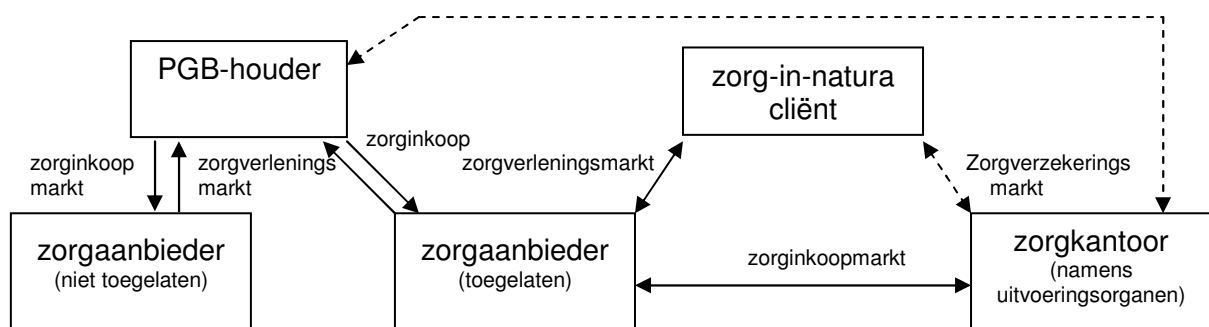
### 1.4 Afbakening

De extramurale AWBZ is het eerste deel van de AWBZ waar competitieve elementen worden ingevoerd. Er is specifiek voor de extramurale AWBZ-zorg gekozen omdat de markt hier in theorie goed kan werken. Dit is het gevolg van enkele specifieke kenmerken van deze markt:

- in de meeste gevallen is de hulp niet spoedeisend, waardoor mensen de tijd hebben om een goede keuze te maken:
- er is voldoende aanbod van zorg en consumenten kunnen kiezen tussen verschillende aanbieders:
- door de aard van de dienstverlening is het aanbod van zorg en de kwaliteit daarvan voor hen redelijk transparant:
- er zijn relatief weinig toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders.

#### **Marktafbakening**

Het consultatiedocument besteedt aandacht aan alle partijen die betrokken zijn bij de extramurale AWBZ-zorg, alsmede aan hun onderlinge relaties. De marktpartijen zijn de zorgkantoren (en indirect de uitvoeringsorganen), de zorgaanbieders, de verzekerden en de PGB-houders. Aangezien de verzekerden voor de AWBZ vooralsnog geen keuze hebben op de zorgverzekeringsmarkt, wordt deze markt grotendeels buiten beschouwing gelaten. De focus zal vooral gericht zijn op de twee markten die door prijsconcurrentie het sterkst beïnvloed worden, namelijk de inkoop en verlening van zorg-in-natura en de inkoop en verlening van zorg aan PGB-houders. Wanneer zij wezenlijke invloed hebben op de gedragingen van partijen op de markt, zullen tevens de zorgverzekeraars en de centra indicatiestelling zorg (CIZ, voorheen bekend als de regionale indicatieorganen: RIO bij de analyse worden betrokken. Vanwege de ophanden zijnde overheveling van de GGZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet per 2006, is deze markt hier grotendeels buiten beschouwing gelaten.



Figuur 2: De extramurale AWBZ-zorgmarkt

## **Kader**

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

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

### **1.5 Opbouw consultatiedocument**

Dit consultatiedocument is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt allereerst ingegaan op het deel van de markt dat geliberaliseerd wordt en de problemen hierbij. Tevens worden de voor- en nadelen van concurrentie besproken. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de wet- en regelgeving voor partijen in de extramurale AWBZ-zorg en de problemen bij de toepassing van deze wet- en regelgeving. Hiermee wordt een kader geschetst waarbinnen partijen kunnen opereren. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op het aanbod van zorg en de problemen die daarbij bestaan of kunnen ontstaan. De overstapkosten en de transparantie worden in hoofdstuk 5 nader onder de loep genomen. Naast kenmerken van de markt die een goede werking van de markt belemmeren, kan ook het gedrag van marktpartijen leiden tot een slechte werking van de markt. In hoofdstuk 6 wordt gekeken naar anticompetitieve gedragingen die de werking van de markt kunnen belemmeren en wordt geïnventariseerd hoe groot de kans is dat deze gedragingen daadwerkelijk zullen voorkomen. In hoofdstuk 7 wordt ten slotte ingegaan op de monitor zelf en de doelen die deze monitor heeft.

Bij de belangrijkste knelpunten wordt er gekeken of CTG/ZAio en het CTZ reeds over voldoende instrumenten beschikken om in te grijpen, of dat er een aanvullend instrumentarium dient te worden ontwikkeld. Steeds worden er beleidsvoornemens geschetst voor het monitoren van de extramurale zorg en voor beleid omtrent eventueel ingrijpen bij geconstateerd misbruik van marktmacht, ter bevordering van de concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg. Hierbij wordt zowel gekeken naar verbeterpunten voor CTG/ZAio en het CTZ zelf, als naar de verbeterpunten voor andere partijen. Een overzicht hiervan is te vinden op pagina 17 en 18. CTG/ZAio en het CTZ trachten met dit document helderheid te scheppen voor de marktpartijen.

### **1.6 Proces consultatie**

Het consultatiedocument wordt breed verspreid onder overheidsinstellingen, wetenschappers, brancheorganisaties en marktpartijen in de zorg. Alle partijen wordt gevraagd de vragen op pagina 15 en 16 via e-mails te beantwoorden. 6 juni is hiervoor de deadline. De reacties van partijen zijn openbaar tenzij nadrukkelijk vermeld wordt dat de reagerende partij hier bezwaar tegen heeft. Reacties kunnen gestuurd worden naar [consultatieawbz@ctg-zaio.nl](mailto:consultatieawbz@ctg-zaio.nl). Op 23 juni wordt het consultatieproces afgerond met een hoorzitting waarin partijen de gelegenheid hebben hun antwoorden mondeling toe te lichten.

Op basis van de bevindingen uit de consultatie wordt het consultatiedocument herschreven tot een visiedocument, dat ter goedkeuring wordt voorgelegd aan het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting en het College toezicht zorgverzekeringen. In tabel 1 is hiervan een globale planning te vinden.

| Datum        | Mijlpaal                                 |
|--------------|--|
| 6 juni 2005  | Einde reactietermijn consultatiedocument |
| 23 juni 2005 | Consultatiesessie                        |
| oktober 2005 | Publicatie visiedocument                 |

*Tabel 1: Indicatieve planning monitor extramurale zorg*

## **2. BESCHRIJVING VAN DE EXTRAMURALE AWBZ-ZORG**

### **2.1 Algemeen**

De structuur van de markt scheidt een kader voor de partijen die op de markt actief zijn en heeft daarmee een grote invloed op de uiteindelijke uitkomsten van marktwerking. In dit hoofdstuk komen de mogelijke voor- en nadelen van concurrentie en de voorwaarden voor marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg aan de orde.

### **2.2 Structuur van de markt voor extramurale AWBZ-zorg**

De AWBZ-zorgaanspraken bedroegen in 2003 20 miljard euro.<sup>3</sup> Dit is ongeveer de helft van de collectief door de samenleving gedragen zorgkosten. Deze zorg kan worden opgesplitst naar zorg zónder (extramurale zorg) en zorg mét verblijf (semi- of intramurale zorg). De extramurale AWBZ-zorg beslaat ongeveer een kwart van de totale markt, ongeveer 6 miljard euro.

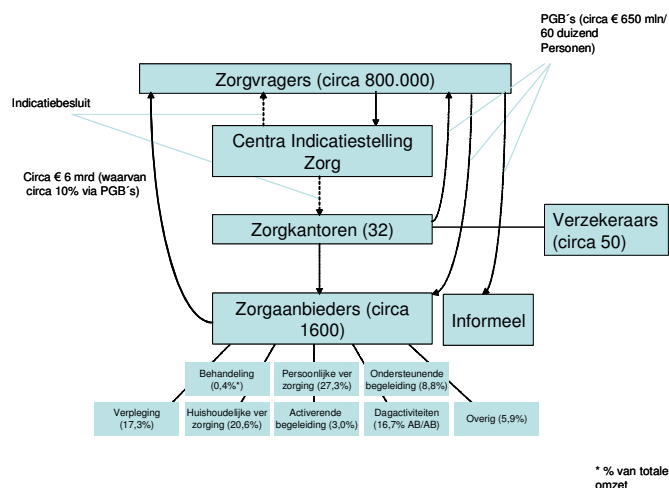
Tot 1 april 2003 werd de AWBZ opgesplitst naar sectoren, die zich specifiek op een bepaalde doelgroep richtten. In totaal bestonden er vijf sectoren, namelijk thuiszorg, verpleging, verzorging (gezamenlijk de V&V-sectoren), gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Sinds de 'ontschotting'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

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

Op de markt voor extramurale AWBZ-zorg zijn circa 1.600 zorgaanbieders actief. In termen van omzet zijn de twee belangrijkste functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging. Circa 48% van de totale omzet valt onder deze twee functies. Binnen deze functies werken de aanbieders met prestatiebeschrijvingen. Die beschrijvingen stelt CTG/ZAio vast, zij dienen als basis voor de onderhandelingen tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders. In figuur 3 is de markt voor extramurale AWBZ-zorg schematisch weergegeven. De zwarte pijlen geven daarbij het zorgtraject aan.

---

<sup>3</sup> College voor zorgverzekeringen, 'CVZorgcijfers 1998-2003', augustus 2004, Diemen, p. 83.



Figuur 3: Schematisch overzicht extramurale AWBZ-zorg

Een verzekerde die voor AWBZ-zorg in aanmerking wil komen, moet zich bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)<sup>4</sup> melden om de benodigde hoeveelheid zorg te laten vaststellen. In het indicatiebesluit wordt vastgelegd op welke zorg een cliënt recht heeft. Hierbij worden een functie, een zorgzwaarte en een zorgklasse geïndiceerd. Tevens kan de verzekerde bij het CIZ zijn voorkeursaanbieder aangeven. Hij kan het CIZ daarbij om advies vragen. Het CIZ kan daardoor een belangrijke rol spelen bij de keuze van de verzekerde voor een bepaalde aanbieder.

Na het ontvangen van een indicatiebesluit kan de verzekerde kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB, met uitzondering van de functies behandeling en verblijf) of hij kan zich direct aanmelden bij de zorgaanbieder van zijn voorkeur (mits gecontracteerd door het zorgkantoor) voor zorg-in-natura. Wanneer er binnen de regio geen zorgaanbieders zijn die plaats hebben, wordt de verzekerde op een wachtlijst geplaatst en kan hij zich tot het zorgkantoor wenden voor wachtlijstbemiddeling.

Wanneer de verzekerde kiest voor een PGB, kan hij daarmee zelf zorg inkopen. Voor een PGB moet hij een aanvraag indienen bij het zorgkantoor in zijn regio. Het zorgkantoor kan PGB's toekennen aan zijn cliënten tot een (jaarlijks) vooraf bepaald PGB-subsidieplafond bereikt is.<sup>5</sup> Het PGB bedraagt 75% van de kosten van zorg-in-natura. De verzekerde kan met zijn PGB zorg inkopen bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders en tevens bij zorgaanbieders die niet zijn toegelaten voor het leveren van AWBZ-zorg door het CVZ, hetgeen hem een grotere keuzevrijheid geeft. In onderstaande box wordt een voorbeeld gegeven van een patiënt die het zorgtraject doorloopt.

Zorgaanbieders die zorg-in-natura willen verlenen ten laste van de AWBZ moeten hiervoor toelating verkrijgen van het CVZ. Voor verzekerden die voor zorg-in-natura kiezen, dient het zorgkantoor zorg in te kopen bij toegelaten aanbieders. Met de opheffing van de contracteerplicht hebben de zorgkantoren meer vrijheid gekregen om voldoende, kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen. Het CVZ benadrukt dat zorgkantoren wel een consistent contracteerbeleid moeten hanteren. De opzegging van

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

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



een overeenkomst of de weigering een overeenkomst te sluiten, moeten zij bovendien deugdelijk kunnen motiveren.<sup>6</sup>

De aanbieders van extramurale AWBZ-zorg kregen tot 2004 de hoeveelheid zorg die zij hadden geleverd aan het eind van het jaar volledig vergoed op basis van nacalculatie. Het zorgkantoor ontving hiervoor de benodigde middelen. In 2004 is er een aanwijzing uitgegaan van het Ministerie van VWS, die stelde dat de nacalculatie de eerder gemaakte productieafspraken niet te boven mocht gaan. Wanneer een zorgkantoor aanvullende afspraken wilde maken met een bepaalde (nieuwe) aanbieder, moest hiervoor compensatie worden gevonden in de productieafspraken met andere aanbieders. Omdat dit voor het zorgkantoor vaak moeilijk is, kan dit plafond een drempel opwerpen voor nieuwe toetreders op een bepaalde markt. Voor 2005 is er per zorgkantoor een regiobudget bepaald dat niet overschreden mag worden, waardoor dit probleem blijft bestaan. In onderstaand tekstblok staan enkele signalen beschreven die CTG/ZAio uit de sector heeft ontvangen.

#### **Praktijkvoorbeeld**

Mevrouw C. heeft een zwaar gehandicapte zoon die thuis woont. Door haar leeftijd wordt de fulltime zorg voor haar zoon haar te zwaar en wil ze haar kind inschrijven voor zorg overdag bij een instelling voor dagbesteding. Ze heeft echter geen idee welke instellingen die zorg kunnen leveren. Wel heeft ze ervaring met de instelling waar haar zoon eens per week behandeld wordt en zij neemt hiermee contact op. Na een telefonisch gesprek blijkt dat de instelling hiervoor inderdaad gecontracteerd is en de zorg kan leveren, maar dat haar zoon dan eerst geïndiceerd moet worden. Hiervoor wijst de instelling mevrouw C. door naar het CIZ. Mevrouw C. neemt telefonisch contact op met het CIZ. Omdat telefonische afhandeling van de aanvraag te gecompliceerd is, wordt afgesproken dat een consulent langsgaat bij mevrouw C. en haar zoon om volledig inzicht te krijgen in de situatie. Tijdens dit gesprek wordt inzichtelijk gemaakt wat de zorgbehoefte van haar zoon is en geeft mevrouw C. tevens te kennen voorkeur te hebben voor de zorgaanbieder die ook de behandeling voor haar zoon verzorgt. Enige tijd later ontvangt mevrouw C. het indicatiebesluit voor haar zoon waaruit blijkt dat hij inderdaad geïndiceerd is voor onder andere dagbesteding. Het CIZ stuurt de indicatie tevens op naar het zorgkantoor en de zorgaanbieder van voorkeur. De zorgaanbieder neemt na het ontvangen van het indicatiebesluit contact op met mevrouw C. om het vervoltraject door te nemen.

#### **Contractering binnen het regiobudget**

Het regiobudget dat zorgkantoren kunnen besteden aan zorg is gebaseerd op de uitgaven aan zorg in een voorgaand jaar. Dit brengt zowel voor landelijk opererende aanbieders als voor nieuwe toetreders problemen met zich. Wanneer een nieuwe toetredster in 2004 slechts een deel van het jaar actief is geweest, wordt het regiobudget dat het zorgkantoor voor deze aanbieder ontvangt, niet geëxtrapoleerd naar een jaarbudget. Wanneer het zorgkantoor met een nieuwe aanbieder dus volwaardige productieafspraken wil maken, zal hij daarvoor geld weg moeten halen bij andere aanbieders. Omdat dit voor het zorgkantoor vaak moeilijk is, is het voor de nieuwe aanbieder moeilijk om een contract van enige omvang te sluiten en daadwerkelijk te concurreren met de zittende aanbieders.

Voor landelijk opererende aanbieders ontstaat er een probleem doordat zij met één zorgkantoor hun productieafspraken voor meer regio's moeten maken. Wanneer deze aanbieders willen groeien in andere regio's, moet het zorgkantoor daar binnen zijn eigen regio geld voor vrij maken. Dit gaat ten koste van de zorgverlening en daarmee de cliënttevredenheid in zijn eigen regio. Zorgkantoren willen de productieafspraken met landelijke aanbieders daardoor vaak niet verruimen, en staan daarmee de groei van de landelijke aanbieders in de weg.

Landelijke zorgaanbieders kunnen in veel gevallen kiezen welke vestiging zij als hun hoofdvestiging aanmerken. Het kan voorkomen dat een dergelijke aanbieder zich statutair vestigt in de plaats waarvan hij weet dat het zorgkantoor geen harde onderhandelingen voert. Dit kan tevens een reden zijn voor concernvorming in de zorg. Wanneer het zorgkantoor overigens onvoldoende zijn best doet om doelmatig zorg te contracteren, kan zijn aanwijzing tot zorgkantoor in een volgende periode onder druk komen te staan.

Met de opheffing van de contracteerplicht hebben zorgkantoren (bij voldoende aanbod) meer mogelijkheden gekregen om met zorgaanbieders te onderhandelen over de voorwaarden waartegen zij zorg inkopen. Deze onderhandelingsmacht wordt versterkt door het feit dat een zorgkantoor in zijn regio de enige inkoper is. Vanuit de markt krijgen de zorgkantoren, afgezien van hun zorgplicht, weinig

6 College voor zorgverzekeringen, circulaire 04/43 'Opheffen contracteerplicht AWBZ extramuraal', 18 augustus 2004, Diemen.

prikkels om deze onderhandelingsmacht ook daadwerkelijk te benutten. Er kan zelfs sprake zijn van een prikkel tot weinig onderhandelen. Zorgkantoren lopen namelijk slechts risico op hun beheerskosten (de kosten die zij moeten maken om zorg in te kopen, zoals onderhandelingskosten), maar niet op de kosten voor de zorgverlening (zolang deze binnen het regiobudget blijven). Hierdoor ontstaat er voor de zorgkantoren een prikkel om zo min mogelijk te onderhandelen (lage beheerskosten) en snel akkoord te gaan met de eisen van de zorgaanbieder. Ook is het voor een zorgkantoor vaak voordeliger om een grote aanbieder te contracteren dan een kleine (met één contract meer zorg), ook al zijn kleine aanbieders goedkoper en leidt dit tot hogere zorgkosten.

Vanwege het gebrek aan marktprikkels voor het zorgkantoor, stimuleren bepaalde externe partijen, zoals het CVZ, het CTZ en het Ministerie van VWS, de zorgkantoren op grond van wet- en regelgeving om zich doelmatig te gedragen en te voldoen aan de wensen van de verzekerden. Daarnaast kunnen PGB-houders mogelijk enig tegenwicht bieden aan het zorgkantoor. Bij een groeiend aantal PGB-houders zijn zorgaanbieders wellicht minder afhankelijk van het zorgkantoor, doordat zij ook contracten met PGB-houders sluiten. Daarnaast kunnen de verzekerden, wanneer het beleid van het zorgkantoor hun niet bevalt, kiezen voor een PGB. Wanneer veel mensen hun toevlucht nemen tot een PGB, beperkt dit de macht van het zorgkantoor.

*1. Acht u de huidige indeling van de AWBZ naar zorgkantoorregio's belemmerend voor marktwerking?  
2. In welke mate heeft het gedrag (of de prikkels) van zorgkantoren invloed op een goede werking van de markt?*

### **2.3 Voordelen van concurrentie**

De overheid stimuleert de omzetting van een centraal aanbodgestuurd systeem naar een meer decentraal vraaggericht systeem waar ruimte is voor concurrentie tussen zorgaanbieders. De voordelen van het aansturen van gezondheidszorg door middel van marktwerking is de hoge mate van allocatieve efficiëntie en een zekere mate van responsiviteit, keuzevrijheid en autonomie voor zowel vrager als aanbieder.

Het aanbod van AWBZ-zorg is sterk gereguleerd door middel van wetten en regels. Derhalve was van concurrentie op de zorgverleningsmarkt tussen zorgaanbieders tot voor kort nauwelijks sprake. De invoering van het PGB, was een eerste stap naar meer vraagsturing. Daarnaast zijn er enkele competitieve elementen ingevoerd in de AWBZ, waarvan het loslaten van de contracteerplicht er één is. Hiermee wordt naar verwachting de ruimte voor concurrentie tussen zorgaanbieders binnen de extramurale AWBZ-zorg vergroot. De verwachting is immers dat zij nu moeten concurreren om de gunst van het zorgkantoor of de PGB-houder voor afname van hun producten. Hiermee wil de overheid stimuleren dat er efficiëntere en kwalitatief betere extramurale AWBZ-zorg wordt verleend. De mate waarin concurrentie (ofwel mededinging) tussen marktpartijen mogelijk is, wordt niet alleen sterk bepaald door de mate waarin wettelijke regels daarvoor de ruimte bieden, maar ook door de aard en omvang van de zorg, de schaalvoordelen, de toetredingsbarrières en de informatie die beschikbaar is over kwaliteit en prijs van de geboden zorg.

### **2.4 Nadelen van concurrentie**

Wanneer de markt niet perfect werkt, kan de allocatie van zorg aan cliënten door concurrerende aanbieders ook nadelen hebben. Veel marktrelaties kenmerken zich door informatieasymmetrie, wat marktwerking kan frustreren. Verder kan er bij onvoldoende marktmeesterschap een neiging tot monopolievorming en anticompetitieve gedragingen bestaan.<sup>7</sup> De zorginkoop en de

7 Bewijzen van goede dienstverlening, WRR 2004.

zorgverleningsmarkt kunnen diverse gebreken vertonen die vervolgens leiden tot problemen voor PGB-houders, cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders. Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste gebreken die zich kunnen voordoen en van de problemen waarmee PGB-houders, zorgkantoren, verzekerden en zorgaanbieders vervolgens worden geconfronteerd.

Met name in markten in een overgangsfase, zoals de markt voor extramurale AWBZ-zorg, is toezicht van belang om problemen te voorkomen. Een eerste stap is om vast te stellen in hoeverre is voldaan aan de voorwaarden voor concurrentie tussen zorgaanbieders en vervolgens op te sporen welke belemmeringen in de structuur van de markt of het gedrag van partijen de concurrentie kunnen frustreren. Daarom wordt in dit document gekeken naar de mate waarin, gegeven de huidige wet- en regelgeving en uitvoeringsstructuur (hoofdstuk 3), er aan de voorwaarden voor concurrentie tussen zorgaanbieders wordt voldaan. Het gaat hierbij op hoofdlijnen om:

1. voldoende aanbieders om over te kunnen stappen (hoofdstuk 4);
2. overstapmogelijkheden en voldoende informatie voor alle partijen (hoofdstuk 5);
3. geen anticompetitieve gedragingen die marktwerking kunnen frustreren (hoofdstuk 6).

In de komende hoofdstukken wordt een inschatting gemaakt van de mate waarin de in tabel 2 genoemde belemmeringen een risico vormen voor een goede werking van de markt in de extramurale AWBZ-zorg. Daarbij wordt gekeken naar de markten voor zorginkoop (zowel door het zorgkantoor als door de PGB-houder) en voor zorgverlening. Op basis van de analyse in dit document wordt richting gegeven aan de marktmonitor die CTG/ZAio en het CTZ opzetten. Door vooraf de reële risico's voor een goede werking van de markt te bepalen, kan onnodige administratieve belasting van marktpartijen worden voorkomen.

| Voorwaarde voor concurrentie             | Potentiële belemmering  | Mogelijk probleem   |
|--|---|---|
| Voldoende aanbieders en voldoende aanbod | Hoge toetredingsdrempels: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Economische barrières</li> <li>– Juridische barrières</li> </ul> | Hoge toetredingsdrempels zorgen ervoor dat aanbieders de markt niet snel kunnen betreden als er winst te behalen is of de markt niet snel kunnen verlaten bij verlies. Dit kan veroorzaakt worden door bijvoorbeeld hoge investeringen of hoge toelatingseisen. Hoe hoger de toetredingsdrempels, hoe minder concurrentie op de markt en hoe meer marktmacht de zittende aanbieder heeft. |
|  | Grote schaal- en scopevoordelen   | Schaal- en scopevoordelen bepalen de mate waarin er ruimte is voor verschillende aanbieders. Wanneer de schaal- en scopevoordelen groot zijn, is concentratie op de markt wenselijk en is er weinig ruimte voor concurrentie of nieuwe toetreders. De zittende aanbieder heeft dan veel marktmacht en de keuzevrijheid is nihil.  |
|  | Horizontale fusies tussen aanbieders  | Als fusies plaatsvinden om de marktmacht te vergroten (en niet om schaal- en scopevoordelen te behalen) dan leidt dit tot minder concurrentie, hetgeen vervolgens kan leiden tot hogere zorgkosten en minder keuzevrijheid.   |
|  | Verticale fusies  | Verticale fusies kunnen zorgen voor directe doorverwijzing tussen bepaalde aanbieders in een keten. Dit leidt tot minder concurrentie en minder keuzevrijheid en daarmee ook vaak tot hogere kosten.  |
| Overstapmogelijkheden                    | Hoge overstapkosten   | Hoe hoger de overstapkosten zijn, hoe hoger de prijs die de huidige aanbieder kan vragen zonder vragers (zorgkantoren, PGB-ers, cliënten) te verliezen. Dit vermindert concurrentie en kan leiden tot hogere kosten en minder keuzevrijheid.  |
|  | Onvoldoende transparantie   | Vergroot de onzekerheid bij vragers (zorgkantoren, cliënten PGB-ers) die daarom niet overstappen. Dit resulteert in marktmacht voor aanbieders wat zich kan uiten in hoge prijzen.  |

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| Competitief gedrag | Excessieve prijzen   | Hogere prijzen voor zorgkantoor of PGB-er  |
|                    | Roofprijzen  | Te lage prijzen weren nieuwe toetreders. Hierdoor wordt de marktmacht van de zittende aanbieder vergroot (wanneer toetreding tenminste moeilijk is), wat kan leiden tot hogere prijzen en weinig keuzevrijheid.  |
|                    | Kartelvorming  | Leidt tot vermindering van de keuzevrijheid en de concurrentie en verhoging van de kosten.   |
|                    | Misbruik/ geen gebruik inkoopmacht zorgkantoren  | Zorgkantoren bedingen te lage prijzen waardoor aanbieders failliet gaan of beperken de toegang van cliënten tot zorg en de keuzevrijheid van cliënten (misbruik). Zorgkantoor doet weinig om concurrentie tussen aanbieders uit te lokken, waardoor de kosten stijgen (geen gebruik).              |
|                    | Samenwerking tussen zorgkantoren onderling, aanbieders onderling of zorgkantoren en aanbieders | De toetreding tot de markt wordt beperkt of er kan een bepaalde machtsvorming van uitgaan waardoor de keuzevrijheid voor het zorgkantoor of de PGB-houder wordt beperkt.   |
|                    | Contractvoorwaarden, koppelverkoop   | Een aanbieder bindt een zorgkantoor in vergaande mate aan zich door exclusieve afnamebepalingen, inzage in concurrerende aanbiedingen, koppelverkoop of een lange contractuele bepaling. Zorgkantoren en PGB-houders kunnen dan niet makkelijk overstappen naar een betere of goedkopere aanbieder |

Tabel 2: Overzicht mogelijke problemen voor marktwerking

### **3. RELEVANTE WET- EN REGELGEVING**

#### **3.1 Algemeen**

De Nederlandse zorg is aan wet- en regelgeving gebonden. Deze wet- en regelgeving is belangrijk voor het afbakenen van het speelveld waarop de partijen zich begeven en hun gedragingen daarop. In dit hoofdstuk wordt de meest relevante wet- en regelgeving geschetst. Daarbij komt tevens een aantal knelpunten in de toepassing naar boven.

