



Nederlandse
Zorgautoriteit

Visiedocument
**Theoretisch kader
liberalisering vrije
beroepen in de zorg**

Inhoud

Voorwoord	5
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doelstelling rapport	8
1.3 Opbouw Visiedocument	10
2. Liberalisering van markten	11
2.1 Scope visiedocument	11
2.2 De weg naar meer marktwerking en de wettelijke context	14
2.3 Rol Nederlandse Zorgautoriteit bij liberalisering	14
3. Meetlat publieke belangen en belang van de consument	17
3.1 De factoren	17
3.1.1 Transparantie markt	18
3.1.2 Markttoegang	20
3.1.3 Marktgedrag spelers	24
3.1.4 Externe effecten	27
3.2 Beoordeling factoren	30
4. De meetlat in de praktijk	33
Bijlage A	

Voorwoord

Per 1 oktober 2006 is de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) van start gegaan. Het accent in het werk van de NZa verschuift daardoor meer van het vaststellen van budgetten, tarieven en de uitvoering van verzekeringswetten naar het proactief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

Dit rapport is een goed voorbeeld van de nieuwe werkzaamheden van de NZa. Na de ervaringen die met het experiment fysiotherapie zijn opgedaan wil de NZa bekijken of de huidige regulering voor de andere vrije beroepen nog wel het beste marktmodel vormen en of liberalisering tot een betere uitkomst voor de consumenten kan leiden. Het rapport presenteert een meetlat die de NZa zal gebruiken bij haar adviezen aan de Minister van VWS om te bezien of een markt geliberaliseerd kan worden. De meetlat is specifiek ontwikkeld voor de vrije beroepen. Een toetsing van de in de meetlat opgenomen factoren voor een specifieke beroepsgroep geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen geborgd zijn in een geliberaliseerde markt en of de markt kan worden vrijgegeven of niet. Met dit rapport wil de NZa transparant zijn over de manier hoe zij tot haar adviezen komt en over welke factoren zij in haar analyse betreft. Het is vervolgens aan de Minister om te besluiten of een markt al dan niet wordt geliberaliseerd.

Het visiedocument dat voor u ligt is het resultaat van literatuuronderzoek en een intensieve consultatie die de NZa heeft uitgevoerd in het laatste kwartaal van 2006. Startpunt van de consultatie was het consultatiedocument "theoretisch kader liberalisering vrije beroepen". In dit document werd de meetlat gepresenteerd. Vervolgens is aan overheidsinstellingen, brancheorganisaties, wetenschappelijke organisaties en onafhankelijke wetenschappers gevraagd om op het document te reageren. Partijen hebben tenslotte de gelegenheid gekregen om hun schriftelijke reactie tijdens een consultatiebijeenkomst mondeling toe te lichten.

Op het consultatiedocument zijn achttien reacties binnengekomen. Aan de consultatiebijeenkomst hebben achttien personen namens dertien verschillende organisaties deelgenomen. Op hoofdlijnen kunnen de meeste partijen zich vinden in de in het consultatiedocument opgenomen factoren. Ook achten zij het positief dat er een verder vervolg aan de liberalisering van de vrije beroepen wordt gegeven. Wel hadden zij een aantal nuanceringen en opmerkingen bij de factoren. De reacties hebben tot aanpassingen geleid ten opzichte van het consultatiedocument. Zo zijn de politiek bestuurlijke factoren weggehaald uit de meetlat. De wegingsystematiek van de factoren is nader geëxpliciteerd. Daarnaast is er meer aandacht voor de zorgverzekerings- en zorgverleningsmarkt in het document. Tenslotte is de analyse minder theoretisch van aard.

De NZa heeft het consultatieproces dat ten grondslag ligt aan dit visiedocument als constructief en bevredigend ervaren. Veel dank is verschuldigd aan de partijen die schriftelijk of mondeling hebben gereageerd.

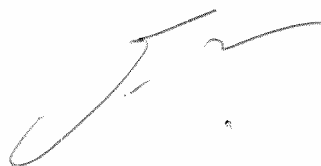
Een logische volgende stap is de invulling van de meetlat voor alle vrije beroepen. In dit rapport heeft de NZa hiervoor een eerste stap gezet in een zogenaamde quickscan. Deze quickscan is bedoeld om een prioritering op te stellen in de volgorde waarin de verschillende

beroepsgroepen nader worden onderzocht. Het geeft dus geen oordeel of een markt kan worden vrijgegeven of niet. Het betreft niet meer dan een eerste analyse die de mogelijkheden voor liberalisering in kaart brengt. In aparte consultatiedocumenten zal voor elke beroepsgroep vervolgens nader onderzocht worden of de condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn. Bij deze consultatiedocumenten zal de sector intensief betrokken worden. Dit rapport presenteert ook de agenda die aangeeft naar welke beroepsgroepen de NZa in 2007 onderzoek gaat doen. De eerste visiedocumenten zullen naar verwachting in de zomer van 2007 worden opgeleverd.

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit



drs. A.L.M. Barendregt
portefeuillehouder aanbieders Cure



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De start van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) vraagt om een ander profiel van de organisatie en een andere relatie met de marktpartijen en het ministerie van VWS. Van de NZa wordt verwacht en verlangd dat zij gevraagd en ongevraagd adviseert over de ordening van zorgmarkten. Dit sluit aan bij de missie van de NZa, die is gericht op het maken en bewaken van goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal. Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit daarvan moeten worden gewaarborgd. Het introduceren van prikkels in de zorgsector moet ervoor zorgen dat de consument zijn zorg tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding kan inkopen. Hiertoe moeten verzekeraars op prijs, service en kwaliteit gaan concurreren. Zorgaanbieders moeten op hun beurt meer worden geprikkeld om kwalitatief goede en doelmatige zorg te leveren.

Dit geldt voor de hele zorgsector. De scope van dit document beperkt zich tot de aanbieders die tot de vrije beroepen behoren. In de ziekenhuiszorg en langdurige zorg is sprake van afzonderlijke trajecten om te kijken op welke manier de zorg het beste kan worden georganiseerd. Voor de vrije beroepen wil de NZa bekijken of de huidige regulering wel het beste marktontwerp is en of liberalisering tot een beter consumentenresultaat kan leiden. Na de ervaringen die met het experiment met fysiotherapie zijn opgedaan, is het nu tijd om te kijken welke andere beroepsgroepen ook voor liberalisering in aanmerking komen.

De kern van liberalisering van markten is dat prijsregulering in sectoren wellicht niet nodig en niet wenselijk is. Als marktspelers in staat zijn om de rol die hun is toegedicht te spelen, dan kan overheidsregulering alleen maar verstorend werken. Het past binnen de nieuwe rol van de NZa om de juiste voorwaarden voor goed functionerende markten te scheppen. Indien marktpartijen echter in staat zijn om de markt te vormen, is regulering niet meer nodig.

Op dit moment gelden er voor de meeste vrije beroepsgroepen maximumprijzen. De vraag kan daarom gesteld worden waarom de NZa verwacht dat de markt beter gaat functioneren als het maximum op de prijs wordt losgelaten. De verzekeraars lijken nu immers ook al de ruimte te hebben om eventuele efficiëntiewinsten af te dwingen en aanbieders tot betere kwaliteitsprestaties te stimuleren. Het loslaten van de prijzen zou daarom alleen tot hogere prijzen kunnen leiden. Hogere prijzen kunnen echter lokale schaarste opheffen en (eventueel achterstallige) investeringen uitlokken. Hiermee kunnen de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg verbeteren.

Capaciteitsuitbreidingen kunnen daarnaast ook de betaalbaarheid van de zorg ten goede komen. Daarnaast motiveert het loslaten van de prijzen partijen om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen en meer vraaggericht te werken. Ook geeft het een prikkel om de transparantie in de markt te vergroten, waardoor de concurrentiedruk kan toenemen en aanbieders zich meer op de output (geleverde prestaties) in plaats van op de input (kosten) zullen richten.

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

1.2 Doelstelling rapport

Aan de hand van dit visiedocument wil de NZa op een transparante manier aangeven welke factoren zij betreft bij haar advisering om een markt al dan niet te liberaliseren. Onder liberalisering verstaat de NZa in dit document de introductie van vrije prijsvorming. Bij de introductie van vrije prijsvorming gaat het hier niet uitsluitend om een nieuw financieringssysteem, maar ook om de mogelijkheden die vrije prijsvorming biedt voor verzekeraars en aanbieders om bijvoorbeeld nieuwe producten of technieken te ontwikkelen die beter aansluiten op de vraag van de consument (denk aan ruimere openingstijden) en ondernemerschap te belonen¹.

Theoretisch kader

Om te beoordelen of een markt voor liberalisering in aanmerking komt heeft de NZa een theoretisch kader ontwikkeld. Hierbij is het consumentenperspectief leidend geweest. Het kader schetst de randvoorwaarden waaraan een markt moet voldoen om ervoor te zorgen dat de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg en daarmee de consumentenbelangen geborgd zijn en de juiste prikkels voor partijen aanwezig zijn om in deze publieke belangen te investeren.

Meetlat

De randvoorwaarden in het theoretisch kader zijn opgenomen in een meetlat. Deze meetlat bevat alle factoren die de NZa betreft bij haar advisering om een markt vrij te geven. Op basis van de concrete uitkomst van de invulling van de meetlat voor een beroepsgroep zal de NZa de minister adviseren om een markt vrij te geven of niet. De factoren die in de meetlat zijn opgenomen zijn vooral economisch van aard. Zij beantwoorden vooral de vraag welke condities in markten aanwezig moeten zijn voordat daar effectieve marktwerking mogelijk is. De factoren vormen samen zeven punten die de NZa bij haar advies om een markt te liberaliseren voor elke specifieke markt kan doorlopen.

De meetlat maakt een onderscheid tussen harde en zachte criteria. Aan harde criteria zal meer gewicht worden toegekend dan aan zachte criteria. Het onderscheid tussen hard en zacht berust niet op het feit dat een zacht criterium minder essentieel is voor een goed werkende markt dan een hard criterium. Het draait om de rol die de markt en de overheid kunnen spelen bij het oplossen van eventuele risico's voor marktwerking. Bij een zacht criterium kan het ontbreken van de juiste initiële condities worden opgelost door de markt zelf of door corrigerend optreden van de NZa. Bij een hard criterium is dat niet het geval.

¹ Naast vrije prijsvorming is het ook mogelijk om bij het vrijgeven van een markt te kiezen voor bijvoorbeeld maatstafconcurrentie. De prijzen worden dan gereguleerd op basis van een onderlinge vergelijking van aanbieders. Deze marktordeningsvormen vallen buiten de beschouwing van dit rapport.

De meetlat is geen optelsom van plussen en minnen. Er zal in een markt altijd sprake zijn van specifieke omstandigheden, waardoor een bepaalde factor in die markt zwaarder weegt dan in een andere. Bij haar advies om een specifieke markt te liberaliseren zal de NZa daarom zorgvuldig beargumenteren hoe zij tot haar advies komt en hoe zij de verschillende factoren die in de meetlat zijn opgenomen heeft gewogen.

Dit visiedocument is gebaseerd op literatuuronderzoek, een consultatieronde en een consultatiebijeenkomst.

Voor de consultatie van partijen heeft de NZa eind september 2006 het 'Consultatiedocument theoretisch kader liberalisering vrije beroepen' gepubliceerd. Overheidsinstellingen, brancheorganisaties, wetenschappelijke organisaties en onafhankelijke wetenschappers is gevraagd om vanuit hun kennis en deskundigheid op dit document te reageren. Eind november 2006 hebben zij tijdens een consultatiebijeenkomst de gelegenheid gekregen om hun schriftelijke reactie toe te lichten.

Op het consultatiedocument zijn achttien reacties binnengekomen. Deze reacties zijn te vinden op www.nza.nl. Aan de consultatiebijeenkomst hebben achttien personen namens dertien verschillende organisaties deelgenomen. In de consultatie is gevraagd of de NZa het juiste theoretisch kader gebruikt bij haar advisering om een markt al dan niet vrij te geven. Een verslag van de bijeenkomst is te vinden op www.nza.nl. Op hoofdlijnen kunnen de meeste partijen die op het consultatiedocument gereageerd hebben zich vinden in de factoren die zijn opgenomen in de meetlat. Ook spraken de partijen hun waardering uit voor de transparantie die de NZa betracht ten aanzien van de factoren die zij bij haar advies om een markt vrij te geven betreft. Daarnaast is een meerderheid blij dat er aan de liberalisering van de vrije beroepen een nader vervolg wordt gegeven.

De reacties op het consultatiedocument hebben onder andere tot de volgende aanpassingen geleid. Ten eerste zijn in de factoren die in de meetlat staan opgenomen belangrijke nuanceringen aangebracht en is de meetlat aangepast. De politiek bestuurlijke factoren zijn uit de meetlat weggehaald. Ten tweede is de wegingsystematiek nader geëxpliciteerd. In het visiedocument staat nu duidelijker aangegeven welke factoren in de meetlat als harde criteria gelden en welke als zachte. Ten derde is er in het document meer aandacht besteed voor de zorgverzekerings- en zorgverleningsmarkt. Ten vierde is de analyse minder theoretisch van aard geworden.

Het resultaat is dit Visiedocument theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg. De NZa probeert met dit document in de richting van de marktpartijen duidelijkheid te scheppen over het theoretische kader dat zij zal gebruiken om adviezen over liberalisering aan de minister te onderbouwen. Er kunnen geen rechten aan dit document ontleend worden.

De NZa staat bij haar advisering over het vrijgeven van markten een programmatische en consistente manier van aanpak voor. Daartoe past zij de meetlat toe op de verschillende beroepsgroepen binnen de vrije beroepen. Voor markten die zich lenen voor liberalisering zal de NZa vervolgens in de richting van de minister van VWS een advies uitbrengen om in deze markten vrije prijsvorming te introduceren. Het is uiteindelijk aan de minister om hierover een besluit te nemen.

De NZa wil een transparante toezichthouder zijn. Die transparantie moet zich uiten in de manier waarop naar de markt wordt gekeken. Datzelfde

geldt voor de manier waarop de NZa tot oordelen komt en wat marktspelers en consumenten mogen verwachten. Via dit visiedocument probeert zij hier invulling aan te geven. Partijen hebben dan inzicht in de manier waarop de NZa tot haar advies komt om een markt vrij te geven. Dit is voor hen van belang om gefundeerde beslissingen te nemen over investeringen en marktactiviteiten. Voor de toepassing van instrumenten en bevoegdheden stelt de NZa visiedocumenten en beleidsregels op. Dat bevordert de reguleringszekerheid en daarmee de consistentie in optreden ook over markten heen, bijvoorbeeld in de cure- en care-markten.