#### **3.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**

Op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hebben verzekerden recht op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Verzekerd zijn alle personen die in Nederland wonen, behoudens uitzonderingen, en alle personen die niet in Nederland wonen maar als gevolg van een dienstbetrekking in Nederland aan loonbelasting onderhevig zijn. De AWBZ-zorg wordt ook wel aangeduid als 'care-zorg' of 'eerstecompartimentszorg'. Premies voor de AWBZ worden geïnd ingevolge de Wet Financiering Volksverzekeringen en ondergebracht in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Het AFBZ wordt beheerd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). In het Besluit zorgaanspraken AWBZ en de daarop gebaseerde Regeling zorgaanspraken AWBZ worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop recht bestaat geregeld. Het CIZ is aangewezen om te bepalen hoe groot de aanspraak van mensen op zorg is en stelt op aanvraag een indicatie vast in een indicatiebesluit. Het is het CIZ niet toegestaan andere, dan de wettelijke taken uit te voeren.

Uitvoeringsorganen zijn ervoor verantwoordelijk dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op de zorg tot gelding kunnen brengen. De daadwerkelijke zorginkoop hebben zij via een volmacht opgedragen aan de, door de Minister van VWS aangewezen, verbindingkantoren.<sup>8</sup> Zij moeten, in samenwerking met het Centraal Administratie Kantoor (CAK), de administratie in de AWBZ uitvoeren. Het verbindingskantoor met een taak op het gebied van zorginkoop wordt aangeduid als 'zorgkantoor'. De zorgkantoren hebben zich ertoe verplicht om, conform het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren, voldoende zorg in te kopen (voorzover beschikbaar) voor hun verzekerden<sup>9</sup> en hun werk op doelmatige wijze uit te voeren. Dat houdt in dat zij de nodige maatregelen treffen om onnodige verstrekkingen en uitgaven hoger dan noodzakelijk te voorkomen. Bij of krachtens AMvB kan als voorwaarde voor het verkrijgen van zorg worden gesteld dat de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan. Het CTZ is belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door of namens de uitvoeringsorganen.

Aanbieders die zorg willen verlenen ten laste van de AWBZ, hebben daarvoor toelating nodig van het CVZ. Wanneer een aanbieder eenmaal is toegelaten, zijn de uitvoeringsorganen verplicht om op verzoek van de aanbieder een contract af te sluiten, tenzij zij daar ernstige bezwaren tegen hebben. Omgekeerd geldt dat aanbieders die met een uitvoeringsorgaan een contract af hebben gesloten, verplicht zijn met andere uitvoeringsorganen op verzoek een gelijke overeenkomst te sluiten (de omgekeerde contracteerplicht).<sup>10</sup> Per 31 augustus 2004 zijn de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht per AMvB opgeheven voor aanbieders van extramurale AWBZ-zorg.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> De Minister van VWS wijst, steeds voor een periode van vier jaar, een rechtspersoon in een regio aan om als verbindingskantoor te fungeren. Deze aanwijzing geschiedt op grond van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering.

<sup>9</sup> Deze plicht wordt ook wel de zorgplicht genoemd.

<sup>10</sup> Art. 45 en 46, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

<sup>11</sup> Besluit opheffing contracteerplicht extramurale zorg AWBZ, Stb. 2004, nr. 419.

### 3.3 Bestaande instrumenten

#### 3.3.1 Inleiding

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

#### 3.3.2 Mededingingswet

De Mededingingswet is van toepassing op afspraken en gedragingen van ondernemingen op terreinen waar daadwerkelijke mededinging mogelijk is. De rechtsvorm waarin ondernemingen zijn georganiseerd en de manier waarop de activiteiten van de onderneming worden gefinancierd, zijn voor de toepassing van de Mededingingswet niet van belang. In de extramurale AWBZ-zorg is de Mededingingswet alleen van toepassing op de zorgaanbieders. De zorgkantoren worden als gevolg van het FENIN-arrest<sup>12</sup> niet gezien als ondernemingen in het kader van de Mededingingswet.<sup>13</sup> Het standpunt van de NMa in dezen, is niet veranderd als gevolg van het opheffen van de contracteerplicht.

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

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

#### **Kartels**

Kartels zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemingsverenigingen of onderling afgestemde gedragingen die de mededinging beperken. Zo zijn bijvoorbeeld onderlinge prijsafspraken en het verdelen van markten verboden. Het verbod geldt niet voor afspraken tussen een beperkt aantal ondernemingen met een beperkte gezamenlijke omzet<sup>14</sup> (de zogenoemde bagatelbepaling), omdat dergelijke afspraken de markt slechts zeer gering beïnvloeden.

Samenwerkingsafspraken tussen ondernemingen die de mededinging beperken zijn toegestaan mits:<sup>15</sup>

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

---

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

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

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

15 Art. 6, derde lid, Mededingingswet

In de 'Richtsnoeren voor de beoordeling van samenwerking bedrijven binnen en buiten brancheorganisaties'<sup>16</sup> en de 'Richtsnoeren voor de zorgsector' geeft de NMa de criteria die worden gehanteerd bij de handhaving van het kartelverbod. Samenwerkingsvormen tussen ondernemingen die de mededinging niet beperken, zijn toegestaan op grond van de Mededingingswet.

#### *Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg*

Met betrekking tot het toezicht op kartels, zou de eerdergenoemde bagatelbepaling<sup>17</sup> een knelpunt kunnen vormen. Deze bepaling zegt dat het verbod op kartelvorming niet geldt wanneer de samenwerking niet meer dan acht ondernemingen betreft met een gezamenlijke omzet van maximaal € 908.000 voor het leveren van diensten. Veel van de aanbieders binnen de extramurale AWBZ zouden bij samenwerking een gezamenlijke omzet hebben die beneden deze drempel ligt. Zij hebben echter een dermate klein aandeel op de markt dat het onwaarschijnlijk is dat de mededinging hier wezenlijk door beïnvloed zal worden. Aanvullende instrumenten lijken derhalve niet nodig. Wel is het nuttig om te onderzoeken in welke mate de bagatelbepaling op productmarkten een probleem kan vormen.

#### **Misbruik van een economische machtspositie**

Een onderneming die een machtspositie heeft en zich daardoor bij het bepalen van haar beleid weinig hoeft aan te trekken van de andere marktpartijen, kan een bedreiging vormen voor de markt als zij misbruik maakt van die economische machtspositie. Het hebben van een economische machtspositie is op zichzelf niet in strijd met de Mededingingswet. Van die machtspositie mag echter geen misbruik worden gemaakt. Van misbruik van een economische machtspositie kan bijvoorbeeld sprake zijn wanneer een onderneming te hoge (excessieve) prijzen rekent, te lage (roof)prijzen rekent, bepaalde afnemers uitsluit van levering of onredelijke contract- of leveringsvoorwaarden hanteert die de wederpartij niet zou hebben geaccepteerd als de andere marktpartij geen machtspositie had gehad,<sup>18</sup> zoals koppelverkoop, langetermijncontracten<sup>19</sup> en het verhogen van overstapkosten.

#### *Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg*

Voor de uiteindelijke beoordeling van een economische machtspositie, moet de relevante markt vastgesteld worden. De relevante markt wordt bepaald door de relevante productmarkt en de relevante geografische markt. In paragraaf 4.2 wordt nader ingegaan op de uitgangspunten die CTG/ZAio hierbij hanteert. Vooralsnog kan worden geconcludeerd dat de Mededingingswet volstaat voor het voorkomen van misbruik van een economische machtspositie.

#### **Fusies**

Wanneer ondernemingen willen fuseren, moeten zij dat melden bij de NMa. De NMa kan een fusie verbieden wanneer daardoor een economische machtspositie ontstaat of wordt versterkt. Niet alle fusies hoeven gemeld te worden aan de NMa. Er geldt een meldingsplicht voor fusies, wanneer de gezamenlijke omzet van de fuserende partijen meer bedraagt dan € 113.450.000, en de omzet van ten minste twee van de fuserende partijen ieder minimaal € 30.000.000 bedraagt.<sup>20</sup>

#### *Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg*

Voordat een fusie moet worden gemeld bij de NMa, moeten bovengenoemde omzetsdrempels (op concernniveau) worden gehaald. In de AWBZ, en vooral in de extramurale AWBZ-zorg, is er van

---

<sup>16</sup> Richtsnoeren voor de beoordeling van samenwerking bedrijven binnen en buiten brancheorganisaties, Stcrt. 2001, nr. 108, blz. 28.

<sup>17</sup> Art. 7, Mededingingswet.

<sup>18</sup> Commissie 4 december 1981, PbeG 1982L 94/12.

<sup>19</sup> HvJ EG 13 februari 1979, zaak 86/76, Jur. 1979, blz. 561; Hoffman-La Roche.

<sup>20</sup> Art. 29, Mededingingswet.

dergelijke omzetten niet vaak sprake. De Minister van VWS onderkent dat er op dit gebied problemen zouden kunnen ontstaan:<sup>21</sup>

*"Voorts wil ik er op wijzen dat CTG/ZAio onderzoekt of voor de specifieke situatie in de zorg de algemene omzetrempels voor fusiecontrole in de Mededingingswet te hoog zijn. Mocht uit dat onderzoek blijken dat voor de zorg de omzetrempels daadwerkelijk te hoog zijn dan kunnen specifiek voor de zorg tijdelijk lagere drempels in de Mededingingswet worden opgenomen. De NMa voert dan de concentratiecontrole in de zorg uit op basis van die lagere drempels."*

Uit onderzoek van Prismant<sup>22</sup> naar de omzet van intramurale zorginstellingen in de GGZ en de gehandicaptenzorg, blijkt dat de omzetrempels in veel gevallen niet gehaald worden. In onderstaand tekstblok wordt een analyse gedaan van de toepasselijkheid van de Mededingingswet voor fusies in de extramurale AWBZ-zorg.

#### **De Mededingingswet in de extramurale AWBZ-zorg**

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

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

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

Binnen deze groep van aanbieders van extramurale AWBZ-zorg zijn er in totaal 177 aanbieders met een omzet van meer dan € 30 miljoen. Fusies tussen deze partijen hoeven echter niet in alle gevallen gemeld te worden, aangezien de meldingsplicht eveneens behelst dat de fusierende aanbieders een gezamenlijke omzet moeten hebben die hoger is dan € 113.450.000.

Hiermee rekening houdend, zijn er in totaal 80 aanbieders die een fusie met een aanbieder van gelijke omvang zouden moeten melden. Er zijn binnen de extramurale AWBZ-zorg slechts 46 aanbieders die iedere fusie met een aanbieder van meer dan € 30 miljoen dienen te melden. De meldingsplicht voor fusies is dus in veel gevallen niet van toepassing in de extramurale AWBZ-zorg.

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

Ook voor de extramurale AWBZ-aanbieders geldt dus dat de omzetrempels in veel gevallen niet gehaald worden. Fusies in deze sector hoeven daardoor vaak geen goedkeuring van de NMa te verkrijgen, terwijl zij concurrentie, vooral wanneer de relevante markt beperkt van omvang is, soms wel degelijk kunnen belemmeren. Het is daarom aan te bevelen de omzetrempel voor de melding van fusies onder de Mededingingswet specifiek voor de zorg te verlagen.

#### **Handhaving van de Mededingingswet**

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

<sup>21</sup> Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 'Oprichting Zorgautoriteit', 29324, nr.3, 24 september 2004, p.18.

<sup>22</sup> Prismant (in opdracht van CTG/ZAio), 'Regionale spreiding omzet zorginstellingen', juli 2004, Utrecht, p. 27 en p. 35.



ongedaan te maken, te beëindigen of verdere overtreding te voorkomen. Een dwangsom kan inhouden dat de overtreder een bepaald bedrag ineens moet betalen of voor elk moment waarop de overtreding voortduurt. Om te onderzoeken of men zich aan de mededingingsregels houdt, mag de NMa plaatsen betreden, inlichtingen vorderen, inzage in zakelijke gegevens en bescheiden vorderen en kopieën maken. Als dat niet ter plaatse kan, mogen de te kopiëren stukken voor korte tijd worden meegenomen. Voor ondernemingen bestaat de plicht medewerking te verlenen.

*3. Is de beschrijving van de problemen die bestaan bij de toepassing van de Mededingingswet in de extramurale AWBZ-zorg compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden*

### **3.3.3 Wet tarieven gezondheidszorg (zoals gewijzigd bij de WTG ExPres)**

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) regelt de manier waarop tarieven en prestatiebeschrijvingen in de zorg tot stand komen. De WTG wordt uitgevoerd door CTG/ZAio. Doel van de WTG is het bevorderen van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg, mede met het oog op de beheerste kostenontwikkeling daarvan. Kort gezegd verbiedt de WTG het hanteren van andere prestatiebeschrijvingen dan die op grond van de wet zijn vastgesteld en het in rekening brengen van tarieven die niet op grond van de wet tot stand zijn gekomen.<sup>23</sup>

#### ***Beleidsregels***

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

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

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

<sup>23</sup> De WTG verbiedt het in rekening brengen van een tarief:

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

maximumtarieven. Deze maximumtarieven worden door CTG/ZAio vastgesteld. Op dit moment ontbreekt voor een aantal prestaties nog een maximumtarief, waardoor de naleving van deze voorschriften in praktijk waarschijnlijk op enige problemen zal stuiten. In dit consultatiedocument is ervan uitgegaan dat de tariefsoort (vaste tarieven) ongewijzigd zal blijven. Het is echter niet uit te sluiten dat hier in de toekomst, met het oog op meer marktwerking in de AWBZ-zorg, verandering in zal komen. Eventuele consequenties van het loslaten van het vaste of maximumtarief op de werking van de markt en de mogelijke misdragingen, zullen dan moeten worden bezien.

De WTG zal naar alle waarschijnlijkheid in 2006 vervangen worden door de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Over de precieze taken en bevoegdheden die CTG/ZAio en het CTZ die (dan samen de Nederlandse Zorgautoriteit vormen) hebben op basis van deze wet, kan vooralsnog niets gezegd worden.

### **Administratievoorschriften en gegevensverstrekking**

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

1. de geleverde prestaties;
2. de daarvoor in rekening gebrachte tarieven, en
3. de daarvoor ontvangen of verrichte betalingen.

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

### **Handhaving**

Overtreding van de WTG is strafbaar gesteld in de Wet op de economische delicten.<sup>24</sup> Daarnaast is CTG/ZAio bevoegd om een aanwijzing te geven of bestuursdwang toe te passen bij onder andere:

1. niet nakoming van de verplichtingen ten aanzien van het voeren van de administratie;
2. niet nakoming van de verplichting cliënten tijdig en zorgvuldig te informeren omtrent in rekening te brengen tarieven, en
3. niet nakoming van de verplichting tot het verstrekken van gegevens.<sup>25</sup>

Omdat CTG/ZAio de bevoegdheid heeft om bestuursdwang toe te passen, heeft het op grond van de Algemene wet bestuursrecht (AWB) ook de bevoegdheid om een last onder dwangsom af te geven. Op grond van de WTG aangewezen toezichthouders mogen plaatsen betreden, inlichtingen vorderen, inzage in zakelijke gegevens en bescheiden vorderen, kopieën maken – als dat niet te plaatsen kan, mogen de te kopiëren stukken voor korte tijd worden meegenomen – en vervoermiddelen onderzoeken.

#### **3.3.4 Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren**

De Mededingingswet en de WTG zijn vooral gericht op de zorgaanbieders en hun gedragingen. De zorgkantoren staan echter ook onder toezicht. Zoals eerder al vermeld, wijst de Minister van VWS periodiek een verbindingskantoor aan voor een bepaalde zorgkantoorregio. Aan deze aanwijzing is de voorwaarde verbonden dat de als verbindingskantoren aangewezen rechtspersonen, medewerking verlenen aan de uitvoering van de afspraken die zijn gemaakt in het Convenant inzake taken en

<sup>24</sup> Artikel 1, onder 2o bepaalt dat overtreding van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 2, 2a, 2b, 17f, 30 en 30a van de WTG een economisch delict is.

<sup>25</sup> Meer precies is bestuursdwang toegestaan bij overtreding van de artikelen 2a, 2b, 30 en 30 a, van de WTG.

beheerskosten zorgkantoren.<sup>26</sup> Het CTZ is belast met het toezicht op de uitvoering van de AWBZ en betreft daarbij het Convenant.

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

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

### **3.3.5 Verhouding NMa, CTZ en CTG/ZAio**

Deze paragraaf beschrijft de verhouding tussen de NMa, het CTZ en CTG/ZAio voor de periode tot aan de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). De brief van het Ministerie van VWS aan de Tweede Kamer over de Zorgautoriteit,<sup>27</sup> gaat in op deze verhouding na invoering van de WMG. De wijze waarop de NMa, het CTZ en CTG/ZAio gaan samenwerken, wordt vastgelegd in een samenwerkingsprotocol. Dit protocol is vergelijkbaar met het protocol tussen de NMa en telecommunicatietoezichthouder OPTA.

De activiteiten van de uitvoeringsorganen vallen onder het toezicht van het CTZ. Het CTZ toetst onder andere op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Omdat de zorgkantoren niet worden gezien als ondernemingen in de zin van de Mededingingswet, heeft de NMa op dit vlak geen bevoegdheden.<sup>28</sup>

De mededingingsaspecten tussen aanbieders vallen onder toezicht van zowel de NMa als CTG/ZAio. De NMa houdt toezicht op grond van de Mededingingswet en CTG/ZAio op de grond van de WTG. Wanneer bepaald moet worden welke toezichthouder in een bepaald geval op zal treden, is de basisregel als volgt: mocht sprake zijn van overtreding van zowel de algemene als de sectorspecifieke regelgeving, met andere woorden in zaken waarin een partij een beleidsregel van CTG/ZAio overtreedt, dan is CTG/ZAio de primair aangewezen partij om op te treden. Is er sprake van andere vormen van mededingingsbelemmering, dan is de NMa de bevoegde toezichthouder. CTG/ZAio en de NMa informeren elkaar altijd in deze zaken.

---

<sup>26</sup> Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren van 13 maart 2001, inclusief de wijzigingen die daarin door partijen zijn aangebracht bij ondertekening van het Addendum op 19 maart 2003 en bij ondertekening op 16 december 2004.

<sup>27</sup> Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer de Staten Generaal, 'Oprichting Zorgautoriteit', 10 september 2004, 29324, nr. 3.

<sup>28</sup> Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 3.2.1.

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

### **3.4 Overige relevante wetgeving**

#### **3.4.1 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)**

Om mensen te stimuleren zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren en een einde te maken aan het veelvoud aan loketten en bureaus waar een cliënt heen moet met zijn zorgvraag, wordt in 2006 de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ingevoerd.<sup>29</sup> Met deze wet wordt gepoogd een duidelijk onderscheid te maken tussen 'zorg' en 'maatschappelijke ondersteuning'.<sup>30</sup> Het is de bedoeling dat alle ondersteunende en begeleidende activiteiten in het kader van de WMO worden overgeheveld naar de verantwoordelijkheid van de gemeenten, die, omdat zij dicht bij de mensen staan, een betere inschatting kunnen maken van de zorg die iemand nodig heeft en de voorzieningen die reeds aanwezig zijn.<sup>31</sup> Het recht op zorg vervalt hierbij.

De WMO heeft gevolgen voor de AWBZ en de aanspraken hierop. Naast de huidige Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), zal er namelijk ook een deel van de AWBZ worden overgeheveld naar de WMO. Het gaat hier in eerste instantie om de enkelvoudige huishoudelijke verzorging.<sup>32</sup> Daarnaast wordt bekeken of ook (delen van) de functies activerende en ondersteunende begeleiding kunnen worden overgeheveld. Zware chronische en continue zorg die grote financiële risico's voor individuen veroorzaakt en die particulier niet te verzekeren is, blijft in de AWBZ.

Aanbieders die zorg aanbieden die in het kader van de WMO wordt overgeheveld naar gemeenten, krijgen niet alleen te maken met een andere zorginkoper waarop het toezicht door het CTZ niet van toepassing is, maar vallen dan waarschijnlijk ook niet meer onder de WTG (in de toekomst WMG).<sup>33</sup> Op welke manier dit precies wordt vormgegeven is nog niet duidelijk.

#### **3.4.2 Zorgverzekeringswet (ZVW)**

In 2006 zal naar verwachting tevens de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking treden. Na de inwerkingtreding van deze wet is er één basisverzekering voor curatieve zorg. Het verschil tussen de particulier en ziekenfondsverzekerden komt hiermee te vervallen. Daarnaast worden ook het op genezing gerichte deel van de AWBZ, de kortdurende intramurale GGZ (korter dan één jaar) en de extramurale GGZ, overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet.<sup>34</sup> Voor de extramurale zorg gaat het om een bedrag van ongeveer € 1 miljard. De markt voor de GGZ-aanbieders zal door deze overheveling sterk veranderen. Zo krijgen zij te maken met concurrerende verzekeraars en een

---

29 Het wetsvoorstel wordt naar verwachting in het voorjaar 2005 aan de Tweede Kamer aangeboden, TK 2004–2005, 29 325, nr. 2, blz. 7

30 [http://www.minvws.nl/dossiers/wet\\_maatschappelijke\\_ondersteuning/default.asp](http://www.minvws.nl/dossiers/wet_maatschappelijke_ondersteuning/default.asp)

31 [http://www.minvws.nl/dossiers/wet\\_maatschappelijke\\_ondersteuning/wat\\_betekent\\_de\\_wmo\\_voor\\_gemeenten.asp](http://www.minvws.nl/dossiers/wet_maatschappelijke_ondersteuning/wat_betekent_de_wmo_voor_gemeenten.asp)

32 Van enkelvoudige huishoudelijke verzorging is sprake wanneer een cliënt alleen huishoudelijke verzorging ontvangt. Wanneer de cliënt naast huishoudelijke verzorging ook nog zorg uit (een) andere functie(s) ontvangt, blijft ook de zorg in de functie huishoudelijke verzorging in de AWBZ.

33 Het Ministerie van VWS heeft aangegeven dat deze aanbieders met de invoering van de WMO waarschijnlijk niet meer onder de WTG en het toezicht van CTG/ZAio zullen vallen.

34 TK 23 619 en 26 631, nr 19.

andere manier van indicatiestelling. Om deze reden is de GGZ in dit document veelal buiten beschouwing gelaten.

### **3.4.3 Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ)**

De verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet (Zfw) en de AWBZ hebben aanspraak op zorg in natura, dat wil zeggen: zij hebben recht op zorgverlening door een hulpverlener of aanbieder waarmee door de verzekeraar een overeenkomst is gesloten. De Wet HOZ houdt herziening van het overeenkomstenstelsel in zoals dat is opgenomen in de Zfw en de AWBZ. Herziening is enerzijds nodig ter versterking van de regierol van de verzekeraars in het kader van de beleidsontwikkeling in de gezondheidszorg en anderzijds vanwege het gebrek aan dynamiek in het overeenkomstenstelsel als gevolg van de verplichte landelijke overeenkomsten. Daarnaast bestaat er spanning met het mededingingsbeleid als gevolg van de collectieve elementen in het huidige overeenkomsten.

De wet HOZ, die op 1 februari 2005 gedeeltelijk<sup>35</sup> in werking is getreden, omvat onder meer de volgende maatregelen:

1. het afschaffen van de landelijk geldende uitkomsten van overleg en modelovereenkomsten in de Zfw en de AWBZ;
2. het faciliteren van contractvrijheid voor verzekeraars en zorgaanbieders, door te regelen dat de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht voor bij of krachtens AMvB te bepalen vormen van zorg en categorieën zorgaanbieders afgeschaft kunnen worden;<sup>36</sup>
3. het wegnemen van formele belemmeringen voor zorgaanbieders gevestigd in een EU- of EER-land, of in een verdragsland, om zorg aan Nederlandse verzekerden te verlenen;

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

### **3.4.4 Europese aanbestedingsrichtlijnen**

De voornaamste doelstellingen van de Europese aanbestedingsrichtlijnen<sup>37</sup> zijn de totstandkoming van de interne markt, het gelijkschakelen van de wetgeving van de afzonderlijke lidstaten, het stimuleren van vrije, eerlijke concurrentie binnen de Europese Unie door openbare bekendmaking van (voorgenomen) opdrachten en het bewerkstelligen van besparingen voor opdrachtgevers door een meer professioneel inkoopproces. Voor aanbestedende diensten gelden richtlijnen voorgeschreven ten aanzien van gelijke behandeling van partijen, non-discriminatie en transparantie.

De Richtlijnen zijn alleen van toepassing op opdrachten die door aanbestedende partijen worden geplaatst voor het verrichten van diensten, het leveren van producten en de uitvoering van werken, waarbij de geraamde waarde van de opdracht de in de Richtlijn bepaalde drempelwaarde (€ 236.945) overschrijdt. Door het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) worden de zorgkantoren beschouwd als aanbestedende dienst in de zin van de Richtlijnen. ZN heeft in zijn handreiking Contracteerbeleid extramurale zorg dan ook gezamenlijke uitgangspunten op het gebied van de aanbesteding opgenomen.

<sup>35</sup> Zie het inwerkingtredingsbesluit van 25 januari 2005, Staatsblad 2005, nr. 42.

<sup>36</sup> Deze bepaling is vooral van invloed op de Zfw. In de AWBZ is reeds de mogelijkheid opgenomen om de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht (voor delen van de AWBZ) op te heffen bij of krachtens AMvB (art 45 en 46, AWBZ)

<sup>37</sup> Dat zijn de Richtlijn Leveringen (93/36 EEG), de Richtlijn Diensten (92/50 EEG) en de Richtlijn Werken (93/37), zoals gewijzigd door Richtlijn 97/52 EG.

Hier is de volgende kanttekening echter op zijn plaats. Het is algemeen aanvaard dat ziekenfondsen zijn aan te merken als aanbestedende dienst. Particuliere ziektekostenverzekeraars zijn dat echter niet. De kwalificering van zorgkantoor als aanbestedende dienst, gaat eraan voorbij dat de zorgkantoren contracteren *namens* de uitvoeringsorganen.<sup>38</sup> Of het zorgkantoor voor dat deel van de zorginkoop aanbestedingsplichtig is, is niet afhankelijk van de rechtspersoon van het zorgkantoor, maar van de rechtspersoon van het uitvoeringsorgaan namens wie het zorgkantoor contracteert. De zorgkantoren zijn dus officieel voor een deel van de patiënten wél en voor een deel van de patiënten niet aanbestedingsplichtig.

Ervan uitgaande dat zorgkantoren aanbestedingsplichtig zijn, zijn zij gebonden aan de Europese aanbestedingsrichtlijnen wanneer de aanbesteding een bedrag van € 236.945 of hoger betreft. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het percentage van de contracten die volgens de Europese aanbestedingsrichtlijnen zouden moeten worden aanbesteed.

|   | Aantal | Percentage |
|---|--------|------------|
| Extramurale productieafspraken 2004 < € 236.945 | 411    | 28%        |
| Extramurale productieafspraken 2004 > € 236.945 | 1.042  | 72%        |

Tabel 3: Omvang extramurale productieafspraken o.b.v. productieafspraken zoals ingediend bij CTG/ZAio.