1.3 Opbouw Visiedocument

Dit visiedocument is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 schetst de scope van de markten waarop het document zich richt, de wettelijke context van marktwerking in de zorg en de rol van de NZa bij de liberalisering van markten. Hoofdstuk 3 behandelt de specifieke factoren die in de meetlat staan opgenomen en presenteert een zeven-puntenlijst die de NZa zal gebruiken bij haar advies om een markt te liberaliseren. Voor elk van de factoren die in de meetlat zijn opgenomen wordt beschreven in hoeverre de specifieke factoren zorgen voor de borging van elk van de publieke belangen of een mix daarvan. Hoofdstuk 4 gaat in op de toepassing van de meetlat in de praktijk. In bijlage A wordt de meetlat ingevuld voor de meeste vrije beroepen door middel van een quickscan.

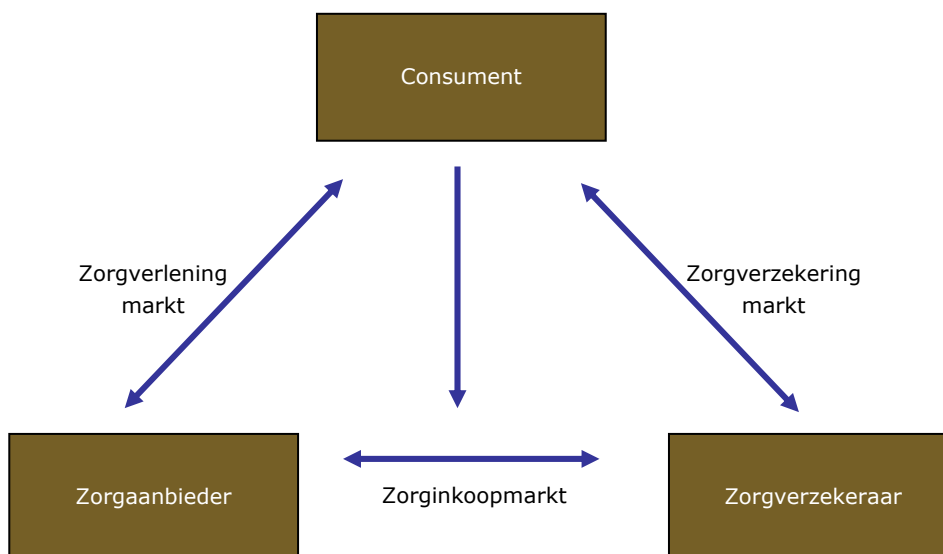
2. Liberalisering van markten

Dit hoofdstuk beschrijft kort de scope van dit visiedocument, de wettelijke context van marktwerking in de zorg en de rol van de NZa bij de liberalisering van markten.

2.1 Scope visiedocument

De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten (zie figuur 2.1). Dit zijn de zorgverlenings-, de zorginkoop- en de zorgverzekeringsmarkt. De factoren die in de meetlat zijn opgenomen richten zich vooral op de condities die voor marktwerking aanwezig moeten zijn in de inkoopmarkt en de verzekeringsmarkt. Voor de verstrekkingen die onder de basisverzekering of de aanvullende verzekering vallen geldt immers dat het vooral de verzekeraars zijn die de zorg bij de aanbieders inkopen. De consumenten kunnen vervolgens besluiten of zij tevreden zijn over het inkoopbeleid van de verzekeraar. Indien dit niet het geval is, dan kunnen zij van verzekeraar veranderen. Voor een aantal markten geldt echter dat er geen sprake is van een aparte zorginkoopmarkt. De inkoop vindt plaats op de zorgverleningsmarkt. Op deze markten speelt de verzekeraar geen rol. Dit geldt bijvoorbeeld voor de markt van tandartsenzorg en meer in zijn algemeenheid voor die markten waar de verstrekkingen geheel niet of slechts gedeeltelijk binnen het basispakket of de aanvullende verzekering vallen. Op deze markten is vooral een rol weggelegd voor de consument om als kritische inkoper op te treden. Waar het onderscheid tussen de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt van belang is, zal dit visiedocument hier aandacht aan besteden.

Figuur 2.1: Markten in de gezondheidszorg



In dit document staat de liberalisering van de vrije beroepsbeoefenaren

in de zorg centraal. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de beroepsgroepen die tot de vrije beroepsbeoefenaren worden gerekend en die onder de reikwijdte van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vallen^{2 3}.

Uitgangspunt marktafbakening

De diensten die door een specifieke beroepsgroep worden aangeboden kunnen overlap vertonen met de diensten van andere beroepsgroepen. Dit geldt zowel voor beroepsgroepen die binnen de eerste lijn opereren als voor beroepsgroepen in de tweede lijn. In de eerste lijn kunnen prestaties die bijvoorbeeld orthodontisten aanbieden gedeeltelijk ook geleverd worden door tandartsen, of andersom. Fysiotherapie kan zowel door extramurale fysiotherapeuten (eerste lijn) geleverd worden als door fysiotherapeuten die in een ziekenhuis werken (tweede lijn). De diensten van een bepaalde groep aanbieders hoeven om die reden geen afgebakende markt⁴ te vormen. Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven zal de NZa voor het bepalen van de relevante markt⁵ daarom de prestatie of een functionele omschrijving⁶ als uitgangspunt nemen. Hiermee wordt de juiste productmarkt gekozen en de intensiteit van concurrentie tussen aanbieders geoptimaliseerd. Ook voorkomt de NZa hiermee dat er een ongelijk speelveld ontstaat tussen aanbieders die dezelfde producten of nauwe substituten aanbieden. Op deze manier gaat zij ongewenste concurrentieverhoudingen tegen.

Bij het vaststellen van een prestatie of functionele omschrijving dienen de volgende uitgangspunten in acht te worden genomen. De prestaties of functionele omschrijvingen moeten overzichtelijk zijn, samenwerkingsverbanden (ketenbenadering) niet negatief beïnvloeden en initiatieven van marktpartijen om tot kwaliteits- of kostenverbeteringen te komen niet in de weg staan. Daarnaast dient de kwaliteit van de verschillende beroepsgroepen die onder een prestatie vallen geborgd en vergelijkbaar te zijn⁷. Ook zal de NZa rekening houden met ongewenste effecten die kunnen optreden als een prestatie wordt vrijgegeven in zowel de eerste als de tweede lijn. De poortwachtersfunctie moet in deze zin niet in gevaar komen. De uiteindelijke prestaties of functionele omschrijvingen zal de NZa in overleg met marktpartijen vaststellen.

² Beroepsbeoefenaren die niet onder deze reikwijdte vallen zijn: ergotherapeuten, podotherapeuten, huidtherapeuten, optometristen, orthoptisten, eerstelijnspsychologen, radiodiagnostisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg. Redenen om sommige van deze beroepsgroepen die na 1982 ontstaan zijn niet onder de werkingsfeer van de WTG te brengen waren dat de beroepsgroep klein in getal was, het om een beperkte markt ging en de verstrekking niet onder een sociale ziektekostenverzekering valt. Voor elke beroepsgroep gelden in het algemeen echter specifieke afwegingsredenen.

³ Beroepsgroepen zoals gezondheidscentra, huisartsenposten en tandcentra voor bijzondere tandheelkunde worden niet afzonderlijk genoemd. Bij het vrijgeven van eventuele prestaties zullen deze beroepsgroepen mee worden genomen bij de afbakening van de markt.

⁴ Het begrip 'markt' wordt in dit document niet in mededingingsrechtelijke zin gebruikt. Er is dus geen sprake van een mededingingsrechtelijk afgebakende markt.

⁵ De relevante markt is het gebied waarbinnen de concurrentie tussen aanbieders van gelijkwaardige producten plaatsvindt. Op basis van deze definitie moet elke markt worden opgesplitst in een relevante geografische markt en een relevante productmarkt. 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

⁶ Bij de functionele omschrijving staat de geleverde zorg ofwel de functie centraal, en niet de beroepsgroep die de zorg levert. Meerdere beroepsgroepen kunnen dus de betreffende zorg leveren.

⁷ Het is bijvoorbeeld niet de bedoeling dat de prestatie zo breed wordt omschreven dat ook beroepsbeoefenaren die niet gediplomeerd zijn de markt kunnen betreden. Hierdoor kunnen mogelijk wel de gewenste concurrentieverhoudingen ontstaan, maar dit zal tot ongewenste resultaten (weglekeffecten) op het gebied van kwaliteit leiden.

Als de NZa de prestaties van een beroepsgroep gedeeltelijk vrijgeeft en de rest van de prestaties gereguleerd blijft, bestaat de kans dat eventuele verliezen in het vrije gedeelte kunnen worden goedge maakt via het vaste segment. Als partijen zogeheten rooftprijzen hanteren, dat wil zeggen prijzen die lager zijn dan de gemiddelde variabele kosten, dan zal de NZa ingrijpen.

Tabel 2.1: Overzicht vrije beroepsbeoefenaren

Beroepsgroep	Werkzaam in
Apotheekhoudende huisartsen	1e lijn
Apothekers	1e lijn
Diëtisten	1e lijn
Eerstelijns psychologen ^a	1e lijn
Fysiotherapeuten ^b	1e lijn
Huisartsen	1e lijn
Kaakchirurgen	2e lijn
Logopedisten	1e lijn
Oefentherapeuten C/M	1e lijn
Orthodontisten	2e lijn
Mondhygiënisten ^c	1e lijn
Psychiaters	1e lijn, 2e lijn, 3e lijn
Psychotherapeuten ^d	1e lijn, 2e lijn, 3e lijn
Tandartsen (algemeen practici)	1e lijn
Tandprothetici ^e	1e lijn
Tandtechniekers ^e	1e lijn
Verloskundigen	1e lijn, 2e lijn, 3e lijn

^a De eerstelijnspsychologen zullen door de overheveling van de kortdurende GGZ naar de Zvw, met betrekking tot de tariefregulering per 1 januari 2008 onder de Wmg vallen.

^b Voor de vrijgevestigde fysiotherapie is op 1 februari 2005 een experiment met vrije prijzen van start gegaan. Dit experiment zou oorspronkelijk twee jaar duren. Het kabinet is onlangs akkoord gegaan met een verlenging van het experiment tot 31 december 2007.

^c De vrijgevestigde mondhygiënisten vallen per 1 oktober 2006 onder de beleidsregel voor zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals tandartsen die bieden. In 2007 zal de NZa een wijziging van de tariefstructuur voor mondzorg per 1 januari 2008 voorbereiden.

^d Per 1 februari 2005 vallen de vrijgevestigde psychotherapeuten onder de WTG voor wat betreft de prestatiebeschrijvingen en de declaratie- en administratievoorschriften. De tarieven zijn nooit onder de WTG gebracht. Wel was tot 2004 het budget (dus de prijs vermenigvuldigd met de hoeveelheid) gemaximeerd. Per 1 januari 2004 is het budget losgelaten.

^e De tandprothetici en tandtechniekers vallen per 1 oktober 2006 onder de Wmg.

De medisch specialisten zijn niet in de tabel opgenomen. Bij de afbakening van de markt zal de NZa de medisch specialisten wel expliciet betrekken.

In tegenspraak met het uitgangspunt om bij het bepalen van de relevante markt de prestatie of functionele omschrijving te gebruiken, zal in dit visiedocument wanneer er sprake is van een markt nog steeds de beroepsgroep als uitgangspunt worden genomen. Bij de individuele

consultatiedocumenten vormt de prestatie of functionele omschrijving het uitgangspunt.

2.2 De weg naar meer marktwerking en de wettelijke context

De afgelopen 30 jaar kenmerkte het Nederlandse zorgstelsel zich door een grote mate van centrale aanbodsturing door de overheid. Door middel van budgettering van de zorg, directe ingrepen in prijzen, volumes en capaciteit stuurde zij aan op beheersing van de kosten. Hoewel de Nederlandse zorg internationaal goed presteerde heeft centrale aanbodsturing als nadeel dat aanbieders en verzekeraars minder worden geprikkeld om efficiënt te opereren. Bovendien kon het lange wachtlijsten niet voorkomen.

Belangrijke verbeteringen waren daarom nodig en mogelijk. Door partijen meer handelingsvrijheid te geven en waar mogelijk de centrale aanbodsturing te vervangen door een systeem dat meer ruimte geeft aan eigen initiatief en verantwoordelijkheid, is het mogelijk de consumentenbelangen beter te borgen. Het nieuwe zorgstelsel zet in op een model dat via prikkels aan individuele marktpartijen effectief stuurt op efficiëntie in de zorg en borging van het consumentenbelang. Het verplicht opereren op een markt biedt die stimulans. Tegelijkertijd moeten de publieke belangen, de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid geborgd te blijven. Gereguleerde marktwerking is dan ook het nieuwe sturingsconcept voor de zorg.

Doordat verzekeraars en aanbieders met elkaar concurreren om de gunst van de klant, ontstaan er prikkels om de zorg op een meer doelmatige, resultaatgerichte, innovatieve en klantgerichte manier te leveren. Vraagsturing staat hiermee centraal in het nieuwe stelsel. Het resultaat is dat de verzekerde meer keuzevrijheid en kwaliteit voor zijn geld krijgt. Voor de samenleving als geheel hebben efficiënt werkende markten een dempend effect op de totale kosten in de zorg en daarmee op de betaalbaarheid van de zorg.

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) voorziet in spelregels, het bijhorend toezicht en de oprichting van de NZa om de overstap naar meer marktwerking veilig te maken. Binnen het wetsvoorstel Wmg heeft de NZa de mogelijkheid om bij de totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg en tarieven en de voorwaarden die in die overeenkomsten zijn opgenomen (artikel 45 Wmg) aan partijen generieke voorwaarden te stellen. Verder bieden de artikelen 47-49 Wmg de NZa de mogelijkheid om individuele partijen met een Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) preventief verplichtingen op te leggen. Daarnaast biedt artikel 38 Wmg de mogelijkheid zorgaanbieders te verplichten om informatie over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken, en wel op een zodanige manier dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Met dit artikel kan de NZa de transparantie in de markt vergroten.

2.3 Rol Nederlandse Zorgautoriteit bij liberalisering

Binnen het zorgstelsel bepaalt de minister van VWS of markten geheel of gedeeltelijk vrijgelaten kunnen worden voor concurrentie. De NZa vervult hierbij een belangrijke adviesrol: waar is regulering van de zorgsector noodzakelijk en waar kunnen markten worden vrijgegeven om op die

manier tot meer efficiënte zorgverlening en betere behartiging van het consumentenbelang te komen?