Wanneer de Richtlijnen van toepassing zouden zijn, zijn de zorgkantoren in 72% van de gevallen aanbestedingsplichtig. Het niet naleven van de aanbestedingsrichtlijnen wordt aangemerkt als een onrechtmatige daad (artikel 6:162 Burgerlijk Wetboek) en kan leiden tot een verplichting tot het betalen van schadevergoedingen. Voorts kan een benadeelde partij in een kort geding bijvoorbeeld toelating tot de procedure, heraanbesteding of een verbod tot gunning van de opdracht aan een bepaalde opdrachtnemer vorderen. Wanneer aanbieders van mening zijn dat zij geen eerlijke kansen krijgen bij een aanbesteding, kunnen zij tevens een klacht indienen bij de Europese Commissie.<sup>39</sup> De Europese Commissie kan een zogenoemde inbreukprocedure tegen de Nederlandse staat starten.

De huidige aanbestedingsrichtlijnen worden op termijn vervangen. Het doel van de nieuwe regels is om aanbestedingsprocedures flexibeler en minder complex te maken door nieuwe rechtsvormen te introduceren. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan raamovereenkomsten, aankoopcentrales, dynamische aankoopssystemen en elektronische veilingen.

### 3.4.5 Europese staatssteunregels

Krachtens artikel 87 van het EG-Verdrag wordt ieder door de staat toegekend of met staatsmiddelen bekostigd voordeel als staatssteun beschouwd wanneer:

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

Bepaalde steunmaatregelen zijn verenigbaar met de gemeenschappelijke markt. Hieronder vallen steunmaatregelen van sociale aard aan individuele verbruikers en steunmaatregelen tot herstel van

<sup>38</sup> De vraag of een zorgkantoor als aanbestedende dienst moet worden aangemerkt, zal met de invoering van de Zorgverzekeringswet opnieuw moeten worden beoordeeld. Daarbij speelt de vraag of zorgverzekeraars onder die wet aanbestedingsplichtig zijn, een grote rol.

<sup>39</sup> College voor zorgverzekeringen, circulaire 04/03 betreffende Europese aanbesteding en de wet BIBOP, 1 januari 2004, Diemen

de schade veroorzaakt door natuurrampen of andere buitengewone gebeurtenissen. Overheidssteun vormt ongeoorloofde staatssteun indien die steun (i) een voordeel oplevert voor de steun ontvangende onderneming, (ii) met staatsmiddelen wordt bekostigd, (iii) alleen ten gunste komt van de onderneming, (iv) de mededinging verstoort en (v) het handelsverkeer tussen lidstaten ongunstig beïnvloedt. Met name dit laatste aspect vormt een belangrijk – en tevens lastig te bevestigen of te ontkennen – criterium voor het aanmerken van overheidssteun als (on)geoorloofde staatssteun. Als een overheidssubsidie als ongeoorloofde staatssteun wordt aangemerkt, dient deze door de ontvangende partij te worden terugbetaald. Daarnaast kan dit leiden tot claims van benadeelde partijen (concurrenten) aan het adres van de overheid en de steun ontvangende partij.

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

### 3.5 Conclusies en aanbevelingen

#### Conclusies

Uit de analyse van de relevante wet- en regelgeving komen de volgende conclusies naar voren.

|  | Zorginkoopmarkt  |  | Zorgverleningsmarkt |            |
|--|--|--|---------------------|------------|
|  | Zorgkantoor  | Zorgaanbieder  | Verzekerde          | PGB-houder |
| Opheffen contracteerplicht AWBZ                      | Verplichting om alle aanbieders binnen regio te contracteren verval  | Verplichting om met alle inkopers een contract te sluiten tegen dezelfde voorwaarden verval. | n.v.t.              | n.v.t.     |
| Mededingingswet                                      | Niet van toepassing op de zorgkantoren als gevolg van het FENIN-arrest   | Veel aanbieders onder omzeldrempel: fusies hoeven veelal niet aangemeld te worden.           | n.v.t.              | n.v.t.     |
| Wet tarieven gezondheidszorg                         | Verplichting om op/onder de maximale beleidsregelwaarde productieafspraken te maken                            | Voorschriften te leveren prestaties en te vragen tarieven                                    | n.v.t.              | n.v.t.     |
| Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren | Verplichting om doelmatig en transparant zorg in te kopen en binnen de financiële contracteerruimte te blijven | n.v.t.   | n.v.t.              | n.v.t.     |

|  | Zorginkoopmarkt  |   | Zorgverleningsmarkt  |   |
|--|--|---|--|---|
|  | Zorgkantoor  | Zorgaanbieder   | Verzekerde   | PGB-houder  |
| Wet Maatschappelijke Ondersteuning (voorzien per 2006) | Verantwoordelijkheid voor inkoop en toekenning van ondersteunende zorg wordt overgeheveld naar gemeenten | Mw blijft van toepassing op aanbieders van wie de productie wordt overgeheveld naar WMO. Het toezicht door CTG/ZAio en het CTZ vervalt. Ook de zorginkoper verandert. | Onderscheid tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning: recht op zware chronische en continue zorg blijft behouden, recht op ondersteunende zorg vervalt. Toekenning door gemeenten | Idem verzekerden. Keuzemogelijkheid tussen zorg in natura en een PGB blijft behouden. |
| Zorgverzekeringswet (voorzien per 2006)                | Verantwoordelijkheid voor inkoop van extramurale GGZ vervalt   | GGZ-aanbieders krijgen te maken met concurrerende verzekeraars en een andere manier van indicatiestelling   | Cliënten die gebruik maken van de extramurale GGZ zijn aangewezen op hun basisverzekering  | Idem verzekerden. Mogelijkheid tot PGB vervalt daarbij. Wel restitutie mogelijk       |
| Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (2005)       | Meer vrijheid voor de invulling van contractuele relaties. Verbod op langdurige contracten               | Meer vrijheid invulling contractuele relaties. Mogelijkheden tot concurrentie van aanbieders uit het buitenland   | n.v.t.   | n.v.t.  |
| Europese Aanbestedingsrichtlijnen                      | Aanbestedingsplichtig voor een aanzienlijk deel van de contracten  | Gelijke voorwaarden en concurrentie bij contractgunning   | n.v.t.   | n.v.t.  |
| Europese staatssteunregels                             | n.v.t.   | Alle aanbieders, ongeacht hun land van herkomst, moeten onder dezelfde voorwaarden overheidssteun kunnen krijgen.   | n.v.t.   | n.v.t.  |

Tabel 4: Conclusies hoofdstuk 3



### **Aanbevelingen**

Uit de analyse van de geldende wet- en regelgeving volgen enkele beleidsvoornemens voor CTG/ZAio en het CTZ en enkele aanbevelingen voor VWS en EZ.

#### *Beleidsvoornemens CTG/ZAio en het CTZ*

- Het sluiten van een convenant met de NMa om de ingrepen in de markt en de uitleg van diverse mededingingsbegrippen met elkaar af te stemmen (§ 3.2.4)

#### *Aanbevelingen aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

- Herzien steunverlening aan AWBZ-aanbieders bij toetreding van buitenlandse partijen (§ 3.3.5)

#### *Aanbevelingen aan het Ministerie van Economische Zaken*

- Verlagen van de omzetrempels voor de meldingsplicht voor fusies in de Mededingingswet specifiek voor de zorg (§ 3.2.1)



## 4. AANBIEDERS

### 4.1 Inleiding

Keuzevrijheid en de mogelijkheid voor afnemers om over te stappen naar een andere aanbieder<sup>40</sup> zijn cruciale prikkels wanneer het gaat om concurrentie.<sup>41</sup> Hiervoor is het niet altijd nodig dat de afnemers daadwerkelijk overstappen, de dreiging voor aanbieders om klanten te verliezen of de kans om klanten te winnen is vaak voldoende.

Om overstappen mogelijk te maken moet de markt aan drie cruciale voorwaarden voldoen:

1. voldoende aanbod om uit te kiezen;
2. de kosten om over te stappen naar een andere aanbieder werken niet belemmerend;
3. voldoende inzicht in prijs en kwaliteit van het aangeboden product.

Indien aan een van de bovengenoemde voorwaarden niet wordt voldaan, is het voor de afnemers moeilijk om over te stappen. Hiermee wordt de keuzevrijheid van afnemers en de concurrentie tussen aanbieders beperkt. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eerste voorwaarde: voldoende aanbod en voldoende aanbieders om uit te kiezen.

### 4.2 Relevante markt

#### 4.2.1 Algemeen

Om te bepalen of de verzekerde voldoende keuzevrijheid heeft op de markt, is het van belang om te bepalen wat de verzekerde als alternatieven voor zorg door een bepaalde aanbieder ziet. De mate van concurrentie die de aanbieder ondervindt, is afhankelijk van deze alternatieven. De relevante markt is het gebied waarbinnen de concurrentie tussen aanbieders van gelijkwaardige producten plaatsvindt.<sup>42</sup> Op basis van deze definitie dient iedere markt te worden opgesplitst naar de relevante geografische markt en de relevante productmarkt.

In dit document en de monitor wordt uitgegaan van een relevante markt voor zorg-in-natura die gelijk is aan de functies per zorgkantoorregio. Hiermee wordt aangesloten bij de juridische vormgeving van de sector en de uitspraken van de NMa. Voor de PGB-houders wordt ervan uitgegaan dat de relevante geografische markt niet groter is dan de zorgkantoorregio's. De relevante productmarkt voor deze groep is moeilijk te bepalen.

Belangrijk is dat het gaat om een *uitgangspunt* voor de monitor en niet om een definitieve marktafbakening. De werkelijke relevante markt kan, afhankelijk van de specifieke situatie, groter of kleiner zijn. Wanneer de relevante markt in werkelijkheid kleiner is, kan een aanbieder die op die markt een machtspositie<sup>43</sup> heeft, over het hoofd worden gezien. Wanneer de relevante markt in werkelijkheid juist groter is, heeft dat tot gevolg dat aanbieders onterecht als aanbieder met

---

<sup>40</sup> De mogelijkheden van aanbieders om over te stappen naar andere afnemers komt in dit hoofdstuk niet aan de orde, omdat alleen de zorginkoop- en zorgverleningsmarkt worden behandeld. Op deze markten is het respectievelijk onmogelijk en onwenselijk dat zorgaanbieders overstappen naar respectievelijk een ander zorgkantoor en een andere cliënt.

<sup>41</sup> Waterson M., "The role of consumers in competition and competition policy", International journal of industrial organisation, vol. 26, 2003.

<sup>42</sup> Europese commissie, 'The definition of the relevant market for the purposes of Community competition law', gepubliceerd in het Official Journal: OJ C 372 op 9 december 1997.

<sup>43</sup> Een aanbieder heeft een machtspositie wanneer hij zich bij het bepalen van zijn beleid weinig hoeft aan te trekken van andere partijen op de markt. In de regel wordt er gesproken van een machtspositie wanneer een aanbieder een marktaandeel heeft van 50% of meer. In specifieke gevallen kan deze grens echter hoger of lager zijn.

marktmacht worden aangemerkt. Het is over het algemeen minder erg wanneer een aanbieder onterecht als aanbieder met marktmacht wordt aangemerkt dan andersom. De aanbieder wordt immers alleen bestraft wanneer hij zijn positie misbruikt, terwijl een aanbieder met marktmacht die niet als zodanig wordt aangemerkt, zijn positie ongestoord kan misbruiken. Om nodeloos ingrijpen te voorkomen, wordt de afbakening van de relevante markt daarnaast voor specifieke gevallen altijd eerst nader onderzocht.

#### **4.2.2 De markt voor zorg-in-natura**

##### ***Relevante geografische markt***

De relevante geografische markt is het gebied waarbinnen ondernemingen goederen en/of diensten aanbieden en waarbinnen de concurrentievoorwaarden gelijkwaardig zijn en duidelijk afwijken van die van aangrenzende gebieden.<sup>42</sup> De NMa oordeelt dat de geografische omvang van de zorgmarkt, bepaald wordt door de behoeften van de verzekerden.<sup>44</sup> Waar de markt op die basis voor sommige aanbieders landelijk is, blijft de markt voor andere aanbieders beperkt tot een stad of een bepaalde wijk. Voor de extramurale AWBZ-aanbieders is de markt vooral lokaal/regionaal. De NMa stelt dat de relevante geografische markt wellicht kleiner, maar zeker niet groter is dan de zorgkantoorregio.<sup>45</sup>

Daarnaast zijn de verzekerden en de zorgaanbieders in principe aangewezen op het zorgkantoor dat actief is in hun vestigingsplaats.<sup>46</sup> Hoewel hierop enkele uitzonderingen bestaan, zijn de zorginkoop en -verleningsmarkt voor de meeste partijen beperkt tot de zorgkantoorregio's. Om deze redenen, en tevens uit praktisch oogpunt, is er in de monitor voor gekozen om de geografische markt gelijk te stellen aan de huidige zorgkantoorregio's. De relevante geografische markt kan hier per specifiek geval van afwijken.

##### ***Relevante productmarkt***

De relevante productmarkt bestaat uit alle goederen en/of diensten die, op grond van hun kenmerken, prijzen en het gebruik waarvoor zij zijn bestemd, door de afnemer als onderling verwisselbaar of substitueerbaar worden beschouwd.<sup>42</sup> Er zijn drie factoren van invloed op de mate van concurrentie die de aanbieder ondervindt, namelijk:

1. de mate van vraagsubstitutie,
2. de mate van aanbods substitutie, en
3. het toetredingspotentieel.

Hoe gemakkelijker er toegetreden wordt en hoe meer substituten er bestaan voor een bepaald product, hoe meer concurrentie er bestaat op de markt. De aanbieder moet dan immers met veel andere aanbieders concurreren om de afnemer.

Alle aanbieders die producten aanbieden die in de ogen van de afnemer dezelfde behoefte vervullen als het product dat de aanbieder maakt, zijn in principe vraagsubstituten. In de extramurale AWBZ-zorg bepaalt de indicatiestelling door het CIZ binnen welke functie een cliënt zorgaanbieders kan kiezen. Niet alle producten die in de ogen van de consument zijn zorgbehoefte vervullen, kunnen dus daadwerkelijk worden aangewend als vraagsubstituten binnen de AWBZ. De toelating door het CVZ bepaalt welke aanbieders binnen een bepaalde functie zorg mogen leveren, en derhalve tot de keuzemogelijkheden van zorgkantoor behoren. De cliënt kan vervolgens kiezen tussen de aanbieders

---

<sup>44</sup> Besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaaknummers 652 en 145 inzake 'Inkoop Samenwerkingsovereenkomst ziekenfondsen VGZ, OZ en CZ', alinea 48 tm. 50.

<sup>45</sup> Zie het besluit in de zaak 4295/Stichting Icare-Sensire-Thuiszorg Groningen, alinea 30.

<sup>46</sup> College voor zorgverzekeringen, 'Uitvoeringstoets opheffing contracteerplicht extramuraal', Diemen, 22 april 2004, p.4.

die toegelaten zijn tot de functie én gecontracteerd zijn door het zorgkantoor. Hiermee wordt het aantal mogelijke vraagsubstituten gelimiteerd tot de toegelaten, gecontracteerde aanbieders die binnen dezelfde functie zorg leveren.

Hoewel de functies voor de afnemers formeel de mogelijke vraagsubstituten weergeven, bestaat er in de praktijk nog vaak onderscheid tussen verschillende sectoren en verschillende prestaties.<sup>47</sup> Hierdoor zou de relevante productmarkt kleiner kunnen zijn dan de afbakening naar functies. Zo kan bijvoorbeeld ondersteunende begeleiding voor GGZ-cliënten iets anders inhouden dan ondersteunende begeleiding voor verstandelijk gehandicapten.<sup>48</sup>

Bij aanbodssubstitutie gaat het om alle aanbieders die het product op korte termijn en zonder daar veel extra kosten voor te moeten maken, aan kunnen gaan bieden. Voor aanbieders die binnen de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging zorg aanbieden (voornamelijk thuiszorgaanbieders), is het relatief gemakkelijk om een aanverwant product aan te gaan bieden.<sup>49</sup> De meeste aanbieders bieden alle drie de functies aan.<sup>49</sup> Dit zou er op kunnen wijzen dat aanbodssubstitutie al op grote schaal heeft plaats gevonden en dat deze drie functies gezamenlijk één relevante productmarkt vormen. Dit geldt ook voor aanbieders binnen de functies ondersteunende en activerende begeleiding.<sup>50</sup> Aanbodssubstituten voor de functie behandeling lijken niet in grote mate aanwezig.

Ten slotte wordt de mate van concurrentie op een markt bepaald door het toetredingspotentieel. Het toetredingspotentieel geeft weer in welke mate er toetreding van nieuwe aanbieders kan worden verwacht. In de extramurale AWBZ-zorg werpt de markt relatief weinig toetredingsbarrières op.<sup>51</sup> Wel kan het zorgkantoor een versturende factor vormen. Omdat dit sinds kort is gebonden aan een regiobudget, is er relatief weinig ruimte voor nieuwe aanbieders om zorg aan te bieden. Daarbij is vooral betekenisvolle toetreding (voldoende schaal om werkelijk een bedreiging te vormen voor de heersende dominante aanbieder) op deze markt moeilijk. Wel zou een intramurale aanbieder bijvoorbeeld ook extramurale zorg aan kunnen gaan bieden. Het is verder moeilijk om uitspraken te doen over de potentiële toetreding en het effect hiervan op de relevante productmarkt. Wel kunnen er op dit punt grote regionale verschillen optreden.

Bovenstaande afwegingen geven aan dat de relevante markt wellicht groter of kleiner is dan de afbakening naar functies. Deze aanwijzingen wijzen echter niet eenduidig in dezelfde richting. In dit document is ervoor gekozen om als uitgangspunt de indeling naar functies aan te houden. Reden hiervoor is dat hiermee zo veel mogelijk wordt aangesloten bij de juridische vormgeving van de sector en de maatstaven die worden gehanteerd door de NMa.

*4. Biedt de indeling van de AWBZ naar functies voldoende houvast voor het sluiten van contracten in de extramurale AWBZ-zorg, of is een verdere specificatie van de producten wenselijk?*

<sup>47</sup> Formeel gezien is er in de AWBZ sprake van AWBZ-brede functies. Daarbinnen stelt CTG/ZAio echter te leveren prestaties met bijbehorende tarieven vast. Op deze manier wordt gewaarborgd dat de aanbieders voldoende, juiste zorg leveren.

<sup>48</sup> Zie ook het besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaak 4120/Verenigde Amstelhuizen-IJlanden, alinea 25.

<sup>49</sup> Zie ook het besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaak 4295/Stichting Icare-Sensire-Thuiszorg Groningen, alinea 16.

<sup>50</sup> Zie ook het besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaak 4120/Verenigde Amstelhuizen-IJlanden, alinea 26 en 27.

<sup>51</sup> De drempels voor aanbieders om toe te treden tot de markt worden besproken in hoofdstuk 4.4.

### 4.2.3 De markt voor PGB-houders

De relevante geografische markt voor de PGB-houder heeft ook vooral een regionaal karakter. Mensen zijn immers vaak niet bereid grote afstanden te overbruggen voor de relatief eenvoudige extramurale AWBZ-zorg en aanbieders die zorg thuis leveren, zullen geen cliënten willen behandelen die ver buiten hun werkgebied wonen.

De relevante productmarkt voor de PGB-houder is groter dan die van het zorgkantoor. Wanneer de PGB-houder zorg inkoop, is hij namelijk niet gebonden aan aanbieders die zijn toegelaten door het CVZ of gecontracteerd door het zorgkantoor, maar kan hij gebruik maken van alle aanbieders die een product aanbieden dat aan zijn zorgvraag voldoet. Dit kan – wanneer het aandeel en de omvang van zorgconsumptie via PGB's toeneemt – een belangrijk effect hebben op de potentiële concurrentiedruk die de aanbieders ondervinden. De rol van de PGB-houders heeft daarmee ook zijn weerslag op de afbakening van de relevante markt.

5. Is de keuze voor de productmarktafbakening naar functies juist of zijn er redenen om aan te nemen dat deze indeling de marktmacht van bepaalde partijen verkeerd inschat?
6. Is de geografische marktafbakening naar zorgkantoorregio's voor de extramurale AWBZ-zorg correct of zijn er redenen om aan te nemen dat de relevante geografische markt groter of kleiner is?

## 4.3 Huidige aanbod

### 4.3.1 Kenmerken van de markt

Wanneer wordt gesproken over de extramurale AWBZ-zorg, is het goed om eerst te kijken hoe deze markt er op dit moment uit ziet. De volgende tabel geeft globaal de omzetten per functie weer, evenals het aantal aanbieders dat in die functie actief is. Aangezien de prestatie dagbesteding (zoals die door CTG/ZAio beschreven wordt) moeilijk op te splitsen is naar de functies ondersteunende en activerende begeleiding, maar wel een aanzienlijk deel van de AWBZ beslaat, is deze prestatie afzonderlijk opgenomen. Voor de schatting van het aantal aanbieders is gekeken naar het aantal productieafspraken (rekenstaten) dat is ingediend bij CTG/ZAio. Hierbij moet worden opgemerkt dat sommige aanbieders gezamenlijk één rekenstaat indienen en dat sommige aanbieders meer rekenstaten hebben.

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

Tabel 5: Kerngetallen extramurale AWBZ-zorg naar functie(per december 2004, bron: CTG/ZAio)

Met de introductie van de functies is het onderscheid naar sectoren officieel verdwenen. Hoewel er signalen zijn dat steeds meer aanbieders in verschillende sectoren zorg aan bieden, is er nog steeds onderscheid zichtbaar tussen de verschillende sectoren. Dit onderscheid kan van belang zijn bij het voorspellen van de vraagontwikkelingen in de AWBZ. In de volgende tabel wordt per sector weergegeven hoe groot deze is en hoeveel aanbieders daarbinnen spelen.

|                             |                             | Percentage van de extramurale AWBZ-zorg | Omzet       | Aantal aanbieders (rekenstaten) |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-------------|---------------------------------|
| V&V-sectoren                | Thuiszorg                   | 52%                                     | € 3.100 mln | 232                             |
|                             | Verpleging                  | 6%                                      | € 340 mln   | 238                             |
|                             | Verzorging                  | 7%                                      | € 400 mln   | 673                             |
| Gehandicaptenzorg           | Gehandicaptenzorg           | 16%                                     | € 963 mln   | 268                             |
| Geestelijke gezondheidszorg | Geestelijke gezondheidszorg | 19%                                     | € 1.100 mln | 159                             |
| Totaal                      |                             | 100%                                    | € 5.903 mln | 1570                            |

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

De V&V- sectoren houden zich voornamelijk bezig met oudere cliënten. Als gevolg van de vergrijzing in de nabije toekomst en het feit dat, als gevolg van de steeds kleiner wordende gezinnen, ouderen steeds minder door hun eigen familie kunnen worden opgevangen, valt er in deze sectoren een forse vraagstijging te verwachten. Voor de gehandicaptenzorg en de GGZ valt binnen de AWBZ in principe geen forse vraagstijging te verwachten. Het percentage gehandicapten is relatief stabiel, waardoor de vraag naar zorg ook redelijk gelijk zal blijven. Wel worden gehandicapten steeds ouder, waardoor er overlap ontstaat met de V&V-sectoren. De extramurale GGZ zal naar verwachting per 2006 overgaan naar de Zorgverzekeringswet in het tweede compartiment. De kosten van deze zorg ten laste van de AWBZ zullen dus niet toenemen.

#### 4.3.2 Voldoende aanbod

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

In principe is er voldoende aanbod als alle cliënten binnen een acceptabele tijd (bijvoorbeeld binnen de Treeknorm<sup>52</sup>) geholpen kunnen worden. Wachtlijsten kunnen dus een signaal geven dat er onvoldoende productiecapaciteit bestaat of dat aanbieders onvoldoende budget ontvangen om alle patiënten te helpen. Wachtlijsten kunnen echter ook veroorzaakt worden door inefficiëntie bij de aanbieders of het zorgkantoor.<sup>53</sup> In dat geval kunnen de wachtlijsten (deels) worden opgelost wanneer er efficiënter gewerkt wordt.

Het bepalen van voldoende aanbod wordt daarnaast ook bemoeilijkt door problemen bij het vaststellen van de noodzakelijke hoeveelheid aanbod/noodzakelijke zorgvraag. Doordat cliënten niet

<sup>52</sup> De Treeknorm is de maximale wachttijd die door de betrokken partijen aanvaardbaar wordt geacht. Afhankelijk van het soort zorg dat geconsumeerd wordt, geldt er een andere treeknorm.

<sup>53</sup> Uit verschillende in de AWBZ uitgevoerde benchmarkonderzoeken (zie voetnoten 49 en 50), komt naar voren dat de gemiddelde efficiëntie in de AWBZ rond de 85% ligt. Er zou dus nog ruimte kunnen zijn om de hoeveelheid geleverde zorg te vergroten met dezelfde inzet van middelen.

direct geconfronteerd worden met de kosten van de zorg, is er voor hen een prikkel om meer zorg te consumeren dan zij gedaan zouden hebben wanneer zij zelf voor de kosten van de zorg zouden opdraaien. Dit wordt ook wel *moral hazard* genoemd. Dit probleem van overconsumptie hangt overigens niet specifiek samen met de zorg, maar komt voor in alle markten waarin sprake is van een verzekering. In de AWBZ is het CIZ ingesteld om te bepalen welke zorgconsumptie noodzakelijk is.

Ten slotte wil voldoende aanbod op de markt niet altijd zeggen dat er geen wachtlijsten kunnen bestaan bij individuele aanbieders. In theorie zou marktwerking ertoe moeten leiden dat wachtlijsten opgelost worden doordat patiënten die op een wachtlijst zouden komen te staan bij de ene aanbieder, zich wenden tot een aanbieder zonder wachtlijst. In de praktijk echter kan dit proces verstoord worden doordat er onvoldoende informatie bestaat over de wachtlijsten of doordat een cliënt bereid is langer te wachten voor een bepaalde zorgaanbieder. De tekstbox op pagina 80 geeft hiervan een voorbeeld.

Het is dus moeilijk om in te schatten hoeveel zorg er daadwerkelijk nodig is, en hoeveel zorg er geleverd kan worden. Desondanks lijkt er in de extramurale AWBZ-zorg voldoende aanbod te zijn. De vier grote brancheorganisaties in de AWBZ geven aan dat er in de extramurale AWBZ-zorg relatief weinig sprake is van schaarste.<sup>54</sup> Ook zijn er in de extramurale AWBZ-zorg veel aanbieders actief. Dit bevordert de keuzevrijheid van verzekerden en stimuleert daarmee marktwerking. De zorgkantoren kunnen dit proces ondersteunen door ook daadwerkelijk verschillende zorgaanbieders te contracteren. Het CTZ kan de zorgkantoren hiertoe stimuleren en op beoordelen.