Nu in de vorm van een experiment met de fysiotherapeuten de eerste ervaringen met vrije prijsvorming bij de vrije beroepsbeoefenaren zijn opgedaan, is het tijd om na te denken over vervolgstappen. In onderstaande kadertekst worden kort de ervaringen na twee jaar vrije prijsvorming in de markt voor fysiotherapie beschreven⁸. De NZa zal een pro-actief programma ontwikkelen voor de liberalisering van de deelmarkten waarin (para-)medische vrije beroepsbeoefenaren opereren. Het vrijgeven van prijzen in voorheen gereguleerde markten is hierbij geen doel op zich, maar een middel om kwalitatief goede zorg tegen efficiënte kosten te realiseren.

Paradigmaverandering

Met het vrijgeven van markten wordt voor een hele andere ordening van de markten gekozen dan de huidige regulering van vrije beroepen. Ten opzichte van de huidige regulering en beleidsregels voor de beroepsgroepen is er in die zin sprake van een paradigmaverschuiving naar meer eigen verantwoordelijkheid en initiatief. Hiermee wordt de status-quo van de huidige bekostiging van deze beroepsgroepen doorbroken en meer dynamiek in de markt geïntroduceerd. Het vrijgeven van prijzen in een voorheen gereguleerde markt is een ingrijpende gebeurtenis. Partijen kunnen moeite hebben om aan hun nieuwe rol te wennen. De spelers op de markt hebben dan ook tijd nodig om zich over de nieuwe spelregels op de markt te informeren. Er is een taak voor de NZa weggelegd om partijen in dit verband te informeren voordat de prijzen in een markt worden vrijgegeven.

Visie NZa op liberalisering

Daar waar de liberalisering van markten kan bijdragen aan verbetering van de efficiëntie in de zorg en van de behartiging van de consumentenbelangen is de NZa een voorstander van vrije prijsvorming. Volgens haar is liberalisering niet aan de orde indien dit zou leiden tot slechtere uitkomsten in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. In dat geval blijft regulering van de tarieven noodzakelijk en gewenst.

De NZa zal overigens op korte termijn geen liberaliseringsadvies voor markten afgeven waar nu andere reguleringsexperimenten gaande zijn, zoals de ontwikkeling van een DBC-systematiek (bijvoorbeeld bij de psychiaters, de eerstelijnspsychologen en de psychotherapeuten) of een bekostigingssystematiek (apothekhouders). Deze markten gelden als uitzonderingsgevallen.

Het volgende hoofdstuk gaat uitgebreid in op de factoren die de NZa gebruikt bij haar advies om een markt vrij te geven. Deze factoren zijn in een meetlat opgenomen.

Ervaringen fysiotherapie met vrije prijsvorming

Op de markt voor fysiotherapie is op 1 februari 2005 een experiment gestart met vrije prijsvorming. Fysiotherapeuten en verzekeraars mogen vanaf dat moment zelf afspraken maken over de prijs van het geleverde product. Daarnaast stond het hen al vrij om afspraken te maken over de kwaliteit, het volume en de investeringen en was er sprake van contracteervrijheid voor verzekeraars. Een belangrijke reden om het experiment in de fysiotherapie-sector te beginnen was de aanwezigheid

⁸ Zie ook monitor fysiotherapie 2006 op www.nza.nl

van voldoende aanbieders op de markt.

Doelstelling van het experiment is om inzicht te krijgen in de gevolgen van vrije tariefvorming voor de doelmatigheid, de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Daarnaast moet het experiment bijdragen aan nieuwe perspectieven voor fysiotherapeuten in de vorm van innovatie, variatie in het aanbod en ondernemerschap zoals verwoord in de motie-Schippers.

In de monitor fysiotherapie 2006 is een evaluatie van het experiment opgenomen. Dit zijn de belangrijkste resultaten van het experiment:

- De introductie van marktwerking heeft nog niet aanwijsbare positieve invloeden gehad op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De publieke belangen zijn echter ook niet in het geding gekomen.
 - De kwaliteit van de zorg is geborgd doordat er in de contracten minimumkwaliteitseisen zijn opgenomen.
 - De toegankelijkheid is geborgd doordat verzekeraars ruim contracteren en er geen wachtlijsten voor fysiotherapeuten zijn.
 - De betaalbaarheid is geborgd doordat de meeste patiënten aanvullend verzekerd zijn voor fysiotherapie. Wel zijn in twee jaar de reële prijzen voor een reguliere zitting met 16 procent gestegen. Deze prijsstijging wordt door de marktpartijen echter verklaard door het feit dat het tarief in het verleden te laag was en het volgens hen nodig was om dit tarief naar een redelijker niveau te verhogen. Het is niet bekend op welke manier deze verhoging is doorgerekend in de polissen.
- Er is een voorzichtig begin gemaakt met het contracteren van nieuwe producten en zorgprogramma's door verzekeraars. Hierdoor worden de innovatiemogelijkheden voor fysiotherapeuten vergroot. Daarnaast nemen de variatie in het aanbod en de mogelijkheid om te ondernemen toe.
- De markt voor fysiotherapie is nog niet transparant. Dit geldt zowel voor de kwaliteit van de verleende zorg, als voor de prijs die fysiotherapeuten in rekening brengen naar klanten die niet verzekerd zijn of een andere verzekeraar hebben dan die waarmee de fysiotherapeut zijn contract heeft gesloten.
- Door de introductie van marktwerking is er meer dynamiek op de markt ontstaan. De meeste verzekeraars bieden een menu van tarieven aan. Fysiotherapeuten kunnen daardoor uit verschillende tarieven kiezen. Doordat de tariefopslag is gekoppeld aan eisen op het gebied van doelmatigheid, kwaliteit en transparantie zijn er prikkels voor fysiotherapeuten om hierin te investeren. Verzekeraars experimenteren daarnaast met voorkeursaanbieders.

De minister heeft het tweejarige experiment met een jaar verlengd. Dit is in overeenstemming met het advies van de NZa, toen nog CTG/ZAio (College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting), in de monitor fysiotherapie 2006. De reden is dat de markt op een aantal terreinen nog niet goed genoeg functioneert om tot volledig vrije prijsvorming over te gaan. Het jaar verlenging geeft de partijen de gelegenheid om de transparantie op het gebied van de kwaliteit en de prijs te verbeteren. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om beter inzicht te krijgen in de werking van de markt op het gebied van de prijsontwikkeling. Als op deze punten verbetering optreedt, kan naar de mening van de NZa de markt voor fysiotherapie worden vrijgegeven.

3. Meetlat publieke belangen en belang van de consument

Bij de advisering door de NZa of een markt in aanmerking komt voor vrije prijsvorming staan de publieke belangen en meer in zijn algemeenheid het consumentenbelang centraal. Aan welke voorwaarden moet een markt voldoen om ervoor te zorgen dat de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg geborgd zijn en dat de juiste prikkels voor partijen aanwezig zijn om in deze publieke belangen te investeren?

Het raamwerk dat de NZa zal gebruiken om al deze aspecten in onderlinge samenhang te beoordelen is ontleend aan de contracttheorie⁹¹⁰. De kernvraag in deze theorie is aan welke voorwaarden het ontwerp van een optimaal contract moet voldoen en welke aspecten bij deze optimale vormgeving een rol spelen. De drie uitgangsprincipes daarbij zijn: optimale coördinatie, motivatie en transactiekosten. Vertaald naar de liberalisering van markten gaat het erom of door het invoeren van vrije prijzen de consument (nog steeds) de juiste zorg op de juiste plaats en van de meest efficiënte aanbieder zal krijgen, zonder dat de totale administratieve lasten toenemen. Hierbij is het van belang dat marktprikkels zodanig zijn dat alle spelers op de markt gemotiveerd zijn om in het belang van de consument op te treden. Zij moeten dus die beslissingen nemen die in het voordeel van de consument uitwerken.

In dit hoofdstuk worden deze drie principes uitgewerkt en geconcretiseerd, om uiteindelijk tot de factoren te komen die in de meetlat in tabel 3.1 zijn opgenomen. Deze factoren betreft de NZa dus bij haar advies om een markt te liberaliseren of niet. Indien de invulling van deze factoren een goede uitkomst laten zien voor een markt, dan betekent dit dat de publieke belangen zijn geborgd en leidt liberalisering tot een verbetering van de positie van de consument. De factoren vormen dus een meetlat waar de verschillende beroepsgroepen naast kunnen worden gelegd.

3.1 De factoren

Om te bepalen of een zorgmarkt kan worden geliberaliseerd is een aantal basisvoorwaarden geformuleerd waaraan een markt moet voldoen om daar effectieve marktwerking mogelijk te laten zijn. De factoren voor effectieve marktwerking komen grotendeels overeen met factoren die ook in andere studies naar voren zijn gekomen. Dit zijn vooral de studies *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ?* (Schut, Van der Geest, Varkevisser 2005) en de deelmarktanalyses die KPMG in 2002 voor verschillende zorgmarkten heeft geschreven ten behoeve van het

⁹ En dan specifiek aan de praktische toepassing van deze theorie door Bogetoft and Olesen, *Design of Production contracts*, Copenhagen Business School Press, 2004.

¹⁰ Dit is een methode om marktfalens in verband te brengen met de marktstructuur en marktgedragingen. Het overzicht van mogelijke marktfalens is vergeleken met andere overzichten en vertaald naar de zorgmarkten. Dit overzicht biedt een checklist om de volledigheid van de analyse te toetsen. Daarnaast geeft het raamwerk diverse dwarsverbanden aan met betrekking tot de afruil die er bestaat tussen coördinatie, motivatie en transactiekosten. Vaak is het immers zo dat verbeteringen op één van deze aspecten tot verslechtering van de andere leidt.

ministerie van VWS. De voorwaarden/factoren zijn als volgt gegroepeerd:

- Transparantie markt
- Markttoegang
- Marktgedrag
- Externe effecten
- Transactie/ veranderingskosten

Bij het bespreken van de factoren die onder deze kopjes vallen wordt steeds geëxpliciteerd hoe deze factoren bijdragen aan de borging van de publieke belangen. Tevens wordt voor elke factor stilgestaan bij de rol die de markt of de NZa mogelijk kan spelen bij het creëren van een goede uitkomst. Als de markt of de overheid zelf in grote mate voor de juiste condities kan zorgen, is het niet voldoen aan een voorwaarde in de beginsituatie namelijk van minder belang dan als dat niet zo is. Een factor kan bestaan uit meerdere subfactoren.

3.1.1 Transparantie markt

Een transparante markt is een basisvoorwaarde voor een goed functionerende markt. Transparantie draagt zowel bij aan de borging van de publieke belangen kwaliteit als betaalbaarheid. Voordat liberalisering van een markt plaatsvindt is het daarom nodig te beoordelen wat het gewenste transparantieniveau is om een markt goed te kunnen laten functioneren en op welke manier deze transparantie kan worden verwezenlijkt. Voor alle markten geldt als eerste dat de polis van de verzekeraar transparant moet zijn. Alleen dan kan een verzekerde een goede keuze maken tussen de verschillende polissen die verzekeraars aanbieden. Met betrekking tot de basisverzekering is het van belang dat voor de verzekerde inzichtelijk is welke aanbieders zijn gecontracteerd, wat de kwaliteit van de ingekochte zorg is en of er eventueel andere voorwaarden zijn die de keuze van een verzekerde voor een aanbieder beperken. Bij de aanvullende verzekering moet verder vooral duidelijk zijn wat de omvang van de aanspraak is. Op deze punten moeten de verzekeraars goed vergelijkbaar zijn. Op de zorginkoopmarkt dient daarnaast aan de volgende factoren worden gedacht:

Factor 1

Heldere product/prestatiebeschrijvingen

Voor de verzekerde/verzekeraar is het van belang dat er helderheid bestaat over het product dat wordt ingekocht. Op die manier is voor de inkoper inzichtelijk voor welke zorg hij betaalt en wat voor prestatie hij hier precies voor terugkrijgt. Alleen met goede prestatieomschrijvingen kunnen verzekeraars met zorgaanbieders afspraken maken over kwaliteit.

Factor 2

De kwaliteit van de geleverde zorg is transparant

Transparantie van de kwaliteit is om verschillende redenen van belang. Ten eerste is voor verzekeraars en verzekerden kwaliteit een belangrijk aspect dat zij willen betrekken bij hun keuze voor een aanbieder. Kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders moeten daarom inzichtelijk

zijn¹¹. Als de kwaliteit transparant is, kan de verzekerde/verzekeraar prijsverschillen tussen aanbieders beter duiden en zo voor de beste kwaliteit/prijsverhouding kiezen. Voor de verzekerde is het wel belangrijk dat de informatie over kwaliteit op een voor hem begrijpelijke en gebruiksvriendelijke manier wordt gepresenteerd. Zonder transparantie op het gebied van kwaliteit bestaat het gevaar dat prijsconcurrentie tot een slechtere kwaliteit leidt. Dit is een onwenselijke situatie. Voor de verzekeraar is transparantie op het gebied van kwaliteit daarnaast belangrijk omdat hij dan beter in staat is kwaliteitsverschillen tussen aanbieders te belonen. Ook kan hij verzekerden beter informeren over het aanbod dat hij heeft gecontracteerd, zodat het voor verzekerden makkelijker is om een keuze te maken tussen specifieke aanbieders.

De NZa is niet verantwoordelijk voor de medische kwaliteit van handelen. Op dit terrein is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de primair verantwoordelijke toezichthouder.

Om te kunnen beoordelen of de kwaliteit van de geleverde zorg transparant is en wordt geborgd, betreft de NZa onder andere de volgende aspecten:

- Meting patiënttevredenheid en patiëntenervaringen (CQ-index);
- Aanwezigheid van prestatie-indicatoren (waaronder uitkomstindicatoren);
- Aanwezigheid protocollen over kwaliteit;
- Aanwezigheid klachtenprocedure;
- Visitatie door beroepsgroep?;
- Houdt de beroepsgroep zich aan de opgestelde richtlijnen voor zorg?

De prijs van de geleverde zorg is transparant

Naast de kwaliteit van de geleverde zorg moet voor de consument ook de prijs daarvan transparant zijn. Pas dan kan de verzekerde/verzekeraar een goede afweging maken tussen verschillende aanbieders. Aanbieders worden in dat geval geprikkeld om efficiënter te werken, waardoor de betaalbaarheid van de zorg geborgd blijft¹².