Omdat het voor de keuzemogelijkheden van de verzekerde van belang is dat er voldoende aanbod en voldoende aanbieders zijn, is het wenselijk deze aantallen en het verloop ervan te monitoren.

*7. Zijn bovenstaande beschrijving van de markt en inschatting van het aanbod correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.*

#### **4.4 Marktconcentraties**

##### **4.4.1 Algemeen**

Marktwerking in de zorg kan alleen leiden tot optimale uitkomsten, wanneer de aanbieders daadwerkelijk met elkaar concurreren om cliënten. Een aanbieder met marktmacht kan een goede werking van de markt echter frustreren. Marktmacht houdt in dat de aanbieder zich in belangrijke mate onafhankelijk van andere partijen kan gedragen, zonder daardoor buiten spel te komen staan. Op de zorginkoopmarkt is dit schadelijk omdat het zorgkantoor (als gevolg van de zorgplicht) of de PGB-houder niet om een grote aanbieder heen kan en de aanbieder dus zijn winst kan vergroten door zijn prijs te verhogen. Op de zorgverleningsmarkt leiden marktconcentraties tot beperking van de keuzevrijheid.

Ter illustratie in dit document de grens gehanteerd van 50% marktaandeel voor het aanmerken van een partij als partij met aanmerkelijke marktmacht. In de praktijk kan er ook al sprake zijn van marktmacht bij een kleiner marktaandeel. Dit kan bijvoorbeeld wanneer een aanbieder een bepaald apparaat of netwerk in handen heeft, die alle aanbieders nodig hebben om dat product te kunnen leveren, maar waar zij zelf moeilijk of niet aan kunnen komen. Omgekeerd kan het ook zo zijn dat een

---

<sup>54</sup> "Contracteerbeleid. Handreiking bij contracteren in de AWBZ", november 2004, Arcares, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, p. 6



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

#### 4.4.2 Marktconcentraties in de extramurale AWBZ-zorg

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

##### De CR-ratio

De CR-ratio geeft het gezamenlijke marktaandeel van de grootste aanbieders weer. Zo geven de CR4-ratio en de CR2-ratio de gezamenlijke marktaandelen weer van respectievelijk de grootste vier en de grootste twee aanbieders. De CR1-ratio geeft het marktaandeel weer van de grootste aanbieder. De NMa hanteert een marktaandeel groter dan 50% als uitgangspunt voor het aanmerken van een onderneming met aanmerkelijke marktmacht. De CR1-ratio is dan groter dan 50%.

##### De HHI-index

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

Aangezien binnen de extramurale AWBZ-zorg de marktaandelen van alle aanbieders bekend zijn, wordt in dit document de HHI-index gehanteerd als maatstaf voor de concentratie in de markt. Voor het beoordelen van de concentratie wordt gebruik gemaakt van de drempelwaarden die door de Europese Commissie worden gebruikt bij fusiecontrole.<sup>55</sup> Deze drempelwaarde varieert in concrete gevallen tussen de 1.000 en de 2.000. Hierbij geldt dat, wanneer de HHI boven deze drempels uitkomt, er sprake is van een sterke concentratie en er gevaar is voor misbruik van een economische machtspositie. Om te kunnen beoordelen of er ook sprake is van een economische machtspositie conform de uitgangspunten van de NMa, wordt daarnaast de CR1-ratio weergegeven.

| Aantal regio's (totaal 32) met: | Totale extramurale zorg | Huishoudelijke verzorging (HV) | Persoonlijke verzorging (PV) | Verpleging (VP) | Ondersteunende begeleiding (OB) | Activerende begeleiding (AB) | Behandeling (BH) |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------|---------------------------------|------------------------------|------------------|
| HHI < 1.000                     | 4 (12%)                 | 0 (0%)                         | 1 (3%)                       | 0 (0%)          | 5 (16%)                         | 0 (0%)                       | 1 (3%)           |
| HHI > 1.000 en < 2.000          | 15 (47%)                | 4 (13%)                        | 7 (22%)                      | 6 (19%)         | 18 (56%)                        | 6 (19%)                      | 4 (13%)          |
| HHI > 2.000                     | 13 (41%)                | 28 (87%)                       | 24 (75%)                     | 26 (81%)        | 9 (28%)                         | 26 (81%)                     | 27 (84%)         |
| Laagste HHI                     | 576                     | 4821                           | 3614                         | 4033            | 1801                            | 3618                         | 5074             |
| Hoogste HHI                     | 5977                    | 10000                          | 8044                         | 8315            | 3710                            | 7978                         | 9778             |
| CR1-ratio > 50%                 | 9 (28%)                 | 18 (56%)                       | 15 (47%)                     | 15 (47%)        | 4 (13%)                         | 14 (44%)                     | 22 (69%)         |

Tabel 7: Marktconcentraties per functie per zorgkantoorregio.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er in 13 van de 32 zorgkantoorregio's sprake is van een concentratie die door de Europese Commissie als risico wordt gezien uit het oogpunt van marktwerking. In 28 van

<sup>55</sup> Zie ook SEO, 'De afbakening van de relevante markt. Is de huidige benadering aan herziening toe?', 2002.

de 32 zorgkantoorregio's vormt de concentratie bovendien een potentieel risico. Wanneer de relevante markt wordt opgesplitst naar functies zijn er nog meer problemen zichtbaar. Er is dan in gemiddeld 23 zorgkantoorregio's sprake van een HHI groter dan 2.000.

Wanneer de grens van 50% marktaandeel gebruikt wordt als indicatie voor een economische machtspositie, blijkt dit op totaalniveau in 9 van de 32 zorgkantoorregio's het geval is. Op functieniveau is er in bijna de helft van de zorgkantoorregio's sprake van een economische machtspositie.

Hier is overigens gekeken naar de concentratie van individuele aanbieders binnen de regio. Door de vaak hechte samenwerkingsverbanden van aanbieders binnen een regio, kan de markt ook als geconcentreerd ervaren worden wanneer deze dat officieel niet is. Wanneer deze samenwerkingsverbanden ook onderlinge prijs- of marktverdelingsafspraken maken, is er sprake van kartelvorming, hetgeen verboden is op grond van de Mededingingswet.

*8. Is de beschrijving van de concentraties op de markt correct?*

## **4.5 Schaal- en scopevoordelen**

### **4.5.1 Algemeen**

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

### **4.5.2 Schaalvoordelen**

Er is sprake van schaalvoordelen als de kosten per product dalen, of de kwaliteit stijgt, wanneer er meer geproduceerd wordt. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er sprake is van hoge vaste kosten.<sup>56</sup> Het toetreden van nieuwe aanbieders leidt dan tot een verhoging van de kosten per product, en daarmee van de totale kosten van de zorg. Tevens kan een kleine aanbieder door schaalvoordelen moeilijker een markt betreden, doordat hij niet kan concurreren met een grote aanbieder die veel lagere gemiddelde kosten per product heeft.

Het is voor CTG/ZAio en het CTZ moeilijk om te bepalen of er schaalvoordelen bestaan in de extramurale AWBZ-zorg. Er zijn wel signalen dat er sprake is van schaalvoordelen met betrekking tot het spreiden van de administratieve lasten en ICT. De AWBZ is een zwaar gereguleerde sector, hetgeen veel administratievoorschriften met zich brengt. Het is denkbaar dat administratieve lasten schaalvoordelen op kunnen leveren voor grote aanbieders. Ook kosten per product voor investeringen in ICT kunnen voor de grote aanbieders lager zijn.

Daarnaast zijn er signalen dat erg kleine aanbieders moeite hebben met het leveren van producten op afspraak en met de beschikbaarheidsfunctie. Om deze diensten toch te kunnen leveren, maken de kleine aanbieders vaak afspraken met grote aanbieders. Het is niet wenselijk deze afspraken te

<sup>56</sup> Vaste kosten zijn kosten die niet variëren naarmate de productiehoeveelheid verandert. Slechts bij zeer grote veranderingen in de productie kunnen de vaste kosten veranderen. Hier valt bijvoorbeeld te denken aan gebouwen of apparatuur.

verbieden. Kleine toetreders kunnen dan immers moeilijker een contract afsluiten met het zorgkantoor en de toetreding van nieuwe aanbieders wordt belemmerd.

Uit een analyse van de markt blijkt tevens dat er geen grote schaalvoordelen bestaan in deze markt. Wanneer gekeken wordt naar de kostenstructuur van een aantal willekeurige aanbieders van verschillende grootte,<sup>57</sup> komt naar voren dat er geen wezenlijk verschil bestaat in de kostenstructuur, hetgeen duidt op de afwezigheid van schaalvoordelen. De onderzochte aanbieders ontvangen allemaal de maximumprijs voor hun producten. Wanneer de kostenstructuur van deze aanbieders wordt bekeken, zijn er geen wezenlijke verschillen zichtbaar.

|                  | Groot | Middel | Klein |
|------------------|-------|--------|-------|
| Omzet            | 100%  | 100%   | 100%  |
|                  |       |        |       |
| Personeelskosten | 83%   | 83%    | 83%   |
| Overige kosten   | 13%   | 13%    | 12%   |
| Totale kosten    | 97%   | 96%    | 96%   |
|                  |       |        |       |
| Netto winst      | 3%    | 4%     | 4%    |

Tabel 8: Omzetstructuur extramurale AWBZ-aanbieders naar grootte (o.b.v. jaarrekeningen 2003)

Als bovenstaande analyse wordt uitgevoerd op het thuiszorgdeel van dezelfde aanbieders blijken de verschillen nog kleiner te zijn. Dit duidt erop dat er geen sprake is van aanzienlijke schaalvoordelen.

Uit in de AWBZ uitgevoerde benchmarkonderzoeken komt eenzelfde beeld naar voren.<sup>58</sup> Hier blijkt zelfs dat kleinere en middelgrote aanbieders de zorg vaak efficiënter en goedkoper kunnen leveren dan grote aanbieders, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Opgemerkt wordt dat het onderzoek in de gehandicaptensector middelgrote aanbieders als schaalneutraal ziet, hetgeen duidt op enige schaalvoordelen. Het gaat daarbij echter om de kapitaal-intensievere intramurale zorg. Het valt te verwachten dat deze voordelen in de extramurale zorg kleiner zijn.

Kanttekening bij bovenstaande analyses is dat er geen rekening is gehouden met regionale effecten. Er wordt gesteld dat in dunbevolkte gebieden wél schaalvoordelen te behalen zijn, als gevolg van hoge vervoerskosten. Een aanbieder die in een dunbevolkt gebied relatief veel cliënten heeft, kan deze kosten enigszins matigen.

Hoewel niet met zekerheid is vast te stellen hoe groot de bovengenoemde schaalvoordelen zijn, wijst bovenstaand onderzoek er niet op dat er bij de optimale schaalgrootte te weinig aanbieders over zijn op de markt voor effectieve concurrentie. Vooralsnog wordt er daarom van uit gegaan dat de schaalvoordelen op deze markt niet zodanig zijn dat zij een goede werking van de markt belemmeren.

#### 4.5.3 Scopevoordelen

Scopevoordelen, of diversificatie-effecten, doen zich voor wanneer de gezamenlijke productie van een aantal verschillende producten, goedkoper of kwalitatief beter is dan de afzonderlijke productie

<sup>57</sup> Gemiddeld hadden de grote aanbieders een omzet van € 124 miljoen, 2528 werknemers en een productie die voor 86% bestond uit thuiszorg. Bij de middelgrote aanbieders was dit respectievelijk, € 32 miljoen, 687 werknemers en 84%, en bij de kleine aanbieders € 4 miljoen, 221 werknemers en 96%.

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

daarvan. Scopevoordelen maken het gunstig voor een aanbieder om een breed pakket van diensten aan te bieden, terwijl bij afwezigheid van scopevoordelen, specialisatie meer voordelen kan bieden. Ook scopevoordelen kunnen het een nieuwe aanbieder lastig maken om toe te treden, wanneer deze nieuwe aanbieder slechts één product aanbiedt, terwijl de bestaande aanbieder een breed aanbod heeft. De nieuwe aanbieder kan dan nooit dezelfde prijs vragen als de bestaande aanbieder.

Het is moeilijk te bepalen in welke mate scopevoordelen een rol spelen in de extramurale AWBZ-zorg. Uit een benchmarkonderzoek in de thuiszorg<sup>59</sup> kwam naar voren dat bepaalde combinaties van extramurale functies vaker doelmatig worden geproduceerd dan andere combinaties. Dit zou kunnen duiden op scopevoordelen. Aanbieders met een gemengde productie zijn echter niet altijd efficiënter dan gespecialiseerde aanbieders. Een eenduidige lijn is hier derhalve niet te trekken. In de gehandicaptensector lijkt specialisatie voor ernstig gehandicapten voordeel op te leveren. Voor de matig en licht gehandicapten lijken er wel scopevoordelen te bestaan. Hoe groot deze voordelen zijn, en of zij leiden tot een mono- of oligopolie op de markt is echter niet bekend. Voor de sectoren verpleging en verzorging is geen onderzoek gedaan naar het bestaan van scopevoordelen.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat cliënten en zorgkantoren het prettig vinden wanneer zij verschillende soorten zorg van één aanbieder kunnen afnemen. De onderlinge afstemming verloopt in dat geval vaak beter, waardoor ook de kwaliteit van de zorgverlening kan stijgen. Het is echter niet waarschijnlijk dat deze voordelen zo groot zijn dat er onvoldoende aanbieders over blijven voor concurrentie.

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

*9. Is de beschrijving van de schaal- en scopevoordelen in de extramurale AWBZ-zorg compleet en correct? Zo niet, de verbeteringen graag zo concreet mogelijk aangeven*

## **4.6 Fusies**

### **4.6.1 Algemeen**

In het recente verleden is er in de AWBZ een duidelijke fusietrend te zien geweest.<sup>60</sup> Fusies versterken de mate van concentratie in de AWBZ en hebben daarmee tevens effect op de mogelijkheden voor marktwerking en de kans op misdragingen. Bij fusies wordt er meestal een onderscheid gemaakt tussen horizontale fusies (tussen partijen die hetzelfde product aanbieden) en verticale fusies (fusies tussen partijen die verschillende producten aanbieden).

### **4.6.2 Horizontale fusies**

De twee voornaamste redenen voor fusies tussen aanbieders van hetzelfde product zijn het vergroten van efficiëntie en het creëren of vergroten van marktmacht.

Fusies kunnen leiden tot een verbetering van de efficiëntie, wanneer er bijvoorbeeld sprake is van schaal- of scopevoordelen. Daarnaast kan een betere interne afstemming ertoe leiden dat cliënten

<sup>59</sup> PricewaterhouseCoopers en NIVEL, 'Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau' maart 2002, p. 93-94.

<sup>60</sup> Zie onder andere de Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004, Den Haag, p. 27 en de zorgatlas van RIVM ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl))

sneller de juiste zorg krijgen en kan voorkomen worden dat mensen onnodig worden opgenomen in een intramurale instelling. De kosten van de zorg kunnen daardoor dalen. Fusies tussen aanbieders om efficiëntieredenen zijn meestal gewenst. Marktwerking zorgt ervoor dat dergelijke fusies vanzelf ontstaan doordat aanbieders steeds op zoek zijn naar mogelijkheden om efficiënter te produceren en zo concurrentievoordelen te behalen. De aanbieders fuseren als het ware naar hun optimale schaalgrootte toe. In de meeste gevallen is er geen sprake van frustratie van de marktwerking. Dit is echter wel het geval wanneer er sprake is van grote schaalvoordelen. De aanbieders ondervinden dan dermate veel prikkels om te fuseren, dat er een oligopolie of 'natuurlijk' monopolie ontstaat. Concurrentie leidt op een dergelijke markt niet tot optimale marktuitskomsten.

Een andere reden voor aanbieders om te fuseren is het vergroten van hun marktaandeel. Zo kunnen zij macht krijgen ten opzichte van zorginkopers (zorgkantoor of PGB-houder), andere zorgaanbieders en verzekerden. Dit komt doordat het aanbod van zorg ontoereikend is wanneer de grote partij geen zorg aanbiedt. Deze aanbieder kan daardoor op de markt blijven, ondanks dat hij producten met een slechte prijs-kwaliteitverhouding aanbiedt. Ook kan hij het zorgkantoor dwingen tot exclusieve afnamebepalingen, en zo andere aanbieders uit de markt drukken. Fusies die tot doel hebben de onderliggende aanbieders meer macht te geven, zijn veelal ongewenst, omdat zij kunnen leiden tot hogere kosten, een lagere kwaliteit, minder keuzevrijheid voor de verzekerden en minder concurrentie op de markt.

De NMa merkt in haar visiedocument AWBZ-zorgmarkten<sup>61</sup> op dat er in de AWBZ reeds sprake is van een sterke concentratie van het aanbod, vooral in de intramurale AWBZ. Verdere schaalvergroting door fusies is daarnaast een waarneembare trend. Hoewel horizontale fusies de efficiëntie van aanbieders kunnen bevorderen, kunnen zij de keuzevrijheid van de verzekerden wel sterk belemmeren, en daarmee een risico vormen voor een goede werking van de markt. Een vergroting van de efficiëntie (efficiëntieverweer) wordt op dit moment door de NMa nog niet als doorslaggevende reden gezien om de marktwerking te belemmeren. Wel vindt er op dit punt momenteel verandering plaats. In de toekomst kan een vergroting van de efficiëntie wellicht een reden zijn voor de NMa om deze toch goed te keuren, ondanks dat de mededinging erdoor belemmerd wordt.

*10. Deelt u de analyse van de mogelijke effecten van horizontale fusies en de wenselijkheid van horizontale fusies in de extramurale AWBZ-zorg?*

### **4.6.3 Verticale fusies**

Een belangrijk doel van fusies tussen verschillende aanbieders in een zorgketen is meer coördinatie tussen onafhankelijke beslissers. De gefuseerde aanbieders nemen de consequenties van hun beleid voor de andere partij mee in hun beslissingen. Daarnaast komt de beslissingsbevoegdheid nu bij de best geïnformeerde partijen te liggen en wordt overmatig overleg voorkomen. Een goede informatieuitwisseling is cruciaal voor het succes van verticale integratie. Bij onvoldoende informatieuitwisseling kan een fusie de onderlinge coördinatie juist verslechteren.

De belangrijkste nadelen van verticale integraties zijn een beperking van de keuzevrijheid van de consument (automatische doorverwijzing naar een aanverwante aanbieder) en een sterke machtspositie voor de betrokken partijen. Dit belemmert een goede werking van de markt.

In de extramurale AWBZ-zorg is de kans op verticale integratie tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor klein. Het is de uitvoeringsorganen verboden om zelf diensten of zaken te leveren die tot

<sup>61</sup> De Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004, Den Haag, alinea 79.

de AWBZ-verstrekkings horen, met uitzondering van het in gebruik geven van medische hulpmiddelen.<sup>62</sup> Ook mogen zij niet bestuurlijk en/of financieel deelnemen in een zorgverlenende instelling. Het CVZ kan een generieke vrijstelling en in bijzondere gevallen ontheffing verlenen, wanneer daartoe een verzoek wordt ingediend. Een van de criteria voor ontheffing is het bestaan van financiële risico's voor de uitvoerder. De zorgkantoren in de AWBZ zijn echter niet risicodragend voor de kosten van de zorginkoop. Er zijn derhalve nog nooit ontheffingen verleend in de AWBZ.

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

Hoewel verticale fusies veel efficiëntie en/of coördinatievoordelen kunnen opleveren, kunnen zij de keuzevrijheid van de verzekerde wel sterk beperken. Hiermee creëren zij een ongelijk speelveld ten opzichte van andere aanbieders en vormen zij een risico voor een goede werking van de markt. Het is daarom van belang te monitoren in welke mate verticale fusies de keuzevrijheid van cliënten belemmeren.

*11. Deelt u de analyse van de mogelijke effecten van verticale fusies en de wenselijkheid van verticale fusies in de extramurale AWBZ-zorg?*

#### **4.7 Toetredingsdrempels**

Wanneer een markt goed werkt, is toe- en uittreding tot de markt eenvoudig. Eventuele overwinsten worden snel afgeroomd door nieuwe toetreders tot de markt en bij verlies zullen aanbieders snel de markt verlaten. Door dit proces zal de markt uiteindelijk rondom het evenwicht terecht komen. In praktijk bestaan er echter toetredingsdrempels die dit proces verstoren. Zorgkantoren kunnen in de extramurale AWBZ een belangrijke toetredingsdrempel opwerpen. Dit punt wordt in hoofdstuk 6 nader toegelicht. Daarnaast bestaan de volgende juridische en economische toetredingsdrempels.

##### ***Economische barrières***

Wanneer er hoge investeringen nodig zijn om deel te kunnen nemen aan de markt, lopen aanbieders relatief veel risico, hetgeen een drempel kan opwerpen voor nieuwe toetreders. De alternatieve aanwendbaarheid van de investering heeft hier invloed op. Hoe gemakkelijker de investering voor andere doelen kan worden aangewend, hoe kleiner het verlies dat de aanbieder maakt op de investeringen bij het verlaten van de markt. Een hoge alternatieve inzetbaarheid vergroot de kans op nieuwe toetreders.

Met het leveren van extramurale AWBZ-zorg zijn in verhouding weinig investeringen gemoeid.<sup>63, 64</sup> De investeringen die gedaan worden, zoals auto's of kantooruimten, zijn daarnaast vaak voor veel andere doeleinden te gebruiken. Omdat de extramurale sector niet kapitaalintensief is, vormen de benodigde investeringen geen grote drempel voor toetreding tot de markt.

<sup>62</sup> Art. 41, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

<sup>63</sup> Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004, p. 28.

<sup>64</sup> Nederlandse Mededingingsautoriteit, Besluit 3827/lcare-De Trans, p4.

### **Juridische barrières**

De toelatingseisen van het CVZ zouden de toetreding van nieuwe aanbieders kunnen belemmeren. De eisen die worden gesteld voor toelating tot het leveren van extramurale AWBZ-functies zijn echter minimaal en vormen daarmee geen serieuze toetredingsdrempel. Voor de zorgverlening aan PGB-houders bestaat geen toelatingseis.

## **4.8 Conclusies en aanbevelingen**

### **Conclusies**

Uit de analyse van het aanbod en de aanbieders komen de volgende conclusies naar voren.

|                              | Zorginkoopmarkt   |  | Zorgverleningsmarkt           |                                       |
|------------------------------|---|--|-------------------------------|---------------------------------------|
|                              | Zorgkantoor   | Zorgaanbieder  | Verzekerde                    | PGB-houder                            |
| Relevante geografische markt | Voornamelijk zorgkantoorregio   | Voornamelijk zorgkantoorregio  | Voornamelijk zorgkantoorregio | Voornamelijk lokaal/regionaal         |
| Relevante productmarkt       | Functie(s) of gehele extramurale markt  | Functie(s) of gehele extramurale markt   | Functie(s) of producten       | Alle zorg die aan zijn wensen voldoet |
| Marktconcentratie            | Monopolist  | Concentratie kan een gevaar vormen voor de mededinging volgens maatstaven Europese Commissie                                   | n.v.t.                        | n.v.t.                                |
| Schaalvoordelen              | n.v.t.  | Schaalvoordelen waarschijnlijk klein   | n.v.t.                        | n.v.t.                                |
| Scopevoordelen               | n.v.t.  | Scopevoordelen in gehandicaptenzorg kunnen nadelig zijn voor gespecialiseerde aanbieder. Verdere scopevoordelen zijn onbekend. | n.v.t.                        | n.v.t.                                |
| Horizontale fusies           | n.v.t.  | Horizontale fusies tussen aanbieders kunnen de keuzevrijheid van verzekerden beperken  | n.v.t.                        | n.v.t.                                |
| Verticale fusies             | Verticale fusies met zorgaanbieder wettelijk verboden, behalve bij vrijstelling of ontheffing | Verticale fusies tussen aanbieders kunnen de keuzevrijheid van verzekerden beperken  | n.v.t.                        | n.v.t.                                |
| Toetredingsdrempels          | Gedrag kan toetredingsdrempel vormen voor aanbieders  | Geen grote drempels als gevolg van investeringseisen of toelatingseisen  | n.v.t.                        | n.v.t.                                |

Tabel 9: Conclusies hoofdstuk 4

### **Aanbevelingen**

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

#### *Beleidsvoornemens CTG/ZAio*

- Vaststellen of de relevante marktafbakening naar functies en zorgkantorregio's afdoende is voor monitordoeleinden (§ 4.2.1)
- Monitoren van het aandeel van de PGB-houders in de markt en het effect hiervan op de werking van de markt (§4.2.2)
- Monitoren van de keuzemogelijkheden van de consument door middel van de hoeveelheid aanbieders en de hoeveelheid aanbod op de markt en de ontwikkeling daarvan te meten (§ 4.3.2)

#### *Beleidsvoornemens CTZ*

- Het stimuleren van het zorgkantoor om bij verschillende aanbieders zorg in te kopen (§4.3)

#### *Aanbevelingen aan de zorgkantoren*

- Het stimuleren van meer keuzevrijheid voor de verzekerden door een groter aantal aanbieders te contracteren (§ 4.3)



## **5. OVERSTAPMOGELIJKHEDEN**

### **5.1 Inleiding**

Naast het in hoofdstuk 4 besproken belang van voldoende aanbieders, is het voor een goede werking van de markt ook van belang dat de kosten om over te stappen naar een andere aanbieder het overstappen van afnemers niet belemmeren en dat afnemers voldoende inzicht hebben in de prijs en de kwaliteit van de geleverde producten om een goede keuze te kunnen maken. In dit hoofdstuk zal daarom gekeken worden naar de laatste twee criteria, de overstapkosten en de transparantie op de markt.

### **5.2 Overstapkosten**

#### **5.2.1 Algemeen**

Algemeen worden overstapkosten gedefinieerd als:<sup>65</sup>

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

In theorie laat een vrager zijn keuze voor een aanbieder afhangen van de prijs en de kwaliteit van het aanbod. Overstapkosten hebben tot gevolg dat voor een afnemer de prijs van een alternatief product stijgt. Deze prijs is namelijk gelijk is aan de prijs van het alternatieve product plus de kosten van het overstappen. Wanneer twee aanbieders een product van dezelfde kwaliteit aanbieden, stapt een vrager pas over naar het alternatieve product, wanneer de prijs van het huidige product, hoger is dan de prijs van het alternatieve product plus de overstapkosten. Hoe hoger de overstapkosten zijn op een markt, hoe hoger de prijs die de huidige aanbieder kan vragen zonder afnemers te verliezen aan de alternatieve aanbieder. Overstapkosten geven de aanbieder dus marktmacht, die hij vervolgens kan verzilveren in een hogere prijs en een beter bedrijfsresultaat.

In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op de directe kosten van overstappen. Het gaat daarbij om kosten die ontstaan wanneer de vrager zelf besluit over te stappen naar een andere aanbieder. Hierbij wordt per zorgmarkt ingegaan op de belangrijkste directe overstapkosten. Vervolgens komen de indirecte kosten aan bod. Dit zijn zowel kosten die voor rekening komen van een andere partij dan de overstappende, als kosten die gemoeid zijn met veranderingen in de machtsverhoudingen als gevolg van het overstappen (verandering in de countervailing power)

#### **5.2.2 Directe overstapkosten**

##### **5.2.2.1 Inleiding**

Er bestaan verschillende soorten directe overstapkosten. Op basis van een overzichtsartikel van Klemperer<sup>66</sup> zijn er zeven soorten overstapkosten te onderscheiden:

---

<sup>65</sup> Eindrapport interdepartementale MDW-werkgroep Overstapkosten, 'Kosten noch moeite', 2003, p. 20.