Rol NZa

Bij de beoordeling of een markt transparant is, is het goed om een onderscheid te maken tussen de beginsituatie en de verbetering in transparantie die kan optreden als gevolg van het vrijgeven van een markt. Het is dus niet zo dat als een markt vooraf niet transparant is, dit voor de NZa automatisch een reden vormt om de minister te adviseren deze markt niet vrij te geven. Dit zal per geval moeten worden bekeken. De marktpartijen kunnen immers zelf de transparantie verbeteren en dit initiële marktfalen oplossen. Wel wil de NZa het signaal geven dat er een

¹¹ Waardevolle indicatoren om kwaliteitsverschillen te meten zijn prestatie-indicatoren. Bij prestatie-indicatoren kan een onderscheid worden gemaakt tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over de omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. Een voorbeeld is de aanwezigheid van een specifiek specialisme binnen een praktijk.

Procesindicatoren geven informatie over de handelingen om kwaliteit te leveren. Het gaat meestal om het bepalen van het percentage waarbij een bepaalde procedure is uitgevoerd. Bijvoorbeeld de mate van gebruik van protocollen of richtlijnen die door een beroepsgroep zijn vastgesteld.

Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (product/effect) van zorg. Een voorbeeld is de mate waarin een specifieke klacht van een patiënt is verminderd als gevolg van de behandeling van een fysiotherapeut.

¹² Wel moet worden voorkomen dat de transparantie op het gebied van prijs niet leidt tot afstemmingsgedrag tussen aanbieders.

minimumniveau aan transparantie nodig is om een markt goed te laten functioneren en dat partijen hiervoor moeten zorgen. Het initiatief om de transparantie op het gebied van de kwaliteit, de prijs en de productomschrijvingen te vergroten ligt dus ten eerste bij de marktpartijen zelf. Als de marktpartijen dit echter nalaten is er een belangrijke rol voor de NZa weggelegd om de transparantie te bevorderen. Zij kan in dit verband aanbieders verplichten om informatie over de kwaliteit, de prijs en de omschrijving van de aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Zorgaanbieders moeten dit dan op een zodanige manier doen dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn (zie ook artikel 38 van de Wmg). De NZa kan ook zelf initiatieven ontplooien om deze informatie op een transparante manier aan de consument te verstrekken. De NZa start in 2007 een project waarin criteria worden ontwikkeld om een uitspraak te doen over de vraag wanneer een markt voldoende transparant is.

3.1.2 Markttoegang

Voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg is het belangrijk dat de verzekerde kan kiezen tussen verschillende aanbieders en dat aanbieders geen belemmeringen ondervinden om tot een bepaalde markt toe te treden. De NZa zal daarom toetsen of aan de volgende factoren is voldaan:

Factor 3

Vrije markttoegang voor nieuwe aanbieders plus voldoende aanbieders

Een belangrijke factor die de NZa zal betrekken bij het vrijgeven van een markt, is de aanwezigheid van voldoende aanbieders in een markt en de voorwaarde dat aanbieders vrij kunnen toetreden tot de markt. Indien de verhouding tussen vraag en aanbod dusdanig is dat er sprake is van schaarste in de markt, zijn verzekeraars en verzekerden nauwelijks in staat om aanbieders tot goede prestaties te stimuleren. Het vrijgeven van een markt waar sprake is van een schaarste aan aanbieders kan dan tot een prijsverhoging leiden, waardoor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg in gevaar kan komen. Verzekeraars hebben dan minder of geen ruimte om bepaalde aanbieders niet te contracteren en de verzekerde heeft minder keuzemogelijkheden. Het is daarom belangrijk dat vraag en aanbod voor het vrijgeven van een markt in balans zijn en dat er bij voorkeur sprake is van een klein overschot aan aanbieders¹³. Alleen in dat geval worden aanbieders geprikkeld om hun producten tegen de beste prijs/kwaliteit verhouding te leveren. Indien er niet voldoende aanbieders op een markt opereren, is een goede analyse van de schaarste essentieel: kan de schaarste verklaard worden door de aanwezigheid van toetredingsdrempels of door een gebrek aan marktprikkels?

¹³ Een te groot overschot aan aanbieders kan tot de ongewenste situatie leiden dat aanbieders een sterke prikkel hebben om hun niet volledig benutte capaciteit te vullen door de patiënt meer dan medisch noodzakelijk te behandelen en zo toch een bepaald inkomen te verwerven. Dit fenomeen staat bekend als 'supplier induced demand'. Daarnaast moet rekening worden gehouden met 'varkenscycluseffecten' door de aanwezigheid van lange opleidingstrajecten. De varkenscyclus is het verschijnsel in de economie dat overschotten en tekorten van een bepaald product (in dit geval aanbieders) elkaar afwisselen doordat aanbieders massaal reageren op de hoogte van prijzen, maar dat tegen de tijd dat deze reactie doorwerkt op het aanbod, de prijs al weer is omgeslagen.

Toetredingsdrempels

De aanwezigheid van marktversturende toetredingsdrempels kan een adequate afstemming van vraag en aanbod in de weg staan. Voor een goed functionerende markt is het van belang dat er geen toetredingsdrempels zijn die marktversturend werken. Want alleen dan zal de dreiging van nieuwe toetreders vanuit de aanbodkant ervoor zorgen dat er voldoende aanbieders op een markt zijn en dat aanbieders efficiënt opereren. Schaarste kan dan ook worden veroorzaakt door de aanwezigheid van toetredingsdrempels. Bij de beoordeling van toetredingsdrempels moet een onderscheid worden gemaakt tussen gerechtvaardigde toetredingsdrempels die gerelateerd kunnen zijn aan bijvoorbeeld de borging van de kwaliteit van de beroepsgroep en zijn handelen, zoals kwaliteitseisen en registratie in het BIG-register, en toetredingsdrempels die onnodig marktversturend werken. Een lang opleidingstraject is een toetredingsdrempel die de aanpassing van het aanbod aan de vraag bemoeilijkt. Het is echter niet wenselijk deze toetredingsdrempel te slechten. Deze is inherent aan de kwaliteit van de zorg. Een beperking van de instroom van de opleiding of tegenwerking van bestaande aanbieders kan wel versturend werken:

- Aantal opleidingsplaatsen: Voor een groot aantal beroepen in de zorg is het aantal basisopleidingsplaatsen beperkt. Door deze 'numerus fixus' wordt een bepaald maximum aantal mensen opgeleid en uiteindelijk als zorgverleners afgeleverd, wat het aanbod in de betreffende deelmarkt beperkt. Schaarste wordt op deze manier kunstmatig in stand gehouden. Ook voor de medische vervolgoopleidingen is het aantal opleidingsplaatsen voor een aantal beroepsgroepen beperkt¹⁴. Als er geen gegronde redenen zijn om de opleidingscapaciteit te beperken (zoals de borging van de kwaliteit), dan kan deregulering zoals het opheffen van een numerus fixus tot een ruimer aanbod aan zorgverleners leiden en het probleem van schaarste oplossen. Ook het toelaten van buitenlandse specialisten kan een oplossing zijn, mits de diploma's van de betreffende specialisten in Nederland worden erkend¹⁵.
- Tegenwerking gevestigde partijen: Het is voor nieuwe aanbieders niet altijd even gemakkelijk om tot een markt toe te treden als hiervoor samenwerking met andere partijen noodzakelijk is. Gevestigde aanbieders kunnen nieuwkomers bijvoorbeeld uitsluiten van onderlinge waarnemingsregelingen of hen op andere manieren tegenwerken.