<sup>66</sup> Klemperer, P., "Competition when consumers have switching costs: an overview with applications to industrial organisation, macroeconomics, and international trade", Review of economic studies, 62, 1995.

1. Kosten van het zoeken naar informatie over alternatieve aanbieders  
Voor het bevorderen van concurrentie op de markt is de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van betrouwbare en vergelijkbare informatie cruciaal. Afnemers zullen pas overstappen naar een concurrerende aanbieder indien zij voldoende informatie hebben over de prijs en de kwaliteit van de alternatieve aanbieders. Onvoldoende informatie resulteert in marktmacht voor de aanbieders, die geen echte dreiging ondervinden van de aanwezigheid van concurrenten, wat zich bijvoorbeeld kan uiten in hoge prijzen.
2. Onzekerheid over de kwaliteit van een overstap  
Onzekerheid over en onbekendheid met, de kwaliteit van het alternatieve aanbod in vergelijking tot het huidige aanbod werpen een overstapbarrière op. Hoe groter de onzekerheid en onbekendheid zijn, hoe langer de vrager bij de huidige aanbieder blijft 'plakken' uit vrees dat hij bij de alternatieve aanbieder slechter af is.
3. Compatibiliteitseisen als kosten  
Compatibiliteitskosten zijn bijkomende kosten die de overstappende partij moet maken om bijvoorbeeld systemen of netwerken met elkaar te laten communiceren.
4. Administratieve kosten van een overstap  
Voor verschillende overstappen worden administratie- of transactiekosten in rekening gebracht. Aanbieders zullen de instapkosten proberen te minimaliseren en naar achter te schuiven in de tijd, zodat ze in plaats van een instapbarrière een overstapdrempel opwerpen. De markt lost dit meestal zelf op doordat de nieuwe aanbieder de desbetreffende overstapkosten voor zijn rekening neemt.
5. Overstapkosten als gevolg van contractuele bepalingen  
Een zorgaanbieder die verschillende producten aanbiedt, kan gebruik maken van koppelverkoop. Dit is een contractuele bepaling die stelt dat bepaalde (zeer gewilde) producten niet gekocht kunnen worden, zonder bepaalde andere (minder gewilde) producten gelijktijdig aan te schaffen. Dit is met name interessant voor aanbieders die voor één product veel marktmacht hebben. Zo kan een aanbieder desgewenst zijn multi-productkarakter behouden.  
  
Daarnaast kunnen overstapkosten voortkomen uit contractuele bepalingen over investeringen in kwaliteit, efficiëntie of doelmatigheid. Hierbij is de levering van bepaalde producten voor een bepaalde periode contractueel vastgelegd, als garantie om de desbetreffende investeringen terug te kunnen verdienen (afnamegarantie) of om te voorkomen dat de baten van de investering wegvloeien naar derden (leveringsgarantie).
6. Overstapkosten als gevolg van klantenbinding  
In veel gevallen worden overstapkosten veroorzaakt door de binding die bestaat tussen de aanbieder en de vrager. Wanneer de vrager overstapt naar een andere aanbieder, vervallen de voordelen (de waarde) die hij in de loop der tijd heeft opgebouwd. Een voorbeeld zijn kosten van het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een nieuwe aanbieder.
7. Overstapkosten als gevolg van wet- en regelgeving  
Overstapkosten die voortkomen uit wet- en regelgeving komen in hoofdstuk 3 aan de orde. Dergelijke overstapkosten zijn voor alle aanbieders gelijk en kunnen door vrager en aanbieder niet direct beïnvloed worden.

### 5.2.2.2 Inkoopmarkt voor zorg-in-natura

Ad. 1) Voor het zorgkantoor is zowel informatie over de prijs, als informatie over de kosten van belang. Om deze informatie boven tafel te krijgen, hanteren de zorgkantoren selectiecriteria bij het contracteren van zorg.<sup>67</sup> Zorgaanbieders ondervinden een sterke prikkel om aan het zorgkantoor aan te tonen dat zij aan de gestelde criteria voldoen. Dit verhoogt immers hun kans op het verkrijgen van een contract. Het zorgkantoor zal daardoor *relatief lage zoekkosten* hebben. Hierbij is het van belang dat er voldoende aanbieders zijn, zodat de aanbieders daadwerkelijk moeten concurreren om een contract. Overigens kunnen de zorgkantoren wel enige kosten ondervinden voor het verifiëren van informatie. Zorgaanbieders hebben namelijk een prikkel om de zaken mooier voor te doen dan zij zijn, omdat dit hun kans op het verkrijgen van een contract vergroot. Hiervoor kan het zorgkantoor bijvoorbeeld gebruik maken van cliënttevredenheidsonderzoeken.

Ad. 2) De onbekendheid met en onzekerheid over de kwaliteit van het zorgaanbod bij reeds eerder gecontracteerde aanbieders, is voor het zorgkantoor kleiner dan bij nieuwe aanbieders. De kwaliteit in het verleden geeft daarbij een signaal over de te verwachten kwaliteit in de toekomst. Hoe groter de vertrouwdheid met de reeds gecontracteerde zorgaanbieder, hoe minder zeker de kwaliteit van de alternatieve aanbieder relatief wordt. In de AWBZ is deze vertrouwensrelatie betrekkelijk groot, mede als gevolg van het ontbreken van betrouwbare kwaliteitsstandaarden. Dit zorgt voor *overstapkosten* naar nieuwe aanbieders.

Ad. 3) Er is in de extramurale AWBZ geen sprake van automatiseringsnetwerken of systemen (met uitzondering van de AZR, maar die is gelijk bij verschillende aanbieders). Derhalve vormen kosten voor het compatibel maken van deze systemen of netwerken in deze markt *geen overstapdrempel*.

Ad. 4) De tarieven die de zorgaanbieders in rekening kunnen brengen, zijn gekoppeld aan diverse prestaties. Hierbij kunnen zij geen afspraken maken over het in rekening brengen van administratiekosten bij zorgkantoren bij het overstappen door verzekerden. Wel kunnen de zorgkantoren kosten ondervinden van het aanpassen van hun eigen administratie als gevolg van de overstap naar een andere zorgaanbieder. Administratiekosten kunnen dus *een overstapdrempel* vormen voor de zorgkantoren. Deze zijn naar verwachting echter niet erg hoog.

Ad. 5) Contractuele bepalingen die de overstapkosten kunnen verhogen, zijn in de extramurale AWBZ-zorg in principe niet toegestaan. Zorgkantoren mogen bijvoorbeeld geen individuele vergoedingen voor specifieke investeringen aan zorgaanbieders toekennen. In praktijk lijkt hier echter in sommige gevallen wel sprake van te zijn, waardoor *een overstapdrempel* ontstaat. Daarnaast kunnen zorgkantoren subsidiemiddelen toekennen. Zo kan bijvoorbeeld subsidie verleend worden aan de zorgaanbieders die binnen zorgvernieuwingsprojecten participeren (in 2005 kunnen er subsidiemiddelen worden verleend voor de GGZ). Wanneer het zorgkantoor een dergelijke overeenkomst niet verlengt, zouden de investeringen in waarde verminderen. Hierdoor ontstaan *overstapkosten*. Naast gezamenlijke participatie in zorgvernieuwingsprojecten, zijn er ook nog andere contractuele bepalingen die de overstapkosten kunnen verhogen. Zo valt bijvoorbeeld te denken aan koppelverkoop en lange termijncontracten. Deze worden in § 6.8 behandeld.

Ad. 6) Klantenbinding kan tevens leiden tot overstapkosten. Zorgkantoren kunnen in dat geval bij de huidige aanbieder voordelen bedingen, die zij bij nieuwe aanbieders, bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van een vertrouwensrelatie, minder makkelijk kunnen bedingen. De aanbieders die in het

---

<sup>67</sup> Onderzoek van het CTZ naar de zorginkoop in de AWBZ, verwachte publicatie in juni 2005.

verleden reeds gecontracteerd waren (in principe alle toegelaten aanbieders), kunnen hierdoor een structureel voordeel hebben ten opzichte van nieuw toegelaten aanbieders. Klantenbinding vormt daarmee een *overstapdrempel* voor zorgkantoren.

### 5.2.2.3 Verleningsmarkt voor zorg-in-natura

Ad. 1) De informatiebehoefte van de cliënt betreft voornamelijk de kwaliteit en levertijd van de te verlenen zorg. Deze informatie krijgen cliënten deels via mond-tot-mond reclame van andere cliënten. Daarnaast hebben de zorgkantoren op grond van het Convenant taken en beheerskosten van zorgkantoren<sup>68</sup> de taak om verzekerden te informeren over het gecontracteerde aanbod. Het CTZ stimuleert de zorgkantoren deze taak goed uit te voeren. Zorgkantoren gebruiken hiervoor onder andere websites. Door middel van prestatievergelijking (benchmarking) tussen zorgkantoren, worden zorgkantoren gestimuleerd hier daadwerkelijk actief in te zijn. Er is geen landelijk uniform geregeld middel om de informatiezoektocht van cliënten te ondersteunen. Kosten als gevolg van een gebrek aan kwaliteitsinformatie lijken nog altijd te leiden tot *overstapkosten* voor de consument.

Ad. 2) Zorg is een ervaringsgoed, waarover de cliënt pas na consumptie een goed kwaliteitsoordeel kan vellen. Overstappen naar een andere aanbieder creëert daardoor onzekerheid over de kwaliteit. Dit speelt een *overstapkostenverhogende* rol voor de cliënt.

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

Ad. 6) Vooral wanneer er een ruim aanbod van zorg is, zullen zorgaanbieders hun best doen om de overstapkosten te verhogen door de cliënt aan zich te binden. Daarbij speelt ook een rol dat in sommige gevallen de behandeling geen effect heeft wanneer deze halverwege wordt gestaakt. Dit veroorzaakt *overstapkosten* voor de cliënt. Van belang is het om op te merken dat de perceptie van de cliënt over de overstapkosten veel invloed heeft op het feitelijke overstappen. Het is daarom van belang dat de cliënt goed geïnformeerd is over zijn mogelijkheden en over de werkelijke gevolgen van een overstap.

### 5.2.2.4 PGB

Ad. 1) De PGB-houder heeft voor een goede keuze tussen zorgaanbieders behoefte aan zowel informatie over de prijs, als informatie over de kwaliteit van de aanbieders. Wederom geldt hier dat de zorgaanbieders er baat bij hebben om de PGB-houder hierover te informeren en zo meer cliënten te trekken. In de praktijk blijkt dit echter onvoldoende te gebeuren. In reactie hierop zijn bemiddelingsorganisaties ontstaan die de zoekkosten reduceren.<sup>69</sup> Uiteraard moeten de activiteiten van het bemiddelingsbureau uit deze reductie bekostigd worden, maar daartoe mag de PGB-houder zijn budget aanwenden. Daarnaast kan de cliënt gebruik maken van initiatieven van bijvoorbeeld zorgkantoren of belangenverenigingen van cliënten die informatie over de kwaliteit van zorg bundelen en zo toegankelijk maken, en van informatie die hij krijgt van andere cliënten (mond-tot-mond-

---

<sup>68</sup> Zie paragraaf 3.2.3

<sup>69</sup> College voor zorgverzekeringen, 'Kernmonitor PGB nieuwe stijl', Diemen, 2004, p. 27.

reclame). Desalniettemin kan het gebrek aan informatie over de kwaliteit van alternatieve aanbieders voor een PGB-houder nog steeds een *overstapdrempel* vormen.

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

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

Ad. 4) Voor alle aanbieders die zorg leveren aan PGB-houders gelden prestatiebeschrijvingen waarvan niet mag worden afgeweken. Bemiddelingskosten mogen derhalve ook hier officieel niet in rekening worden gebracht. Desalniettemin hebben PGB-houders te maken met dergelijke *kosten*,<sup>70</sup> zoals kosten voor een intakegesprek of voor het opstellen van een nieuw zorgplan. Wel heeft de aanbieder een prikkel om met een laag tarief cliënten aan te trekken.

Ad. 5) Zorgaanbieders hebben geen zorgplicht jegens PGB-houdende cliënten. Koppelverkoop en andere contractuele bepalingen zijn daardoor mogelijk. Een zorgaanbieder zou een PGB-houdende cliënt verliesgevende geïndiceerde zorgverlening alleen in combinatie met andere winstgevende zorg kunnen bieden. Of koppelverkoop waarschijnlijk is, hangt van de marktmacht van de aanbieder af. Wanneer er immers voldoende andere aanbieders zijn, zal de PGB-houder overstappen. Koppelverkoop kan, gezien de concentratie op de markt, een *overstapdrempel* vormen. Het monitoren van de mate waarin zorgaanbieders met marktmacht koppelverkoop toepassen, is daarom van belang.

Ad. 6) Een laatste mogelijke overstapdrempel voor PGB-houdende cliënten is klantenbinding. Klantenbinding zal zeer waarschijnlijk door zorgaanbieders worden toegepast. Een duidelijke uiting van klantenbinding is het uitgeven van een zorgpas waarmee zorgontvangers korting krijgen op andere diensten buiten de zorg (bijvoorbeeld de kapper of wasserette). Daarnaast kan een eenmaal begonnen behandeling waarvan de waarde vervalt, bij staking van die behandeling overstapkosten opleveren. Klantenbinding vormt dus een *overstapdrempel* voor PGB-houders.

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

| Overstapkosten veroorzaakt door   | Voor zorgkantoor | Voor cliënt | Voor PGB'er |
|-----------------------------------|------------------|-------------|-------------|
| 1. zoeken naar informatie         | Laag             | Gemiddeld   | Hoog        |
| 2. onzekerheid kwaliteit overstap | Gemiddeld        | Gemiddeld   | Gemiddeld   |
| 3. compatibiliteitseisen          | -                | -           | -           |
| 4. administratie                  | Laag             | -           | Onbekend    |
| 5. contractuele bepalingen        | Gemiddeld        | -           | Gemiddeld   |
| 6. klantenbinding                 | Hoog             | Hoog        | Hoog        |
| 7. wet- en regelgeving            | H3               | H3          | H3          |

Tabel 10: Overzicht overstapkosten binnen de extramurale AWBZ-zorg

<sup>70</sup> Ibid. p. 26: Het Ministerie van VWS verstaat onder "bemiddeling" het tot stand brengen van een zorgovereenkomst en de organisatie van de zorgverlening. Het beheren en verantwoorden van het PGB valt niet onder het begrip "bemiddeling".

12. Is de analyse van overstapdrempels voor de verschillende partijen in de zorg compleet en correct? Zo nee, graag concrete suggesties.
13. In hoeverre is er wettelijke dwang nodig om transparantie van kwaliteit van alle zorgaanbieders af te dwingen?
14. Hoe kan de aanbieder effectief worden geprikkeld tot het leveren van bruikbare kwaliteitsinformatie aan de PGB-houder?
15. Welke bestaande initiatieven die een bijdrage leveren aan het transparant maken van de kwaliteit van AWBZ-zorg, zijn bruikbaar voor cliënten en/of zorgkantoren?
16. Welke bijdrage kunnen, moeten of mogen CTG/ZAio en het CTZ leveren aan deze of nieuwe initiatieven?

### 5.2.3 Indirecte overstapkosten

Naast de directe overstapkosten die ontstaan wanneer de vrager zelf besluit te switchen, bestaan er ook indirecte overstapkosten. Deze treden op als een andere partij dan de vrager, de 'kosten' ervaart wanneer de vrager besluit over te stappen naar een andere aanbieder. Ook deze kosten zorgen er voor dat de afnemers minder snel over stappen en verminderen daarmee de concurrentie.

De mate waarin het zorgkantoor de consumenten kan doen overstappen naar een andere zorgaanbieder (ofwel kan 'sturen'), heeft veel invloed op zijn onderhandelingspositie.<sup>71</sup> Naarmate een zorgkantoor zijn cliëntenstromen beter kan sturen, heeft het zorgkantoor een betere onderhandelingspositie en kan hij de zorgaanbieders beter dwingen tot doelmatigheidsafspraken.<sup>72</sup> Wanneer cliënten veel indirecte overstapkosten ervaren, zijn zij moeilijker te sturen, en daalt de onderhandelingsmacht van het zorgkantoor. Dit kan leiden tot een vermindering van de concurrentie op de markt en daarmee tot hogere prijzen en een lagere kwaliteit.

Bij het bepalen van de indirecte overstapkosten voor de consument moet onderscheid gemaakt worden tussen reeds zorg consumerende cliënten en nieuw geïndiceerde cliënten. Reeds zorg consumerende cliënten zijn vaak relatief moeilijk te sturen. Het overstappen naar een andere aanbieder creëert voor hen veel indirecte kosten, bijvoorbeeld als gevolg van het vervallen van de vertrouwensrelatie met een bepaalde aanbieder en onzekerheid over de kwaliteit van de alternatieve aanbieders. Een nieuw geïndiceerde cliënt zou in theorie gemakkelijker te sturen zijn; de keuze van de verzekerde is nog niet gebaseerd op eigen ervaringen en er is nog geen sprake van een (vertrouwens)relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder. Ervaring in de VS leert echter dat verzekerden, op het moment dat zij een zorgaanbieder moeten kiezen, niet beperkt willen worden in hun keuze. Mede hierdoor komt selectief contracteren daar nauwelijks voor. Dit duidt erop dat ook de nieuw geïndiceerde cliënten indirecte overstapkosten ervaren, als gevolg van de beperkingen in de keuzevrijheid. Doordat de verzekerden *hoge indirecte overstapkosten* lijken te ervaren, verliest het zorgkantoor veel van zijn onderhandelingsmacht. Doordat hij zijn verzekerden moeilijk elders heen kan sturen, kan het zorgkantoor een bepaalde aanbieder haast geen contract ontzeggen. Dit leidt tot een vermindering van de effectieve concurrentie op de markt.

Daarnaast kan het zorgkantoor indirecte overstapkosten ondervinden wanneer verzekerden ontevreden zijn over het feit dat zij als het ware 'gedwongen' worden om over te stappen. Hoewel AWBZ-verzekerden niet van zorgkantoor kunnen wisselen, kan het imago van het zorgkantoor hierdoor beschadigd worden, hetgeen tevens doorwerkt op het imago van de concessiehoudende ziektekostenverzekeraar. Daarnaast loopt het zorgkantoor het risico dat, wanneer zijn cliënten ontevreden zijn, zijn concessie in gevaar komt. Over het algemeen lijken er dus *aanzienlijke indirecte overstapkosten* te bestaan, die overstappen voor het zorgkantoor bemoeilijken.

<sup>71</sup> 'Stelselwijziging in de zorg: geef verzekeraars de ruimte', NYFER, 2004.

<sup>72</sup> Varkevisser, M., S.A. van der Geest, F.T. Schut, 'Concurrentie tussen Nederlandse Ziekenhuizen', Rotterdam, 2004, p. 74.

### 5.3 Aandachtspunten bij transparantie

Voor het verlagen van de overstapkosten voor de afnemers en het vergroten van de concurrentie op de markt, is transparantie van groot belang. Transparantie zorgt voor minder onzekerheid bij afnemers over de prijs en de kwaliteit van de geleverde producten en vermindert de marktmacht bij de aanbieders om onredelijke leveringsvoorwaarden te stellen. Bij de verbetering van transparantie is echter ook aandacht nodig voor potentiële ongunstige neveneffecten. Door hier in een vroeg stadium aandacht aan te besteden, kunnen ze grotendeels worden ondervangen.

#### ***Ongewenst strategisch gedrag zorgaanbieders***

Wanneer kwaliteitsverschillen transparant worden gemaakt, bestaat er een risico dat aanbieders zich eenzijdig gaan richten op die kwaliteitsaspecten die worden gemeten. Om selectieve aandacht van aanbieders voor bepaalde kwaliteitsaspecten te voorkomen, is het van belang een deel van de indicatoren regelmatig te vernieuwen. Hierbij moet gedacht worden aan een systeem van een aantal reguliere onderwerpen die steeds gemeten worden en een aantal speciale aandachtspunten die periodiek bepaald worden op basis van signalen uit de markt.

#### ***Misinterpretatie van de gegevens door gebruikers***

Wanneer een zorgaanbieder slecht scoort op een deel van zijn aanbod, bestaat het gevaar dat hij in zijn geheel als slecht wordt beschouwd, terwijl zijn andere producten nog steeds van zeer goede kwaliteit kunnen zijn. Niemand is gebaat bij cliënten die in een paniecreactie van de ene naar de andere aanbieder overstappen, zonder rationele afweging van hun belangen. Daarom moet informatie over de kwaliteit van zorg altijd goed gecheckt worden en op een verantwoorde, heldere en eenduidige manier worden gecommuniceerd.

#### ***Interaanbiedervergelijkbaarheid van de gegevens***

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

#### ***Kartels***

Het in stand houden van een kartel of een andere vorm van samenspanning, vergt van aanbieders effectieve handhaving. Dit blijkt in de praktijk vaak lastig, en is er vaak een van oorzaken van dat kartels instabiel en moeilijk te handhaven zijn. Volledige en actuele informatie over prijzen en geproduceerde hoeveelheden van concurrenten en kartelleden, kan een oplossing bieden voor dit 'detectieprobleem' en juist een middel zijn waarmee een kartel of samenspanning tussen aanbieders in stand wordt gehouden.<sup>73</sup> Het is daarom verstandig om enige mate van voorzichtigheid te betrachten in het streven naar verregaande transparantie, zeker daar waar het het uitwisselen van informatie over prijzen en hoeveelheden tussen aanbieders betreft. In § 6.4 wordt kartelvorming nader besproken.

---

<sup>73</sup> Er zijn voorbeelden uit de praktijk waar de toezichthouder actief transparantie nastreefde door het verzamelen en publiceren van prijzen van producten op het niveau van de individuele aanbieders met als doel het bevorderen van concurrentie en lagere prijzen. Enkele aanbieders in de desbetreffende sector echter gebruikten deze informatie als vehikel om samenspanning in stand te houden, waardoor prijzen juist stegen. Zie ook Church. J. en R. Ware (2000), 'Industrial Organization. A strategic approach', McGraw-Hill Publishers.

### **Ervaring met transparantie van kwaliteitsgegevens**

Er bestaan op dit moment ook vanuit de sector initiatieven om de kwaliteit transparanter te maken. Deze initiatieven worden vanuit de overheid ondersteund. Zo heeft het CVZ in 2004 de kwaliteitsbeoordeling in de sector verpleging en verzorging door de Stichting Cliënt en Kwaliteit gesubsidieerd. De kwaliteit van zorg in de sector verpleging en verzorging wordt hierbij beoordeeld vanuit het perspectief van cliënten en geschiedt ten behoeve van verbetering van de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van leven van de cliënten.

Uit een consultatieonderzoek van het Nivel naar het kwaliteitsbeleid bij zestig zorgaanbieders,<sup>74</sup> uitgevoerd in 2002, blijken aanbieders zich bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren vooral te richten op de interne bruikbaarheid daarvan en niet op de voorlichting van externe partijen. Het Nivel concludeert in deze studie dat aanbieders eerst een goed inzicht moeten krijgen in de kwaliteit van de door hen geleverde zorg, voordat zij hierover informatie naar buiten kunnen brengen. Door de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren die gebaseerd zijn op resultaten (rond bijvoorbeeld de behaalde gezondheidswinst, het herstel) zou de kwaliteit van zorgaanbieders transparanter kunnen worden.

## **5.4 Conclusies en aanbevelingen**

### **Conclusies**

Uit de analyse van de overstapkosten komen de volgende conclusies naar voren.

|                          | Zorginkoopmarkt  |               | Zorgverleningsmarkt  |   |
|--------------------------|--|---------------|--|---|
|                          | Zorgkantoor  | Zorgaanbieder | Verzekerde   | PGB-houder  |
| Directe overstapkosten   | Zorgkantoor ondervindt voornamelijk kosten als gevolg van onzekerheid over kwaliteit, enkele contractuele bepalingen en klantenbinding. Administratiekosten en zoekkosten spelen een minder grote rol. | n.v.t.        | Verzekerde ondervindt vooral kosten als gevolg van het zoeken naar kwaliteitsinformatie, onzekerheid over de kwaliteit en klantenbinding. De verzekerde ondervindt geen financiële of contractuele overstapdrempels. | De PGB-houder ondervindt kosten als gevolg van het zoeken naar kwaliteitsinformatie, onzekerheid over de kwaliteit en klantenbinding. Ook kan hij nadeel ondervinden van contractuele bepalingen en klantenbinding. |
| Indirecte overstapkosten | Ondervindt kosten wanneer verzekerde ontevreden is over sturing. Daarnaast daalt zijn onderhandelingsmacht doordat hij zijn verzekerden moeilijk kan sturen.   | n.v.t.        | Ondervindt kosten wanneer hij door zorgkantoor gedwongen wordt om over te stappen.   | n.v.t.  |

<sup>74</sup> Zie: [www.nivel.nl/pdf/transparantie-kwaliteit-zorg.pdf](http://www.nivel.nl/pdf/transparantie-kwaliteit-zorg.pdf)



|                            |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|
| Transparantie              | Zowel prijs- als kwaliteitstransparantie is van belang. Echter aanbieders hebben prikkel deze informatie te leveren. | Prikkels tot aanleveren van informatie over prijs en kwaliteit zijn groter dan prikkels tot geheimhouding hiervan.                             | Vooral kwaliteitsinformatie is van belang. Zorgkantoor heeft hier informatieplicht.                          | Zowel prijs- als kwaliteitstransparantie is van belang. Echter aanbieders hebben prikkel deze informatie te leveren. |
| Risico's van transparantie | Misinterpretatie van gegevens en moeilijke inter-aanbieder-vergelijkbaarheid kan leiden tot verkeerde keuze.         | Risico op aanbieders die zich eenzijdig richten op gemeten indicatoren, en op ondersteuning van kartels door middel van informatievoorziening. | Misinterpretatie van gegevens en moeilijke inter-aanbieder-vergelijkbaarheid kan leiden tot verkeerde keuze. | Misinterpretatie van gegevens en moeilijke inter-aanbieder-vergelijkbaarheid kan leiden tot verkeerde keuze.         |

Tabel 11: Conclusies hoofdstuk 5

### **Aanbevelingen**

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

#### *Beleidsvoornemens CTG/ZAio*

- Het door de tijd volgen van een aantal reguliere onderwerpen zodat de ontwikkelingen op de markt door de tijd kunnen worden gevolgd (§ 5.3)
- Voorkomen dat aanbieders zich eenzijdig te richten op de gemeten indicatoren door periodiek speciale onderwerpen te volgen (§ 5.3)

#### *Beleidsvoornemens CTZ*

- Stimuleren van de zorgkantoren om cliënten van voldoende informatie te voorzien om een goede keuze te kunnen maken tussen de gecontracteerde aanbieders (§ 5.2.1.2)

#### *Aanbevelingen aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

- Het ondersteunen van de zoektocht naar informatie van de cliënt en de PGB-houder door middel van landelijk geregelde informatieplatformen, waarop informatie over prijs- en kwaliteit beschikbaar is (§ 5.2.1)

#### *Aanbevelingen aan de IGZ*

- Het verkleinen van de onzekerheid over de kwaliteit van alternatieve aanbieders door niet alleen te kijken of een aanbieder voldoet aan de minimumkwaliteitseisen, maar ook de relatieve kwaliteit ten opzichte van andere aanbieders te beoordelen (§ 5.2.1)

#### *Aanbevelingen aan de zorgkantoren*

- Stimuleren van de informatieuitwisseling tussen cliënten en gebruik maken van het cliëntoordeel bij het (her)contracteren van aanbieders (§ 5.2.1)



## **6. ANTICOMPETITIEVE GEDRAGINGEN**

### **6.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk belicht gedragingen van zorgaanbieders en zorgkantoren in de extramurale AWBZ-zorg die de mededinging kunnen beperken. Ook wordt er gekeken naar gedragingen die onwenselijk zijn met het oog op concurrentiebevordering, betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit, maar die niet onder de Mededingingswet vallen.

Opgemerkt moet worden dat het niet waarschijnlijk is dat de betaalbaarheid (bij een gelijkblijvende vraag) in de extramurale AWBZ-zorg in het gedrang zal komen. Het maximumtarief beperkt de mogelijkheden tot misbruik hiervan. De mogelijkheden zijn echter niet helemaal afwezig. Met het oog op eventuele vrije prijsvorming in de toekomst en de niet geheel afwezige mogelijkheden tot misbruik van marktmacht, is het toch van belang de gedragingen van aanbieders te monitoren en te analyseren.

Het hanteren van een maximumtarief kan wel leiden tot andere problemen. De prijsprikkel van de aanbieders wordt namelijk verstoord. Dit borgt weliswaar de betaalbaarheid van de zorg, maar de prijs kan ook niet stijgen als gevolg van legitieme redenen, zoals een gewenste stijging van de kwaliteit, hoge kosten als gevolg van moeilijk behandelbare cliënten of schaarste in de markt. In een goed functionerende markt zou schaarste (bijvoorbeeld als gevolg van een onaantrekkelijke groep cliënten) leiden tot een hogere prijs voor dat product, waardoor het voor aanbieders aantrekkelijker wordt om dat product aan te bieden. Gevolg hiervan is dat er uiteindelijk geen onaantrekkelijke doelgroepen of producten meer bestaan. Door het instellen van een maximumtarief, wordt ervoor gezorgd dat de prijs de markt niet kan volgen, waardoor schaarste, wachtlijsten en onaantrekkelijke doelgroepen of regio's kunnen blijven bestaan.

Centraal staat in dit hoofdstuk de vraag of de zorgaanbieders, of de zorgkantoren, een economische machtspositie bezitten die zij in hun eigen voordeel zouden kunnen misbruiken.<sup>75</sup> Ook wordt ingegaan op de voor- en nadelen van onderlinge samenwerking tussen de zorgaanbieders en zorgkantoren, en het effect van concurrentie op deze samenwerking. Daarbij wordt ingegaan op de gevolgen van deze gedragingen zowel op de cliënten van zorg-in-natura, als op de PGB-houders.

### **6.2 Excessieve prijzen**

Er is sprake van een excessieve prijs wanneer een onderneming met een economische machtspositie een dusdanig hoge prijs in rekening brengt, dat deze niet in een redelijke verhouding staat tot de economische waarde van de geleverde prestatie. Het buitensporige karakter van een prijs zou onder meer objectief kunnen worden vastgesteld door de verkoopprijs van het product te vergelijken met de kostprijs, ofwel door de winstmarge te bekijken.<sup>76</sup> Wanneer deze marge zowel in absolute zin, als in verhouding met bijvoorbeeld de marges op eenzelfde product in een andere, meer concurrerende, geografische markt of in vergelijking met de marge op andere, vergelijkbare, producten zeer hoog te noemen is, kan de desbetreffende prijs als excessief worden getypeerd.

---

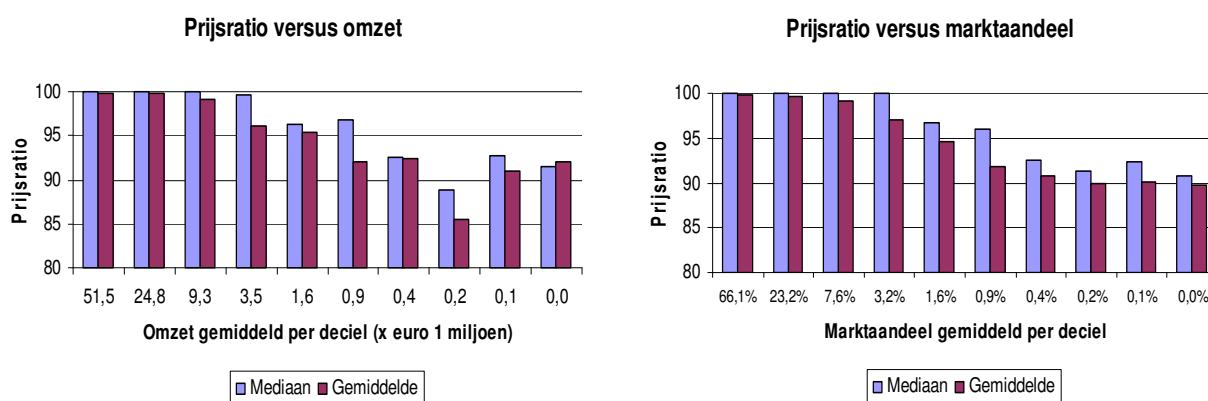
<sup>75</sup> Hierbij moet worden opgemerkt dat een economische machtspositie ook het gevolg kan zijn van bestaande regelgeving en van economische kenmerken die onlosmakelijk aan de desbetreffende markt verbonden zijn.

<sup>76</sup> Andere maatstaven om een excessieve prijs te signaleren zijn de Internal Rate of Return (IRR) of het rendement op geïnvesteerd vermogen (Return on invested capital (RIOC)). De keuze voor een winstmaatstaf hangt af van specifieke kenmerken van de sector, zoals de mate van kapitaalintensiteit. De extramurale AWBZ-zorg kent een relatief lage kapitaalintensiteit. Er wordt daarom vooralsnog aangenomen dat de winstmarge de beste maatstaf is voor het signaleren van excessieve prijzen.

### *Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg*

In de extramurale AWBZ-zorg lijkt het voorspeld niet nodig om aanvullende instrumenten te ontwikkelen voor het bestrijden van excessieve prijzen. Aangezien voor de extramurale AWBZ-zorg een maximumtarief geldt, is het namelijk niet waarschijnlijk dat een aanbieder een excessieve prijs in rekening brengt. De prijs kan dan nog steeds excessief zijn, namelijk wanneer de kosten van de aanbieder veel lager liggen dan het maximumtarief. In dat geval is er echter sprake van een verkeerde vaststelling van het maximumtarief. Hier worden op voorhand dus geen grote problemen verwacht.

Hoewel er op dit moment geen redenen zijn om aanvullende maatregelen te nemen ter voorkoming van excessieve prijzen in de extramurale AWBZ-zorg, is het wel aan te raden om deze situatie te heroverwegen wanneer de prijzen in de toekomst eventueel worden vrijgegeven. Uit onderzoek door CTG/ZAio naar de relatie tussen de gecontracteerde prijzen (prijs als percentage van de beleidsregelwaarde) en de grootte van de zorgaanbieders (totale omzet en marktaandeel), blijkt dat grotere aanbieders vaak hogere tarieven afspreken. Dit zou het gevolg kunnen zijn van marktmacht bij grote aanbieders. De waargenomen prijsverschillen kunnen echter ook het gevolg zijn van het zorgkantoor, dat zijn macht kan gebruiken om een lagere prijs af te dwingen bij kleine zorgaanbieders. Ten slotte is het mogelijk dat kleine aanbieders vooral producten aanbieden die gemakkelijk efficiënter te produceren zijn. Er is specifiek voor gekozen om te kijken naar de thuiszorgaanbieders, omdat deze groep binnen de extramurale AWBZ-zorg de meeste homogeniteit vertoont.



*Figuur 4: Prijsratio naar grootte van aanbieders*

Mochten de prijzen in de toekomst worden vrijgegeven, dan is het wenselijk om vooraf een nulmeting op de winstmarge van de aanbieders te verrichten. Daarnaast is het dan aan te raden om instrumenten te ontwikkelen om in te kunnen grijpen wanneer excessieve prijzen zich daadwerkelijk voordoen. Daarbij moet dan zo veel mogelijk worden aangesloten bij de instrumenten die voor dit doel in het B-segment ziekenhuiszorg worden ontwikkeld.

17. Is de analyse met betrekking tot excessieve prijzen en de mogelijkheden tot ingrijpen in de extramurale AWBZ-zorg compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.

## 6.3 Roofprijzen

### 6.3.1 Roofprijzen

Het doel van concurrentie in de AWBZ is het bevorderen van de doelmatigheid van de aanbieders en het verhogen van de prijs-kwaliteitverhouding. Veelal wordt een lage prijs gezien als een wenselijke uitkomst hiervan, en is het credo 'hoe lager, hoe beter'. Toch zijn er situaties denkbaar, waarbij het in ieders belang is dat de prijzen niet te laag zijn. Zo kunnen bestaande aanbieders met marktmacht bepaalde goederen of diensten tijdelijk zeer goedkoop, dat wil zeggen onder de kostprijs, aanbieden, om nieuwe toetreders van de markt te weren en prijsconcurrentie te frustreren. Een dergelijke strategie wordt in de economische literatuur 'predatory pricing' of 'roofprijzen' genoemd.

Hoewel de strategie van roofprijzen op de korte termijn tot verliezen leidt, kunnen de (extra) winsten door misbruik van de marktmacht op lange termijn deze verliezen overtreffen. Hiervoor moet een aanbieder wel in staat zijn om zijn prijzen of zijn afzet op de lange termijn te verheffen tot boven competitief niveau.<sup>77</sup> Daarnaast moet er sprake zijn van enige informatieasymmetrie, immers wanneer de toetreder weet dat een aanbieder roofprijzen hanteert en dat niet eeuwig kan volhouden, zal hij wellicht op de markt blijven omdat hij voor de toekomst wel een winstverwachting heeft. Roofprijzen worden vooral gehanteerd, wanneer overname van de concurrent moeilijk is. Overname is vaak namelijk een goedkopere manier om concurrentie te voorkomen dan het hanteren van roofprijzen.

Het Europese Mededingingsrecht veroordeelt roofprijzen. In het AKZO-arrest<sup>78</sup> is bepaald dat een onderneming, misbruik maakt van haar economische machtspositie wanneer:

1. zij producten verkoopt tegen een prijs die beneden de gemiddelde totale kosten<sup>79</sup> ligt, met de intentie om hiermee haar concurrent uit te schakelen;
2. zij een prijs hanteert die beneden de variabele kosten ligt. De intentie van de onderneming hoeft in een dergelijk geval niet te worden aangetoond door de mededingingsautoriteit.

In CEWAL<sup>80</sup> achtte de Europese Commissie het niet nodig de verhouding tussen de kosten en gehanteerde prijzen te analyseren nu de intentie duidelijk was gericht op uitschakeling van een concurrent. Voldoende werd toen geacht dat de partij met een economische machtspositie als gevolg hiervan inkomsten had gederfd.

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

#### *Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg*

In de extramurale AWBZ-zorg kunnen roofprijzen een serieus probleem vormen. In de meeste regio's is een grote aanbieder actief, die zijn prijzen tijdelijk zou kunnen laten dalen tot beneden het

---

<sup>77</sup> Als de prijs of de afzet van de aanbieder met marktmacht, niet hoger is dan de prijs of de afzet die de aanbieder zou krijgen op een competitieve markt, kan de aanbieder geen extra winsten genereren door andere aanbieders uit de markt te drukken. Zijn langetermijnomzet blijft dan immers gelijk en roofprijzen leiden alleen maar tot extra kosten. Wanneer de aanbieder met marktmacht de prijs of de afzet wel kan beïnvloeden, kan het hanteren van roofprijzen een winstgevende strategie zijn.

<sup>78</sup> Zie HvJ EG 3 juli 1991, zaak C62-86, AKZO Chemie B.V. tegen de Commissie, Jur EG 1991, p. I-3359, overw. 71 en 72.

<sup>79</sup> De totale kosten zijn gelijk aan de som van de variabele kosten (kosten per product) en de vaste kosten.

<sup>80</sup> Zie Beschikking van de Commissie 93/82/EEG van 23 december 1992, Cewal, PbEG 1993 L 034/20, GEA EG 8 oktober 1996, gev. zaken T-24/93, T-25/93, T-26/93 en T-28/93, Compagnie maritime belge, Jur EG 1996, p. II-1201 en HvJ EG 16 maart 2000, gev. zaken C-395/96 P en C-396/96 P, Compagnie maritime belge, Jur. EG 2000, p. I-1365.

kostenniveau om andere aanbieders uit de markt te drukken. De zorgaanbieder kan dan zijn marktmacht vergroten, en de prijs of de afzet laten stijgen. Het risico op rooftprijzen in de extramurale AWBZ-zorg wordt wel gedempt doordat het voor een grote aanbieder vaak niet moeilijk is om zijn concurrenten over te nemen. Dit is in de meeste gevallen een winstgeverder strategie dan rooftprijzen, omdat er dan geen tijdelijke verliezen hoeven te worden geaccepteerd. Ook de data (figuur 5, p. 56) geven momenteel nog geen signaal over het bestaan van rooftprijzen.

Hoewel het risico op rooftprijzen in de extramurale AWBZ niet groot lijkt, wordt het ook niet uitgesloten. Het Nederlands en Europees mededingingsrecht bieden weliswaar mogelijkheden om rooftprijzen tegen te gaan, maar het aantonen hiervan is moeilijk.<sup>81</sup> Aanvullend beleid, zoals het opvragen van extra informatie over de kostprijzen van de aanbieders en het ontwikkelen van beleidsregels op basis van de WTG, is daarom noodzakelijk. Hierbij dient zo veel mogelijk aansluiting te worden gezocht bij de beleidsregels die voor dit doel voor het B-segment ziekenhuizen worden ontwikkeld. Mocht het aanvullend beleid niet toereikend zijn voor het voorkomen van rooftprijzen, dan kan het instellen van een minimumprijs overwogen worden. Dit wordt echter vooralsnog afgeraden omdat dat een verregaande ingreep in de ondernemersvrijheid betekent en dit er tevens voor kan zorgen dat de baten van een efficiëntere productie niet bij de consument terecht komen.

18. Is de analyse met betrekking tot rooftprijzen in de extramurale AWBZ-zorg compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.

19. Kunt u voorbeelden geven van het gebruik van rooftprijzen? Zo ja, welke?

### 6.3.2 Bekostiging van rooftprijzen

Het hanteren van rooftprijzen kost een aanbieder geld. De aanbieder kan dit bekostigen door in te teren op zijn reserves of door gebruik te maken van kruissubsidiëring of prijsdifferentiatie.

#### ***Kruissubsidiëring***

Bij kruissubsidiëring verhoogt een aanbieder de prijs voor het ene product, om daarmee een prijsverlaging voor een ander product te compenseren. Kruissubsidiëring is op zich niet schadelijk en soms zelfs wenselijk, zolang een aanbieder op alle markten waarop hij speelt, voldoende concurrentie ondervindt. De aanbieders kunnen hun prijzen dan immers niet veel verhogen zonder cliënten kwijt te raken aan de concurrent en kruissubsidiëring is dan een ondernemingsstrategie die zorgt voor extra concurrentieprikkels voor de aanbieders. Wanneer de andere aanbieders niet dezelfde mogelijkheden hebben voor kruissubsidiëring, veroorzaakt kruissubsidiëring echter verschillen in het speelveld. Kruissubsidiëring kan dan gebruikt worden om andere aanbieders uit de markt te drukken (ofwel rooftprijzen te subsidiëren). In dat geval is kruissubsidiëring onwenselijk.

In de AWBZ kan er kruissubsidiëring plaatsvinden tussen verschillende extramurale producten en tussen producten op de intra- en de extramurale markt. Vooral deze laatste vorm kan schade toebrengen aan de markt, aangezien de intramurale markt vooralsnog aan weinig concurrentie onderhevig is. De instellingsbudgettering en de contracteerplicht blijven hier immers vooralsnog van toepassing. Bovendien is toetreding tot deze markt moeilijk. In de praktijk komt deze laatste vorm van kruissubsidiëring veel voor, met name tussen intramurale zorg en extramurale zorg aan PGB-houders. Hierdoor kan er een concurrentienadeel ontstaan voor aanbieders die alleen zorg aan PGB-houders aanbieden en vormt kruissubsidiëring een reëel risico voor een goede werking van de markt. Het is

---

<sup>81</sup> De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderkent dit probleem in zijn brief "Liberalisering electieve zorg" (Brief aan de Tweede Kamer der Staten Generaal, CZ/IZ/2526374).

daarom van belang het effect van kruissubsidiëring op de werking van de markt in de gaten te houden. Om de informatie van aanbieders onderling beter vergelijkbaar te maken, is het wenselijk om een uniform kostentoerekeningsmodel<sup>82</sup> in te voeren.

Opgemerkt moet worden dat aanbieders niet altijd kruissubsidiëring toepassen om concurrenten uit de markt te drukken. In sommige gevallen leidt de bekostigingsstructuur ertoe dat de aanbieders geld dat zij krijgen voor de ene prestatie, moeten gebruiken om de andere prestatie aan te kunnen bieden. Zo zijn er bijvoorbeeld signalen dat de aanbieders geld uit de dagzorg gebruiken om zorg 's nachts aan te kunnen bieden. Ondanks dat dit vaak niet gebeurt met de gedachte andere aanbieders uit de markt te drukken, kan hierdoor wel degelijk een ongelijk speelveld ontstaan.

Om kruissubsidiëring tegen te gaan, is een aantal maatregelen denkbaar. Zo kan risicozoekend gedrag in de intramurale zorg voorkomen worden door een beleid in te voeren dat gericht is op continuïteit van de zorg en niet op continuïteit van de instelling en kan er kunstmatige concurrentie (maatstafconcurrentie) worden ingevoerd in de intramurale zorg. Indien kruissubsidiëring op deze manier niet voldoende tegengegaan kan worden, kan een scheiding van eigendom tussen intra- en extramurale zorg overwogen worden. Hiermee wordt de ondernemersvrijheid echter sterk beperkt en kan tevens een verlies van scopevoordelen optreden. Derhalve wordt een dergelijke ingreep in de markt niet aangeraden.

20. Is de analyse met betrekking tot kruissubsidiëring compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.  
21. Kunt u praktijkvoorbeelden geven van ongewenste kruissubsidiëring? Zo ja, welke?

### **Prijsdifferentiatie**

Naast kruissubsidiëring, kan een aanbieder voor het financieren van rooftprijzen ook gebruik maken van prijsdifferentiatie. Er is sprake van prijsdifferentiatie (of prijsdiscriminatie) indien een onderneming voor hetzelfde product/dienst verschillende prijzen in rekening brengt aan verschillende klanten of groepen klanten, waarbij de verschillen in prijs niet het gevolg zijn van kwantiteit, kwaliteit of andere karakteristieken van het geleverde product. De aanbieder doet dit als gevolg van zijn prikkel tot winstmaximalisatie.<sup>83</sup> Het verschil met kruissubsidiëring is dat kruissubsidiëring speelt tussen verschillende producten en prijsdifferentiatie tussen verschillende markten voor één product. Over het algemeen is prijsdifferentiatie wenselijk, zolang er meer mensen behandeld worden als gevolg van prijsdifferentiatie door aanbieders. Concurrentie heeft evenzeer een neerwaarts effect op gedifferentieerde prijzen als op uniforme prijzen en wordt in die zin dus niet verstoord door het instellen van gedifferentieerde prijzen. Wanneer prijsdifferentiatie echter gebruikt wordt om rooftprijzen te financieren, of wanneer prijsdifferentiatie leidt tot onbetaalbare zorg voor bepaalde groepen, is dit een onwenselijke gedraging.

Als gevolg van de maximumprijs is het niet waarschijnlijk dat prijsdifferentiatie de betaalbaarheid van de zorg in de extramurale AWBZ zal schaden.

De marktwerking in de AWBZ-zorg kan wel verstoord worden door prijsdifferentiatie. In de extramurale AWBZ-zorg zijn er in principe twee soorten afnemers; het zorgkantoor en de PGB-houders. Daarnaast kan er onderscheid gemaakt worden tussen verschillende geografische regionale markten. Op beide gebieden bestaan er reële mogelijkheden voor prijsdifferentiatie. Daarnaast kunnen rooftprijzen hier

---

<sup>82</sup> Een kostentoerekeningsmodel bevat regels over het toerekenen van kosten aan faciliteiten en producten. Hierbij wordt niets gezegd over de hoogte van deze kosten.

een winstgevende strategie zijn. In het geval van de regionale markten, kan een aanbieder met een machtspositie in de ene regio door middel van roofprijzen zijn concurrenten in een andere regio uitschakelen. Wanneer zowel PGB-houders als zorgkantoren, zorg inkopen kan de aanbieder door middel van prijsdifferentiatie proberen concurrenten op de inkoopmarkt voor PGB-houders uit te schakelen. Op die inkoopmarkt is meer concurrentie aangezien daar meer prijsprikkels bestaan en de PGB-houders niet beperkt zijn tot het toegelaten aanbod. Prijsdifferentiatie kan dus dienen voor het financieren van roofprijzen en kan daarmee een bedreiging vormen voor een goede werking van de markt. Toezicht op de mate waarin roofprijzen voorkomen is, daarom wenselijk voor een goede marktwerking.

*22. Is de analyse met betrekking tot prijsdifferentiatie compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.*

## 6.4 Kartelvorming

Excessieve prijzen, roofprijzen en prijsdifferentiatie kunnen het resultaat zijn van anticompetitief gedrag van één dominante aanbieder, maar kunnen ook het resultaat zijn van de gedragingen van verschillende samenspannende aanbieders die gezamenlijk een dominante positie misbruiken (collectieve machtspositie). Dit laatste staat bekend als kartelvorming en -gedrag. Kartelvorming elimineert of vermindert concurrentie tussen de aan het kartel deelnemende partijen en daarmee de concurrentie op de markt.

Of een kartel succesvol tot stand kan worden gebracht, hangt af van de mogelijkheden voor de consument om uit te wijken naar een aanbieder die geen deel uitmaakt van het kartel. Deze worden bepaald door:

1. De elasticiteit van de (markt)vraag. Wanneer consumenten beschikken over voldoende effectieve substituten of uitwijkmogelijkheden, kan een kartel geen of beperkte marktmacht uitoefenen.
2. Het relatieve aantal en de relatieve omvang van de aan het kartel deelnemende partijen. Als het aantal aanbieders (en hun marktaandeel) dat niet deelneemt aan het kartel groot is ten opzichte van het kartel, dan zijn de mogelijkheden voor misbruik door het kartel beperkt.
3. De toetredingsbarrières. Zonder effectieve toetredingsbarrières zijn de mogelijkheden voor misbruik door een kartel – tenminste op lange termijn – beperkt.

Wanneer de elasticiteit van de (markt)vraag laag is, het aantal aanbieders klein is en de toetredingsbarrières hoog zijn, bestaat er een reëel gevaar voor kartelvorming. Er is dan sprake van een 'ticht oligopoly'. In een dergelijke structuur kunnen aanbieders prijzen en winsten verhogen, de markt onderling verdelen en concurrenten uit de markt werken of weren.<sup>84</sup>

Daarnaast kunnen kartels ook impliciet tot stand komen, en in stand gehouden worden, doordat partijen hun onderlinge afhankelijkheid erkennen en hun gedragingen coördineren zonder hierover expliciete afspraken te maken. Dit wordt in de literatuur ook wel 'tacit collusion' genoemd. Kartelvorming is verboden volgens de Mededingingswet, behoudens in uitzonderlijke situaties zoals beschreven in paragraaf 3.2.1.

### *Wat betekent dit voor de extramurale AWBZ-zorg*

Er is een aantal factoren te identificeren die het tot stand komen van kartelafspraken kunnen bevorderen of juist compliceren en daarmee van invloed zijn op het risico op kartelvorming. Uit een

<sup>84</sup> Zie ook CPB, 'Ticht Oligopolies. In search of proportionate remedies.' 2003, CPB Document nr. 29.



analyse van de mate waarin deze factoren zich voordoen in de extramurale AWBZ-zorg, blijkt dat deze markt vier kenmerken heeft, die maken dat er een reëel risico van kartelvorming bestaat. Deze zijn de hoge mate van kostensymmetrie tussen aanbieders, de georganiseerde sociale structuur van de sector, de hoge mate van concentratie en de symmetrische voorkeuren. Hieronder volgt van deze vier factoren een korte beschrijving.

- 1 Kostensymmetrie: Feitelijke kostenverschillen tussen aanbieders maken het bereiken van een overeenkomst tussen kartelleden over bijvoorbeeld prijzen en hoeveelheden lastig, aangezien partijen met verschillende kostenniveaus verschillende prijzen en hoeveelheden nastreven. Omgekeerd vergemakkelijken sterke overeenkomsten in de kostenstructuur het vormen van een kartel.

De figuren in bijlage 2 geven de kostenstructuren van een selectie van willekeurige aanbieders van verschillende omvang weer.<sup>85</sup> De kosten als percentage van de omzet vertonen grote gelijkenissen: de totale kosten, de aandelen van personeelskosten en de afschrijvingskosten komen sterk overeen. De kosten van de grote, middelgrote en kleinere aanbieders vertonen daarbij ongeveer hetzelfde beeld. Dit wijst op een factor die het tot stand komen van kartelafspraken vergemakkelijkt.

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

De extramurale AWBZ-zorg kenmerkt zich door een hoge organisatiegraad. De verschillende deelmarkten kennen afzonderlijke brancheorganisaties waar een aanzienlijk deel van de aanbieders bij is aangesloten. Zo is bijvoorbeeld circa 95% van de extramurale aanbieders voor gehandicaptenzorg aangesloten bij de branchevereniging. Bij de extramurale V&V-sectoren geldt een gelijksoortig beeld. Wel is hier sprake van verschillende brancheorganisaties. Deze hoge organisatiegraad en de daarmee gepaard gaande collectieve belangenbehartiging, creëert een sociale structuur die enerzijds kan bijdragen aan efficiëntieverbetering – bijvoorbeeld door het terugbrengen van wachtlijsten of het optimaliseren van bedrijfsvoering van individuele brancheleden – maar anderzijds kartelvorming kan faciliteren.

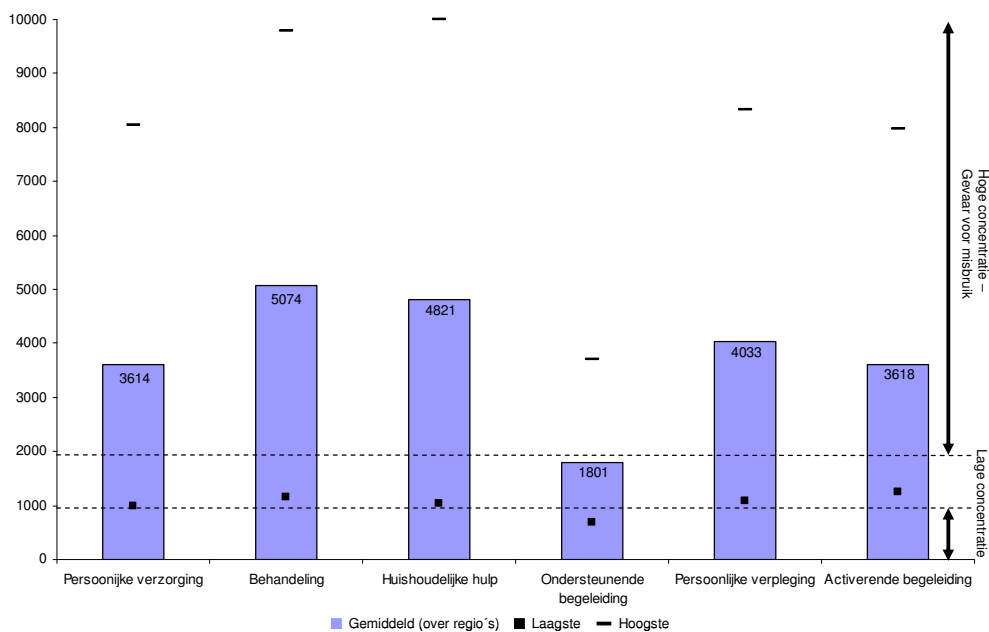
- 3 Concentraties: Hoe geconcentreerder de markt, hoe minder aanbieders er nodig zijn om een kartel te vormen dat in staat is marktmacht uit te oefenen en hoe gemakkelijker het is een kartel in stand te houden. Het controleren van het kartel is gemakkelijker wanneer er slechts een beperkt aantal aanbieders deelneemt aan het kartel en de kans dat een van de deelnemers het kartel verbreekt, is kleiner.

Over het algemeen zijn de productmarkten in de extramurale AWBZ-zorg, zoals figuur 5 laat zien, geconcentreerd. Hierbij moet worden opgemerkt dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen regio's en tussen functies. In de figuur zijn per functie de gemiddelde Hefindahl-Hirschman Indices (HHI)<sup>86</sup> van alle zorgkantorregio's, en de zorgkantorregio's met de hoogste en de laagste HHI weergegeven.

---

<sup>85</sup> De groepen grote, middelgrote en kleine aanbieders bestaan uit vijf aanbieders met ongeveer gelijke extramurale jaaromzetten. De informatie over de kostenstructuren is afkomstig uit de jaarverslagen van verschillende aanbieders.

<sup>86</sup> Voor een nadere toelichting op de HHI zie paragraaf 4.4.



Figuur 5: Concentratie (HHI) extramurale AWBZ-zorg productmarkten: gemiddelde concentratie en laagst en hoogst gemeten waarde.

De gemiddelde HHI over de zorgkantorregio's varieert sterk. De stippellijnen in de grafiek geven de grenswaardes weer zoals die door onder andere de Europese Commissie zijn gehanteerd bij fusiecontroles in concrete mededingingszaken. De figuur laat zien dat de HHI's voor de verschillende functies veelal (gemiddeld) boven de kritische grenswaarde uitkomen en slechts in enkele gevallen (laagst voorkomende) daaronder.

De concentratie in de extramurale AWBZ-zorg vormt dus eveneens een risico met het oog op kartelvorming en dient derhalve in de gaten gehouden te worden. Wel moet worden opgemerkt dat het risico op kartelvorming enigszins verminderd wordt door het feit dat deze hoge concentratiegraden veelal veroorzaakt worden door de aanwezigheid van één of twee grote spelers, die op zichzelf al marktmacht hebben. Zij zullen daardoor minder geneigd zijn tot het maken van kartelafspraken met minder dominante spelers.

- 4 Symmetrische voorkeuren. Verschillen in voorkeuren voor winstgevendheid op korte en op lange termijn – bijvoorbeeld als gevolg van een andere rechtsvorm – maken het handhaven van kartels lastiger.

Aanbieders op extramurale AWBZ-zorgmarkten hebben veelal de stichting als rechtsvorm, met name daar waar het de grotere aanbieders betreft. De besloten vennootschap (BV) komt op kleine schaal voor, maar betreft veelal kleine aanbieders. De verschillen in voorkeuren ten aanzien van korte- of langetermijnwinstgevendheid zijn hierdoor dus beperkt, wat het maken van kartelafspraken vergemakkelijkt. Het daadwerkelijke risico op kartelvorming is echter beperkt, doordat stichtingen geen winstoogmerk mogen hebben, terwijl het verhogen van de winst juist de primaire doelstelling van kartelvorming is.

Naast bovengenoemde factoren die het risico dat er daadwerkelijk kartelvorming plaatsvindt in de extramurale AWBZ-zorg versterken, is er ook een aantal factoren die een dempende werking kunnen hebben op dit risico. Hieronder volgt een korte beschrijving van deze factoren.

1. Heterogene producten. Bij volledig homogene producten hoeft een kartel 'slechts' overeenstemming te bereiken over één prijs, terwijl bij gedifferentieerde producten overeenstemming bereikt moet worden over de verschillende differentiaties. Dit bemoeilijkt de vorming van een kartel.

Als gevolg van de opheffing van de contracteerplicht in de extramurale AWBZ zullen zorgaanbieders zich naar verwachting meer gaan profileren, enerzijds op basis van een goede prijs-kwaliteitverhouding en anderzijds door het aanbieden van een gedifferentieerd product waarmee zij zich kunnen onderscheiden van concurrenten. Uit een kleine peiling onder drie zorgkantoren blijkt dat aanbieders zich meer trachten te profileren, maar dat het onderscheidende karakter in de praktijk lastig aantoonbaar is. Daarbij zijn de aanbieders vooralsnog gebonden aan prestatiebeschrijvingen waardoor hun handelen enigszins ingeperkt wordt. Productdifferentiatie lijkt op voorhand echter het risico op kartels te verkleinen.

2. Onzekerheid. Een grote onzekerheid over toekomstige ontwikkelingen (vraagontwikkeling) verlegt de focus van aanbieders van winst op lange termijn, naar winst op korte termijn en maakt het in stand houden van kartels moeilijker.

De brancheorganisaties in de AWBZ en de overheid hebben afspraken gemaakt over de ontwikkeling van de AWBZ op de middellange termijn (tot 2007).<sup>87</sup> Deze afspraken zijn vastgelegd in een convenant en moeten zorgen voor een beheerste groei van de AWBZ-uitgaven. Hiermee wordt de onzekerheid over de gezamenlijke afzet van AWBZ-aanbieders beperkt.

Met de opheffing van de contracteerplicht, wordt de afzet van de individuele AWBZ-zorgaanbieders (de *residuele* vraag voor individuele AWBZ-aanbieders) aanzienlijk minder zeker dan in het verleden het geval is geweest. Hiermee kan de focus van aanbieders zich verleggen naar de korte termijn en neemt het risico van kartelvorming af.

CTG/ZAio en het CTZ hebben zelf geen bevoegdheden op terrein van kartelvorming. Wel is het opvragen van informatie over de ontwikkelingen van de genoemde risicofactoren zinvol. Hiermee kan ondersteuning worden geboden aan het toezicht door de NMa om de effecten op de werking van de markt inzichtelijk te krijgen.

23. Is de analyse met betrekking tot kartelvorming en de kans daarop compleet en correct? Zo nee, graag concrete voorbeelden.

24. Kunt u voorbeelden geven van kartelvorming in de extramurale AWBZ-zorg? Zo ja, welke?

## 6.5 Marktmacht zorgkantoren

### 6.5.1 Inkoopmacht

Inkoopmacht is macht aan de inkoopzijde van een markt en betreft de positie die de inkoper heeft ten opzichte van de aanbieder. Indien het zorgkantoor over inkoopmacht beschikt, is het mogelijk om lagere prijzen af te spreken, waardoor de kosten ten laste van de AWBZ minder snel stijgen. Tevens kan inkoopmacht leiden tot innovatie en productdifferentiatie waarvan de cliënten profijt

<sup>87</sup> De kern van de afspraak in het convenant is dat de AWBZ-uitgaven alleen binnen de financiële kaders van het regeerakkoord kunnen blijven groeien. De zorgaanbieders spreken af tot 2007 jaarlijks 1,25% meer cliënten te helpen op basis van de beschikbare middelen.

hebben. Anderzijds kan het zorgkantoor ook misbruik maken van zijn machtspositie door te lage prijzen af te dwingen bij de aanbieders (lager dan de kostprijs), waardoor de kwaliteit en de continuïteit van de zorg in het gedrang komen, of door niet te luisteren naar de wensen van de verzekerden. Immers, een machtspositie zorgt ervoor dat het zorgkantoor minder gevoelig is voor prikkels van buitenaf en het minder noodzaak kent zich te laten leiden door de vraag van verzekerden. Dit kan leiden tot inefficiëntie en een suboptimale prijs-kwaliteitverhouding<sup>88</sup>.

Het is belangrijk om hier onderscheid te maken tussen het hebben van inkoopmacht en het misbruiken ervan. Inkoopmacht op zich is geen probleem, pas wanneer daar misbruik van wordt gemaakt is ingrijpen wenselijk.

Tengevolge van de volmachtverlening van de uitvoeringsorganen AWBZ aan de verbindingkantoren om namens hen zorg te contracteren, de plicht van zorgaanbieders om productieafspraken te maken met het zorgkantoor in hun statutaire vestigingsplaatsregio<sup>89</sup> en de opheffing van de contracteerplicht voor extramurale AWBZ-zorg, is de inkoopmacht van zorgkantoren groot. Zorgkantoren hoeven zich hierdoor weinig aan te trekken van de belangen van de verzekerden of de zorgaanbieders en kunnen een inkoopbeleid hanteren waarbij ze rechtstreeks het volume en de kwaliteit van de gecontracteerde zorg beïnvloeden. Daarnaast zijn er ook mogelijkheden om de prijs te beïnvloeden, of leverings- of betalingsvoorwaarden te stellen aan verschillende aanbieders.

Zorgkantoren of uitvoeringsorganen AWBZ zijn niet risicodragend voor de kosten van de zorgverlening (zolang zij binnen het regiobudget blijven) en concurreren niet met elkaar om AWBZ-verzekerden (geen 'down stream market'). Hierdoor hebben zij enerzijds geen prikkel om hun inkoopmacht te misbruiken. Anderzijds beschikken zorgkantoren ook niet over een prikkel om hun machtspositie te gebruiken om vraaggerichte en kwalitatief goede en doelmatige zorg in te kopen voor hun AWBZ-verzekerden en daarmee concurrentie tussen zorgaanbieders te stimuleren. Sommige zorgkantoren maken op deze manier misbruik van hun macht ten opzichte van de verzekerden.

### ***Gevolgen van inkoopmacht***

De inkoopmacht van het zorgkantoor kan leiden tot onzekerheid bij de aanbieders. Een aanbieder is immers als gevolg van de plicht een contract af te spreken met het zorgkantoor in zijn statutaire vestigingsplaatsregio, voor het grootste gedeelte van zijn productie aangewezen op slechts één afnemer, het zorgkantoor. Deze plicht zorgt voor een ondernemersrisico voor nieuwe toetreders en vormt een toetredingsdrempel. Immers, als het zorgkantoor de aanbieder niet wil contracteren, kan de deze een deel van zijn productie niet afzetten. Wanneer de zorgaanbieder zich kan wenden tot verschillende zorgkantoren, daalt het ondernemersrisico. Het is derhalve aan te bevelen deze statutaire vestigingsplaatsplicht af te schaffen.

### ***Gebruik van inkoopmacht***

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

---

<sup>88</sup> Ministerie van VWS, 'Geconcentreerd dereguleren? Onderzoeksnotitie naar bestaande concentraties en machtsposities in de zorg', oktober 2002, Den Haag, p18.

<sup>89</sup> Zie hiertoe de 'Circulaire van de ziekenfondsraad van 17 december 1997 (SEA nr.AWBZ/24/97) inzake uitbreiding werking Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering per 1-1-98' Voorschriften zorgverzekeringen, Uitvoeringsorganen-Algemeen, 2-1a, p.70.

zorg in te kopen. Daarvoor is een andere prikkel, namelijk toezicht op de zorgkantoren door het CTZ, aanwezig.

Het is voor het CTZ moeilijk om te controleren of zorgkantoren doelmatig en vraaggericht zorg inkopen. Wel is het mogelijk om de prestaties van zorgkantoren te vergelijken, bijvoorbeeld door de prijsafspraken te benchmarken, of door de mate waarin zorgkantoren functies onder het maximumtarief contracteren, te monitoren. Een dergelijke benchmark bestaat nog niet, maar is vanuit toezichtoogpunt wel gewenst. Hiermee kunnen de prikkels voor de zorgkantoren om doelmatig en vraaggericht zorg in te kopen, worden versterkt.

### **Misbruik van inkoopmacht**

Doordat de beheerskosten gebudgetteerd zijn en de bedrijfsvoering van de zorgkantoren daarnaast onderling vergeleken wordt, hebben zij een prikkel om zelf efficiënt te werken en weinig kosten te maken voor het contracteren van voldoende zorg. De kosten van de daadwerkelijke zorgverlening komen niet voor rekening van het zorgkantoor, hoewel deze per 2005 wel gebudgetteerd zijn (zogenoemde regiobudgetten). Om de kosten voor zorgcontractering laag te houden, is het voor het zorgkantoor aantrekkelijk om één grote aanbieder te contracteren. Hij kan dan immers met één keer onderhandelen veel zorg inkopen. Wanneer de grote aanbieders ook doelmatiger werken en een betere prijs-kwaliteitverhouding leveren dan de kleine aanbieders, is dat geen probleem (mits de verzekerde nog enige keuzemogelijkheden heeft en kan 'stemmen met de voeten'). Het kan echter gebeuren dat een kleinere aanbieder een betere prijs-kwaliteitverhouding levert en toch geen contract krijgt. Voor nieuwe toetreders op de markt kan dit een probleem zijn. Zij zijn immers kleinschaliger dan de bestaande aanbieders.

Om discriminatie van bepaalde aanbieders bij de zorginkoop te voorkomen, is het van belang te monitoren in welke mate zorgkantoren hun inkoopbeleid vaststellen aan de hand van de vraag van verzekerden en daaraan objectieve, transparante en niet discriminatoire criteria verbinden. Hiermee kan voorkomen worden dat zorgkantoren bepaalde zorgaanbieders die doelmatige en vraaggerichte zorg verlenen, niet contracteren of dat verzekerden geen keuze hebben tussen aanbieders. Het Convenant taken en beheerskosten geeft hiervoor aanknopingspunten zoals het hanteren van een transparant contracteerbeleid.

Daarnaast kunnen ook PGB-houders een belangrijke rol spelen in het voorkomen van misbruik van inkoopmacht door de zorgkantoren en het verlagen van deze toetredingsdrempel. Als het contracteerbeleid van het zorgkantoor onvoldoende aansluit bij de wensen van de consument, zal een deel van de verzekerden wellicht een PGB aanvragen om op die manier zelf zorg in te kopen bij de nieuwe aanbieders. Op die manier kan een nieuwe aanbieder ook zonder contract met het zorgkantoor, zorg aanbieden aan verzekerden. Over het algemeen zal gelden: hoe meer PGB's er in een regio worden toegekend, hoe lager de toetredingsdrempel voor nieuwe aanbieders wordt. Het is dus aan te bevelen het PGB-houderschap te stimuleren als substituut voor zorg-in-natura. Overigens bestaat hierbij het risico dat er verlies aan gratis mantelzorgers optreedt.<sup>90</sup>

In principe is het ook mogelijk dat zorgkantoren over een dusdanige inkoopmacht beschikken dat ze een prijs bedingen die onder de efficiënte kostprijs van de zorg ligt. Het is echter moeilijk om te bepalen wat de efficiënte kostprijs is. Dit gedrag valt in principe niet onder de Mededingingswet, omdat deze niet van toepassing is op de zorgkantoren. Mochten er op dit gebied grote problemen ontstaan, dan kunnen aanvullende maatregelen overwogen worden.

---

<sup>90</sup> Berg, B. van den & E. Schut (2003), 'Het einde van gratis mantelzorg?', ESB, nr. 4413, p. 420-422.

## 6.5.2 Rol CTG/ZAio en CTZ

CTG/ZAio en het CTZ zien voor zichzelf de volgende rol bij het stimuleren van marktwerking en het voorkomen van misbruik van de inkoopmacht:

1. het beoordelen van de toetredingsbelemmeringen die door de inkoopprocedure en de selectiecriteria die zorgkantoren hanteren, worden opgeworpen;
2. het monitoren van de mate waarin vraaggerichte zorg wordt ingekocht door het zorgkantoor, door de mening van cliënten hierbij te betrekken;
3. het monitoren van de mate waarin zorgkantoren doelmatige zorg inkopen en te hoge prijzen (of te lage) prijzen afspreken (door middel van benchmarks).

*25. Welke concrete voorbeelden kunt u noemen waarin de inkoopmacht van zorgkantoren de concurrentie tussen zorgaanbieders belemmert?*

*26. Deelt u de analyse dat de selectie- of contracteercriteria de toetreding van aanbieders in die mate kunnen belemmeren dat het CTZ en CTG/ZAio dit moeten monitoren?*

## 6.6 Samenwerking

Samenwerkingsverbanden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn meestal gericht op verbetering van de doelmatigheid van zorg. Samenwerkingsverbanden kunnen echter een belemmering zijn voor de concurrentie tussen zorgaanbieders. Deze paragraaf gaat in op de samenwerkingsverbanden tussen zorgkantoren en zorgaanbieders en tussen zorgkantoren en zorgaanbieders onderling. Het doel hiervan is meer inzicht te geven in mededingingsbeperkende effecten die deze samenwerking kan hebben op de extramurale AWBZ-zorg.

De vraag of samenwerkingsverbanden wenselijk zijn, heeft te maken met de mate waarin zij bijdragen aan de publieke doelen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Het is echter niet uitgesloten dat een samenwerkingsverband wenselijk is vanuit het oogpunt van de publieke doelen, maar toch de concurrentie tussen zorgaanbieders belemmert.<sup>91</sup> De centrale vraag is of er aanvullende instrumenten nodig zijn om, na het opheffen van de contracteerplicht, wenselijke samenwerkingsverbanden in stand te houden of marktwerkingsbelemmerende samenwerkingsverbanden aan te pakken.

### 6.6.1 Uitvoeringsorganen onderling

Alle uitvoeringsorganen AWBZ hebben de inkoop van zorg per volmacht opgedragen aan de zorgkantoren. In de mandaat- en volmachtovereenkomst zijn uitvoeringsorganen en zorgkantoren expliciet overeengekomen dat zij niet onderling concurreren. In beginsel hebben zorgaanbieders te maken met één zorgkantoor waarmee zij een contract sluiten. De statutaire vestigingsplaats van de aanbieder bepaalt op welk zorgkantoor de aanbieder is aangewezen. Voor zorgaanbieders die ook zorg leveren aan verzekerden buiten de zorgkantorregio waarin zij gevestigd zijn, gelden ten aanzien van deze regel twee uitzonderingen. Ten eerste overleggen twee of meer zorgkantoren over de uitvoering van de AWBZ ten aanzien van die zorgaanbieder, indien 35% of meer van de cliënten van de zorgaanbieder afkomstig is uit een andere zorgkantorregio dan de regio waarbinnen de zorgaanbieder gevestigd is. Ten tweede kunnen zorgkantoren in onderling overleg afspreken dat het andere zorgkantoor aangewezen wordt als eerste aanspreekpunt voor de desbetreffende aanbieder, indien 85% of meer van de cliënten van deze zorgaanbieder afkomstig is uit een andere

<sup>91</sup> Zie ook de NMa (2002), 'Richtsnoeren voor de zorgsector'.

zorgkantoorregio dan de regio waarbinnen de zorgaanbieder statutair gevestigd is.<sup>92</sup> De NMa meldt in dezen dat een zorgkantoor vanwege zijn regiobudget redenen heeft om het aanbieden van zorg door een aanbieder buiten zijn zorgkantoorregio te ontmoedigen.<sup>93</sup> Het zorgkantoor zal dan immers een deel van zijn regiobudget moeten aanwenden voor de verzekerden in een andere regio. Ook signalen uit de sector duiden er op dat het regiobudget, de groei van landelijk werkende aanbieders, in andere dan de 'eigen' zorgkantoorregio, belemmert.

Voor het inkopen van zorg hebben de uitvoeringsorganen voor 2005 een gemeenschappelijk inkoopkader voor de contractering van zorg afgesproken. De afzonderlijke zorgkantoren hebben hierbij enige ruimte om additionele criteria toe te voegen voor hun regio. Het doel van dit kader is het transparant en zorgvuldig vormgeven van de inkoop en het bieden van vergelijkbare kansen op een overeenkomst aan vergelijkbare aanbieders. Dit kader geeft aanbieders in beginsel voldoende mogelijkheden om een overeenkomst te krijgen en belemmert de concurrentie niet. Vooralsnog is het onbekend of de individuele zorgkantoren additionele of andere criteria hanteren die concurrentie tussen zorgaanbieders, of toetreding in potentie kunnen belemmeren.

De marktwerkingbelemmerende effecten van samenwerkingsverbanden tussen uitvoeringsorganen onderling worden noch door de NMa, noch door het CTZ of CTG/ZAio beoordeeld. Wel toetst het CTZ of de uiteindelijk door het zorgkantoor gemaakte uitgaven recht- en doelmatig zijn, en in het belang van de goede uitvoering van de AWBZ zijn gemaakt. Daarnaast beoordeelt het CTZ of het zorgkantoor een zorgvuldig inkoopbeleid aan de hand van objectieve criteria hanteert en of het zorgkantoor de productieafspraken monitort en indien nodig de budgettering aanpast.

### 6.6.2 Zorgaanbieders onderling

De laatste jaren hebben de aanbieders in de AWBZ zich in sterke mate verbonden in samenwerkingsvormen van uiteenlopende aard.<sup>94</sup> Zo worden er bijvoorbeeld afspraken gemaakt tussen intramurale instellingen en thuiszorgaanbieders over het spoedig opvangen van ontslagen cliënten, om zo de doorstroming van intramurale zorg (ziekenhuiszorg, revalidatiezorg) naar thuiszorg efficiënt te laten verlopen. Hoewel dit in eerste instantie leidt tot meer efficiëntie, kan hier ook een bepaalde machtsvorming van uitgaan waardoor de keuzevrijheid van verzekerden en de mate van concurrentie op de markt worden beperkt. Uit de markt zijn enkele signalen ontvangen over dergelijke mededingingsbeperkende afspraken. Ter illustratie zijn enkele voorbeelden opgenomen in de onderstaande tekstbox. Opgemerkt moet worden dat het hier gaat om signalen uit de sector. Deze signalen zijn niet nader onderzocht.

#### Samenwerking tussen zorgaanbieders in de praktijk

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

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

<sup>92</sup> Zie hiertoe de 'Circulaire van de Ziekenfondsraad van 17 december 1997 (SEA nr. AWBZ/24/97) inzake uitbreiding werking Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering per 1-1-98' Voorschriften zorgverzekeringen, Uitvoeringsorganen-Algemeen, 2-1a, p.70.

<sup>93</sup> Besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in de zaak 4295/Stichting Icare-Sensire-Thuiszorg Groningen, alinea 51.

<sup>94</sup> De Nederlandse Mededingingsautoriteit, 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten', januari 2004.

De samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders worden door de NMa getoetst op onder andere het kartelverbod en het verbod op misbruik van een economische machtspositie. De risico's voor een goede werking van de markt lijken hiermee op voorhand voldoende ondervangen te worden. Het kartelverbod is niet van toepassing op afspraken tussen een beperkt aantal ondernemingen met een geringe omzet (bagatelbepaling<sup>95</sup>). Wanneer blijkt dat dergelijke afspraken de markt wel degelijk schaden, kan CTG/ZAio aanvullende stappen overwegen.

### 6.6.3 Zorgkantoren-zorgaanbieders

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

In beginsel is samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgkantoren bij de zorgtoewijzing een wenselijke vorm van samenwerking. Aan deze samenwerking kleeft echter ook het risico dat toetreding door nieuwe aanbieders bemoeilijkt wordt. Met de komst van een gezamenlijk AWBZ-breed zorgregistratiesysteem (AZR) haalt het zorgkantoor de zorgtoewijzing meer naar zich toe. Het AZR maakt het proces van zorgtoewijzing transparanter en het risico op verdeling van de productie tussen de zorgaanbieders onderling kleiner. Uit de praktijk komen echter ook voorbeelden van aanbieders die het AZR juist gebruiken om hun zorgvraag veilig te stellen. In de volgende tekstbox wordt daarvan een voorbeeld gegeven. Deze signalen zijn niet nader onderzocht.

#### Zorgtoewijzing in de extramurale AWBZ-zorg

Nieuwe patiënten komen vaak terecht bij de traditionele aanbieders in een regio. Dit kan mede worden veroorzaakt door de manier waarop het AZR wordt gebruikt. In het AZR wordt voor iedere nieuwe patiënt de eerste voorkeursaanbieder weergegeven, waarna deze aanbieder zelf kan bepalen of hij nog plaats heeft voor een nieuwe cliënt, of dat hij de cliënt door laat stromen naar een andere aanbieder. Er zijn echter signalen dat de aanbieder van voorkeur niet direct zorg verleent, maar de cliënt op een interne wachtlijst zet. Dit leidt ertoe dat wachtlijsten bestaan, terwijl een andere aanbieder deze zorg wel had kunnen leveren. Wanneer deze toewijzing niet automatisch gebeurt, zal het zorgkantoor hier waarschijnlijk eerder iets aan doen en wordt toetreding voor nieuwe aanbieders gemakkelijker. Deze werkwijze kan daardoor leiden tot behoud van een machtspositie binnen een bepaalde regio.

Daarnaast zijn er ook signalen dat het CIZ soms een goede toewijzing van zorg in de weg staat. In sommige regio's verwijst het CIZ automatisch door naar de grootste zorgaanbieder in de regio wanneer een consument geen voorkeursaanbieder opgeeft, zonder daarbij te letten op eventuele wachtlijsten of objectieve informatie te verschaffen. Kleine thuiszorgaanbieders hebben hierdoor moeite om voldoende cliënten binnen te halen om aan hun productieafspraken te voldoen.

27. Welke huidige vormen van samenwerking tussen zorgaanbieders belemmeren de concurrentie?  
28. Op welke punten belemmert de samenwerking tussen uitvoeringsorganen de ontwikkeling van een concurrerend zorgaanbod of een kwalitatief goede en tijdige zorgverlening aan cliënten?  
29. Voor welke wenselijke vormen van samenwerking neemt de prikkel af als gevolg van concurrentie tussen zorgaanbieders?

## 6.7 Contractvoorwaarden

Als partijen elkaar in vergaande mate contractueel binden kan dit de concurrentie tussen zorgaanbieders belemmeren. Een zorgaanbieder kan een zorgkantoor in vergaande mate aan zich

<sup>95</sup> Zie paragraaf 3.2.1



binden door bijvoorbeeld exclusieve afnamebepalingen, inzage in concurrerende aanbiedingen, getrouwheidskortingen en een lange contractuele binding te bedingen.

### ***Duur contractuele binding***

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

### ***Koppelverkoop***

Koppelverkoop betekent dat een onderneming het sluiten van overeenkomsten afhankelijk stelt van het aanvaarden van bijkomende prestaties die naar hun aard of volgens het handelsgebruik geen verband houden met het onderwerp van deze overeenkomsten. Vaak gebeurt dit in contractonderhandelingen tussen inkopers en aanbieders.

Een nieuwe toetreders zal zich in eerste instantie vooral richten op eenvoudige zorgverlening. Voor de meer specialistische hulpverlening is het zorgkantoor van de bestaande aanbieder afhankelijk. De bestaande aanbieder kan het zorgkantoor dan de voorwaarde stellen dat het zowel de specialistische zorg als de eenvoudige zorg bij hem afneemt. Het zorgkantoor heeft hier geen keuze omdat het vanwege zijn zorgplicht verplicht is de specialistische zorg in te kopen wanneer die beschikbaar is. De nieuwe aanbieder kan de markt dan niet betreden. Omdat de extramurale zorg meestal eenvoudig van aard is, is het onwaarschijnlijk dat dergelijke koppelverkoop op grote schaal plaatsvindt. De kans dat een nieuwe toetreders hier hinder van ondervindt, is derhalve niet groot.

Naast koppelverkoop tussen eenvoudige en gespecialiseerde producten, kan er ook koppelverkoop plaatsvinden tussen willekeurige producten. Een zorgaanbieder die meer producten tegelijkertijd aanbiedt is vaak aantrekkelijker voor het zorgkantoor en de cliënt. Voor de cliënt is het immers prettig wanneer hij al zijn zorg kan afnemen bij één aanbieder en voor het zorgkantoor is het gemakkelijker om productieafspraken te maken met één grote aanbieder dan met vele kleintjes. Een grote aanbieder die alle producten kan leveren, maakt daardoor meer kans op een contract dan een kleine (nieuwe) aanbieder die zich op slechts één product richt. Zonder contract kan deze aanbieder zijn zorg slechts aanbieden aan PGB-houders. Dergelijke situaties zijn in de extramurale zorg wel te verwachten, mede omdat zorgkantoren over een zekere machtspositie beschikken. Een dergelijk inkoopbeleid is niet per definitie slecht en kan vanuit een vraaggerichte zorgverlening juist gewenst zijn. Echter het kan er ook toe leiden dat de concurrentie tussen aanbieders wordt belemmerd. Het is daarom belangrijk om te monitoren of nieuwe aanbieders wel contracten kunnen afsluiten.

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

## Koppelverkoop

Sommige woningcorporaties koppelen hun huurovereenkomsten aan een exclusieve thuiszorgaanbieder (zorgpost in het gebouw). Aangegeven wordt dat als gevolg van het bestaande bekostigingssysteem een zekere exclusiviteit nodig zou zijn om 24-uurszorg te kunnen aanbieden. In een specifiek geval dat zich in Geerttruidenberg heeft voorgedaan, is een dergelijke exclusiviteitsbepaling door de uitspraak van de rechter in Breda verboden op grond van de Mededingingswet.

*30. Deelt u de analyse dat er een risico bestaat dat koppelverkoop de toetreding van nieuwe aanbieders op de inkoopmarkt belemmert? Zal dit dermate vake plaatsvinden dat monitoring noodzakelijk is?*

## 6.8 Conclusies en aanbevelingen

### Conclusies

Uit de analyse van mogelijke anticompetitieve gedragingen komen de volgende conclusies naar voren.

|                                   | Zorginkoopmarkt   | Zorgverleningsmarkt   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                                   | Zorgkantoor   | Zorgaanbieder   | Verzekerde  | PGB-houder  |
| Excessieve prijzen                | Vooralsnog beperkt risico van excessieve prijzen vanwege maximumtarieven  | Vooralsnog beperkt risico van excessieve prijzen vanwege maximumtarieven  | n.v.t.  | Vooralsnog beperkt risico van excessieve prijzen vanwege maximumtarieven  |
| Roofprijzen en kruis-subsidiëring | Reëel risico. Leidt op lange termijn tot verminderde betaalbaarheid en beperkte keuzevrijheid   | Concurrentie-valsing door kruissubsidie tussen intra- en extramurale zorg en tussen zorg voor zorg-in-natura- cliënten en zorg voor PGB-houders | Reëel risico. Leidt op termijn tot beperkte keuzevrijheid | Reëel risico. Leidt op lange termijn tot verminderde betaalbaarheid en beperkte keuzevrijheid                                       |
| Kartelvorming                     | Reëel risico. Leidt tot beperkte keuzevrijheid en hogere prijzen (momenteel wel begrensd door het max. tarief). Risico van te hoge prijzen vooralsnog beperkt door maximumprijzen | Hoge mate van concentratie, symmetrische kosten en hoge organisatiegraad vergemakkelijken kartelvorming   | Reëel risico. Leidt tot beperkte keuzevrijheid            | Reëel risico. Leidt tot beperkte keuzevrijheid en hogere prijzen. Risico van te hoge prijzen vooralsnog beperkt door maximumprijzen |
| Inkoopmacht zorgkantoor           | Weinig prikkels tot misbruik of gebruik inkoopmacht. Neiging tot contracteren van grote aanbieders zorgt voor toetredingsdrempels.  | Neiging zorgkantoor om vooral grote aanbieders te contracteren, zorgt voor toetredingsdrempel kleine aanbieders                                 | n.v.t.  | n.v.t.  |
| Samenwerking                      | Samenwerking met aanbieders t.b.v. terugdringen   | Samenwerking onderling en met zorgkantoor t.b.v.  | Samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgkantoor en      | Samenwerking tussen zorgaanbieders leidt tot efficiëntere zorg. Risico  |

|                     |  |   |  |   |
|---------------------|--|---|--|---|
|                     | wachlijsten. Risico van uitsluiting van nieuwe toetreders  | efficiëntieverbetering. Risico van uitsluiting toetreders en kartelvorming              | aanbieders onderling leidt tot efficiëntere zorgverlening. Risico van beperkte keuzevrijheid | van beperkte keuzevrijheid              |
| Contractvoorwaarden | Risico van langetermijncontracten met dominante aanbieders beperkt door Wet HOZ. Wel risico van koppelvekoop door voorkeur van zorgkantoren voor 'multiproduct'-aanbieders | Risico van koppelvekoop. Dit vormt een toetredingsbelemmering voor (kleine) toetreders. | Voorkeur voor 'multiproduct'-aanbieders  | Voorkeur voor 'multiproduct'-aanbieders |

Tabel 12: Conclusies hoofdstuk 6

### **Aanbevelingen**

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

#### *Beleidsvoornemens CTG/ZAio*

- Monitoren van de winstmarge van de aanbieders voor het detecteren van rooftprijzen en excessieve prijzen. Hoewel excessieve prijzen op dit moment waarschijnlijk nog geen probleem zullen vormen voor marktwerking, is het van belang hiervoor een goede nul-meting te hebben in het geval de tarieven in de toekomst worden vrijgegeven (§ 6.2 en 6.3.1)
- Het versterken van de informatiebasis van de monitor door middel van een uniform kostentoe rekeningsmodel (§ 6.3.1)
- Het opstellen van een beleidsregel op grond van de WTG, waarmee CTG/ZAio kan ingrijpen bij rooftprijzen (§ 6.3.1)
- Het monitoren van de factoren die kartelvorming in de sector vereenvoudigen of bemoeilijken (§ 6.4)
- Monitoren van de wenselijkheid van samenwerkingsverbanden vanuit efficiëntieoogpunt (§ 6.5)

#### *Beleidsvoornemens CTZ*

- Monitoren van de tevredenheid van de verzekerden over de door het zorgkantoor gecontracteerde zorg en hun keuzevrijheid (§ 6.5)
- Monitoren van de mate waarin zorgkantoren objectieve non-discriminatoire inkoopcriteria gebruiken bij het inkopen van zorg en van de mate waarin er nieuwe zorgaanbieders toetreden tot de markt (§ 6.5)
- De prijsafspraken van zorgkantoren monitoren en desgewenst de zorgkantoren de monitor- of benchmarkinformatie beschikbaar stellen (§ 6.5)
- Monitoren of kleine aanbieders even veel kans hebben op een contract met het zorgkantoor als grote aanbieders (§ 6.7)

#### *Aanbevelingen aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

- Stimuleren van de substitutie van zorg-in-natura consumptie naar PGB-houderschap (budgetneutraal) teneinde toetreding voor kleine aanbieders gemakkelijker te maken en zo tegenwicht te bieden aan de inkoopmacht van het zorgkantoor (§ 6.5)
- Het opheffen van de verplichting voor de zorgaanbieder om afspraken te maken met het zorgkantoor in de regio waar zij statutair gevestigd is. Hierdoor kunnen zorgaanbieders met meer zorgkantoren contracten sluiten en daalt het ondernemersrisico (grotere kans op een contract). Dit bevordert toetreding en geeft de zorgkantoren meer mogelijkheden om zorg in te kopen die bij de vraag van de verzekerden in hun regio past (§ 6.5)
- Het formuleren van een consistent beleid voor instellingen in financiële problemen, gericht op continuïteit van de zorg, en niet op continuïteit van de aanbieder ter voorkoming van *moral hazard*gedrag door aanbieders en kruissubsidiëring (§ 6.3.2)
- Het voorkomen van kruissubsidiëring in de AWBZ door het beperken van de financiële speelruimte van zorgaanbieders via een systeem van maatstafconcurrentie in de intramurale AWBZ (§ 6.3.2)

#### *Aanbevelingen aan de zorgaanbieders*

- Het indienen van een klacht indien een andere aanbieder roofprijzen hanteert (§ 6.3.1)

## **7. MONITORING**

### **7.1 Inleiding**

Monitoren is een van de kerntaken van CTG/ZAio en dient ten behoeve voor naar en informatie over concurrentie in de zorgsector. Hiertoe worden voor verschillende deelmarkten in de zorgsector, waaronder de extramurale AWBZ-zorg, onafhankelijk van elkaar, kenmerken in kaart gebracht en gevolgd in de tijd, en wordt geanalyseerd in hoeverre bepaalde kenmerken – en de ontwikkeling hiervan – een risico kan voor mededinging.<sup>96</sup>

In de voorgaande hoofdstukken zijn verschillende aspecten van de extramurale AWBZ-zorg geanalyseerd. Uit deze analyses is gebleken dat een aantal kenmerken van de extramurale AWBZ-zorg een risico kan vormen voor de mededinging. Op basis van deze kenmerken zullen indicatoren worden geïdentificeerd die in onderlinge samenhang een duidelijk een consistent beeld moeten opleveren van de mededinging. Deze indicatoren hebben betrekking op de structuur van de markt, de gedragingen van marktpartijen en de marktuitskomsten.

### **7.2 Doelstelling**

De monitor zal alle relevante aspecten van de markt in kaart brengen. Hierbij zal niet alleen worden ingegaan op de risico's voor marktwerking. Voor een gedegen analyse van de risico's voor een goede werking van de markt, is het belangrijk om alle aspecten van de markt in onderlinge samenhang te kunnen bekijken, ook wanneer deze aspecten niet direct een risico vormen. Ook kunnen de effecten van het gevoerde beleid gevolgd worden en kan er eventueel worden overgegaan tot een koerswijziging. De hoofddoelstelling van monitoren in de zorgsector wordt als volgt omschreven:

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

De monitor voor de extramurale AWBZ-zorg resulteert in een periodieke rapportage van de bevindingen van de monitor ten behoeve van de 'afnemers' van de monitor. Deze afnemers zijn het Ministerie van VWS en andere beleidsmakers, marktpartijen (aanbieders, consumenten en betrokken organen), CTG/ZAio, het CTZ en andere betrokkenen en geïnteresseerden. Ten behoeve van een optimaal bereik van de 'afnemers' van de monitors, worden de rapportages gepubliceerd op de website van CTG/ZAio. Voorts kent het monitoren een aantal subdoelstellingen, waaronder interveniëren, adviseren en meten van de effecten van marktwerking.

### **7.3 Monitorstructuur**

De te monitoren indicatoren vloeien voort uit de risicoanalyse met betrekking tot mededinging zoals beschreven in dit consultatiedocument en geven zodoende informatie over verschillende kenmerken en ontwikkelingen waarvan in het consultatiedocument is geconcludeerd dat deze een risico vormen voor de mededinging. De definitieve keuze en vaststelling van de te monitoren indicatoren vindt plaats in het visiedocument, na de consultatieronde.

---

<sup>96</sup> Het monitoren van de extramurale AWBZ sector vindt plaats op basis van en conform het rapport van CTG/ZAio Monitoren in de zorg: Algemene uitgangspunten, sectorspecifieke indicatoren en bronnen voor het inrichten van monitors voor de zorgsectoren. Dit rapport is beschikbaar op de website van CTG/ZAio ([www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl)).

Voor de monitor wordt een structuur aangehouden waarbinnen alle relevante aspecten passen. In de monitor zullen deze aspecten daarom gemeten worden aan de hand van indicatoren die betrekking hebben op de *structuur* van de markt, de *gedragingen* van aanbieders op de markt, en de *marktuitskomsten*.<sup>97</sup> Voorbeelden van marktkenmerken en indicatoren die betrekking hebben op structuur, gedrag en uitkomsten zijn:

| Structuur   | Gedrag   | Uitkomst  |
|---|--|---|
| <u>Kenmerk:</u> definitie relevante markt<br><u>Mogelijke indicator:</u><br>grensoverschrijdende zorgconsumptie en aanbod | <u>Kenmerk:</u> misbruik economische machtspositie<br><u>Mogelijke indicator:</u> variabele kosten (als maatstaf om prijzen te beoordelen) | <u>Kenmerk:</u> prijzen<br><u>Mogelijke indicator:</u> contractprijzen  |
| <u>Kenmerk:</u> aantal aanbieders en concentratie<br><u>Mogelijke indicator:</u> HHI's, C-ratio's                         | <u>Kenmerk:</u> samenspanning<br><u>Mogelijke indicator:</u> organisatiegraad, klachten  | <u>Kenmerk:</u> volumes, winsten, kwaliteit, innovatie<br><u>Mogelijke indicator:</u> wachtlijsten, marges, rendementen |

Tabel 13: Voorbeelden van marktkenmerken en mogelijke indicatoren

De tabel laat zien dat de monitor niet alleen indicatoren bevat die betrekking hebben op de in het consultatiedocument geïdentificeerde risico's voor de mededinging – zoals concentratie en misbruik – maar ook op andere aspecten waarvan verwacht wordt dat die als gevolg van meer marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg zullen veranderen, zoals prijzen, kwaliteit, innovatie en wachtlijsten.

Het kan voorkomen dat een bepaalde indicator op dit moment wellicht weinig informatie verschaft over mededinging, maar in de toekomst juist veel informatie kan geven. Een voorbeeld hiervan zijn excessieve prijzen als indicator voor misbruik van marktmacht. Momenteel geldt een maximum voor veel prijzen in de zorgsector, waardoor misbruik van marktmacht beperkt (maar niet uitgesloten) is. Desalniettemin is het van belang reeds bij aanvang deze indicator te volgen (i) omdat, mocht de introductie van marktwerking leiden tot significante prijsdalingen, er – ondanks het bestaan van een maximumprijs – ruimte ontstaat voor excessieve prijzen en (ii) gemeten kan worden wat het effect is van het loslaten van maximumprijzen in de toekomst (nulmeting).

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

#### 7.4 Gebruik van data en de vorm van de monitor

Ten aanzien van de informatie die nodig is om de indicatoren te kunnen meten, geldt als doelstelling dat van zo veel mogelijk van deze indicatoren (omdat de indicatoren in *onderlinge* samenhang een beeld geven van de mededinging) volledige en betrouwbare informatie beschikbaar is of komt, *onder de voorwaarde* dat de administratieve lastendruk voor de markt of de sector, en de kosten van het vergaren van informatie, geminimaliseerd zijn. Dat impliceert dat waar mogelijk gebruik gemaakt zal

<sup>97</sup> Het *structure-conduct-performance* model wordt hier niet als analysemodel gebruikt, maar als categorisering voor verschillende aspecten van mededinging waarop de te monitoren indicatoren betrekking hebben.

worden van reeds bestaande bronnen en databestanden voorzover deze voldoende betrouwbare informatie geven die actueel is en (minimaal) jaarlijks wordt geactualiseerd.

In de extramurale AWBZ-zorg is binnen CTG/ZAio en het CTZ reeds een groot deel van de benodigde data beschikbaar. Daarnaast kan er aansluiting worden gezocht bij de data van andere partijen (al dan niet beschikbaar in het publieke domein). Deze gegevens zullen in de monitor op een andere manier gebruikt worden dan tot nu toe het geval was. In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van de beschikbare informatie voor de AWBZ.

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

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

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

De indicatoren zullen zodanig gepresenteerd worden dat het traceren en herkennen van individuele aanbieders niet mogelijk is. Dit betekent dat veelal op een hoog aggregatieniveau wordt gepresenteerd. Daar waar een hoog aggregatieniveau leidt tot een wezenlijk verlies aan informatie, wordt op een lager aggregatieniveau en geanonimiseerd<sup>98</sup> gepresenteerd, zodanig dat de individuele marktpartij niet herleidbaar is. Voor het ingrijpen om de marktcondities te bevorderen, zal CTG/ZAio uiteraard wel gebruik maken van de aanbieder-specifieke data.

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

## **7.5 Aanbevelingen**

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

---

<sup>98</sup> Individuele instellingen worden altijd anoniem gemaakt, waar nodig worden ook regio's en/of functies geanonimiseerd.

*Beleidsvoornemen CTG/ZAio:*

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

*Aanbeveling aan VWS*

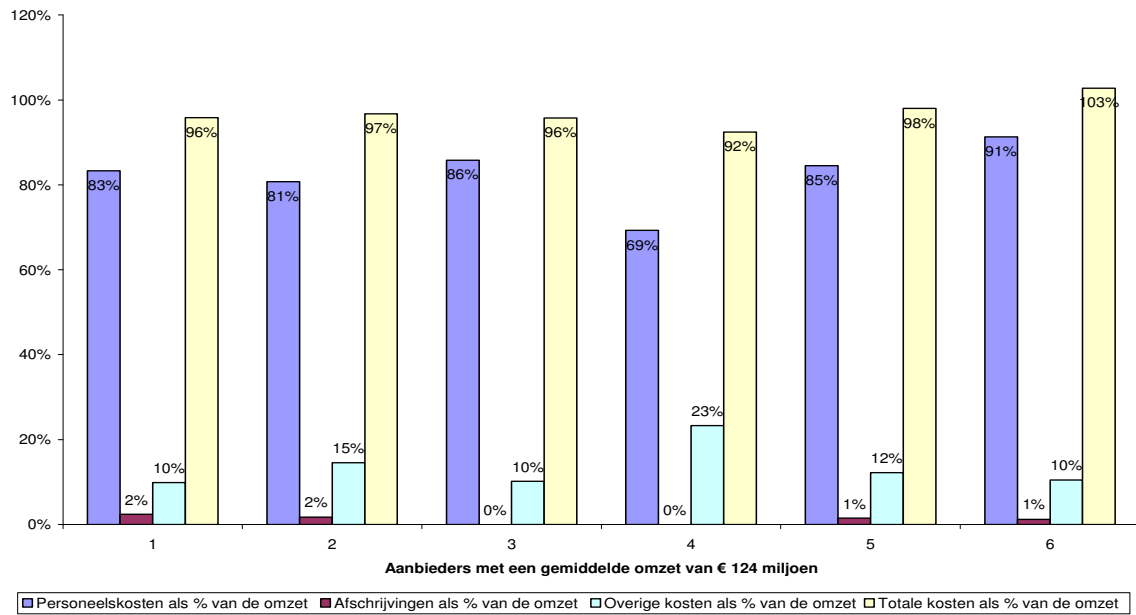
- Het toegankelijk maken van beschikbare data voor CTG/ZAio en het CTZ ten behoeve van de monitortaak (§ 7.4)



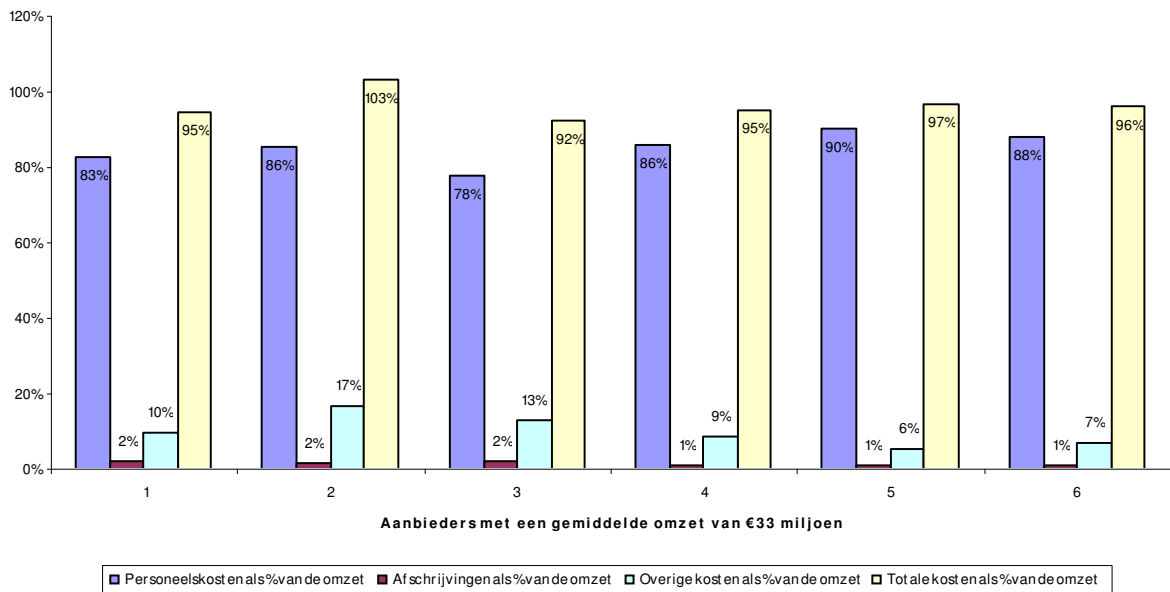
## BIJLAGE 1: LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

|          |   |
|----------|---|
| AB       | activerende begeleiding (AWBZ-functie)                        |
| AMvB     | algemene maatregel van bestuur                                |
| AWB      | Algemene Wet Bestuursrecht                                    |
| AWBZ     | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten                          |
| AZR      | AWBZ-breed zorgregistratiesysteem                             |
| BH       | behandeling (AWBZ-functie)                                    |
| CAK      | Centraal administratie kantoor                                |
| CIZ      | Centrum Indicatiestelling Zorg                                |
| CR-ratio | concentratie-ratio  |
| CTG/ZAio | College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting |
| CTZ      | College toezicht zorgverzekeringen                            |
| CVZ      | College voor zorgverzekeringen                                |
| GGZ      | geestelijke gezondheidszorg                                   |
| HHI      | Herfindahl Hirschman Index                                    |
| HV       | huishoudelijke verzorging (AWBZ-functie)                      |
| IGZ      | Inspectie voor de Gezondheidszorg                             |
| IRR      | internal rate of return                                       |
| NMa      | Nederlandse Mededingingsautoriteit                            |
| OB       | ondersteunde begeleiding (AWBZ-functie)                       |
| PGB      | persoonsgebonden budget                                       |
| PV       | persoonlijke verzorging (AWBZ-functie)                        |
| RIO      | Regionaal Indicatieorgaan                                     |
| RIOC     | Return On Invested Capital                                    |
| VB       | verblijf (AWBZ-functie)                                       |
| VP       | verpleging (AWBZ-functie)                                     |
| VWS      | Volksgesondheid, Welzijn en Sport (Ministerie)                |
| Wet HOZ  | Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg                     |
| WMO      | Wet Maatschappelijke Ondersteuning                            |
| WTG      | Wet tarieven gezondheidszorg                                  |
| WMG      | Wet marktordening gezondheidszorg                             |
| WVG      | Wet Voorzieningen Gehandicapten                               |
| WZV      | Wet Ziekenhuisvoorzieningen                                   |
| ZBO      | zelfstandig bestuursorgaan                                    |
| Zfw      | Ziekenfondswet  |
| ZVW      | Zorgverzekeringswet   |

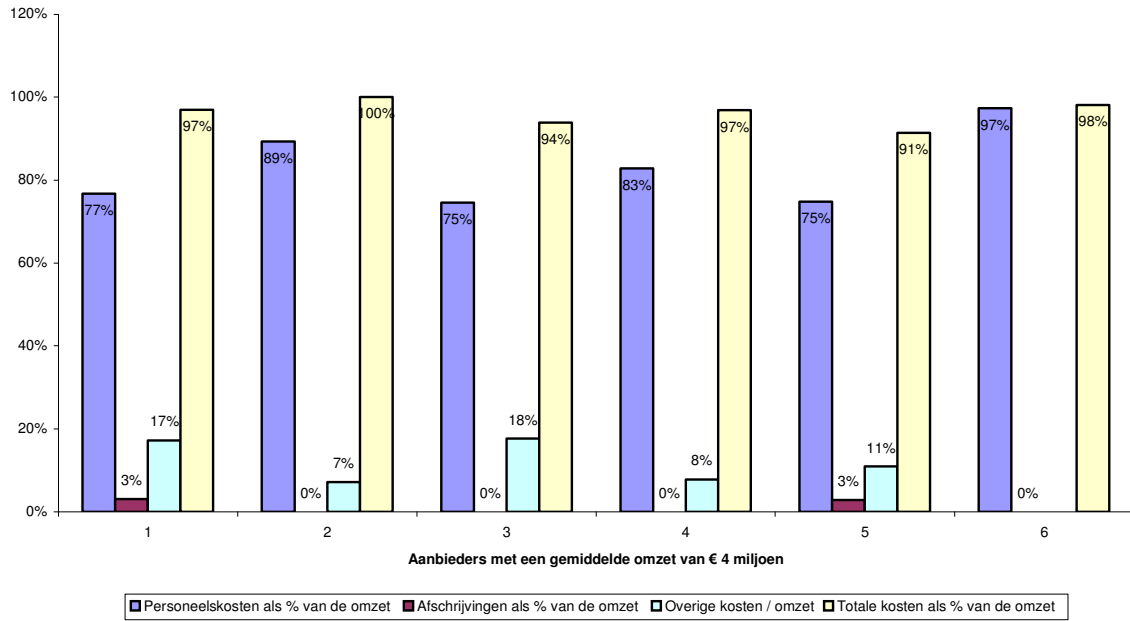
## BIJLAGE 2: KOSTENSTRUCTUUR THUISZORGAANBIEDERS



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



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



Figuur 8: Kostenstructuur steekproef kleine aanbieders: personeelskosten, afschrijvingskosten en totale kosten als % van de omzet

### BIJLAGE 3: OVERZICHT VAN AANWEZIGE DATABRONNEN

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

Tabel 14: Beschikbare databronnen binnen de AWBZ