Voor liberalisering van een bepaalde deelmarkt is het dus een voorwaarde dat de toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders niet marktversturend werken. Per toetredingsdrempel moet onderzocht worden wat de aard en noodzaak van deze drempel is en of er sprake is van een structurele belemmering of van een belemmering die op korte of middellange termijn kan worden opgeheven. Indien dit laatste het geval

¹⁴ Sinds 1999 is er in Nederland een Capaciteitsorgaan (CO) dat tot doel heeft om ramingen op te stellen voor de instroom in de medische en tandheelkundige (vervolg)opleidingen en op die manier te komen tot een evenwicht in de vraag en het aanbod met betrekking tot zorgpersoneel. Het CO adviseert de minister van VWS over de vervolgoopleidingen. Hij stelt de uiteindelijke toegestane opleidingscapaciteit vast. De wetenschappelijke verenigingen kunnen invloed uitoefenen op het aantal opleidingsplaatsen, onder andere door de maximumnormen die zij hanteren voor het aantal aio's dat een bepaalde medisch specialist mag opleiden.

¹⁵ De mogelijkheid om buitenlandse aanbieders toe te laten zal per markt verschillen. Voor de wat meer technische beroepsgroepen, bijvoorbeeld de orthodontisten, is dit makkelijker dan voor die beroepsgroepen waarbij verbaal contact belangrijk is, bijvoorbeeld logopedie.

is, kan verwijdering van zo'n drempel voor voldoende aanbod op korte en lange termijn zorgen en hoeft de aanwezigheid van een toetredingsdrempel een eventuele liberalisering van een markt niet in de weg te staan. Het kan dan wel zo zijn dat er gedurende een transitieperiode onvoldoende aanbieders op een markt opereren. Dit kan een reden zijn om zo'n markt niet meteen vrij te geven.

Marktprikkels

De introductie van marktprikkels kan de schaarste op een markt mogelijk verhelpen. Het kan zijn dat de huidige tarieven zoals die door de overheid zijn gereguleerd de toetreding van nieuwe aanbieders beperkt. De tarieven kunnen bijvoorbeeld niet kostendekkend zijn of onvoldoende gedifferentieerd. Onvoldoende differentiatie in het tarief, bijvoorbeeld naar regio, kan het in het geval van regioverschillen in bijvoorbeeld zorgzwaarte voor aanbieders onaantrekkelijk maken om zich in bepaalde regio's te vestigen. Hetzelfde kan gelden voor het aanbieden van bepaalde specialisaties. Het vrijgeven van een tarief kan wanneer het tarief omhooggaat leiden tot een stijging van het aantal nieuwe toetreders en daarmee het schaarsteprobleem oplossen. Verzekeraars krijgen onder vrije prijsvorming daarnaast meer mogelijkheden om aanbieders te stimuleren efficiënter of langer te werken. De dynamiek in een markt kan er zelf ook voor zorgen dat de schaarste in een markt wordt verholpen. Dit is bijvoorbeeld het geval als er mogelijkheden bestaan om de productiviteit te verbeteren. Deze productiviteitswinsten kunnen worden gerealiseerd door concurrentiedruk in een markt. De mogelijkheden hiertoe zullen per beroepsgroep verschillen. Productiviteitsverbeteringen kunnen bijvoorbeeld ontstaan als er meer specialisatie tot stand komt. Wanneer verschillende beroepsgroepen of aanbieders met een verschillend specialisme nauwe substituten aanbieden, dan kan de liberalisering van markten tot een herverdeling van activiteiten leiden waarbij de meest efficiënte aanbieders de productie zullen verzorgen. Hierdoor kan er ook meer capaciteit bij andere beroepsgroepen vrijkomen die het schaarsteprobleem voor een beroepsgroep zou kunnen oplossen. Meer specialisatie van beroepsgroepen kan echter wel ten koste gaan van de toegankelijkheid van de zorg en van de keuze uit verschillende aanbieders. Er kan daarom tussen deze twee factoren mogelijk een afruil bestaan. Productiviteitswinsten zijn daarnaast mogelijk door inschakeling van ondersteunend personeel; deze kunnen een deel van de minder complexe werkzaamheden overnemen.

Factor 4

De patiënt/verzekerde moet over voldoende uitwijkmogelijkheden beschikken

Voor alle markten geldt dat het voor de consument gemakkelijk moet zijn om over te stappen naar een andere verzekeraar. Verzekeraars worden dan geprikkeld om goede kwalitatieve zorg in te kopen en de aangeboden polissen tegen een marktconforme prijs in de markt te zetten. Hiervoor is het belangrijk dat de polissen die verzekeraars aanbieden transparant en vergelijkbaar zijn (zie ook factor 2). Daarnaast is het van belang dat de verzekerde goed wordt geïnformeerd over het moment en de voorwaarden waaronder hij van verzekeraar kan veranderen. Deze overstap moet bovendien administratief goed geregeld zijn. Hierbij zal gelden dat consumenten voor de aanvullende verzekering minder gemakkelijk van verzekeraar wisselen dan voor de basisverzekering. Voor de basisverzekering geldt immers geen acceptatieplicht en hier kan de verzekeraar risicoselectie toepassen. De

consument moet daarnaast gemakkelijk een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen. De volgende factoren zijn daarom van belang:

— Kiezen van zorgaanbieder en overstappen: De mate waarin de consument zelf kan beslissen om van aanbieder te veranderen is afhankelijk van de polis die hij met zijn verzekeraar heeft afgesloten. Daarnaast is de dekking van het pakket waarvoor hij verzekerd is van belang. Als hij voor een polis heeft gekozen waarin het aantal gecontracteerde aanbieders beperkt is, zijn de mogelijkheden om zonder eigen bijbetaling naar een andere aanbieder over te stappen beperkter dan bij een zuivere restitutiepolis. Deze laatste polis biedt wél maximale keuzevrijheid ten aanzien van het aantal te kiezen aanbieders. De dekking van de polis bepaalt daarnaast voor welke soorten zorg de verzekerde verzekerd is. Als een consument niet verzekerd is voor een bepaalde soort zorg, dan is hij vrij om van aanbieder te veranderen wanneer hij dit wil. Het is dan wel van belang dat hij in staat wordt gesteld om zich goed te informeren over het aanbod. Met deze beperkingen in gedachten zal hieronder kort worden ingegaan op de voorwaarden waarvan met betrekking tot het kiezen van een aanbieder voor consumenten en verzekeraars idealiter sprake moet zijn.

▪ De consument

Voor een goede werking van de markt is het niet alleen van belang dat er voldoende aanbieders zijn zodat consumenten voldoende keuzemogelijkheden hebben om een bepaalde aanbieder te kiezen. De consumenten moeten tevens gebruik kunnen maken van deze keuzemogelijkheden. Goede kwaliteitsinformatie is hiervoor van belang. Het moet voor een consument eenvoudig zijn om een aanbieder te kiezen en van aanbieder te veranderen als de huidige aanbieder niet goed presteert. Het zwaartepunt zal hierbij liggen bij het moment dat de verzekerde voor het eerst een keuze voor een aanbieder maakt. Veel patiënten zullen om uiteenlopende redenen namelijk niet snel van aanbieder veranderen wanneer zij reeds in behandeling zijn genomen. De patiënt kan bijvoorbeeld een goede vertrouwensrelatie hebben met zijn aanbieder. Daarnaast kan de reistijd een beperkende factor zijn. Rekening houdend met deze beperkende factoren blijft het echter belangrijk dat de mogelijkheid tot overstappen laagdrempelig is als de consument van aanbieder wil veranderen. Bijvoorbeeld als hij ontevreden is over de geleverde zorg. Met name als het gaat om chronische zorg en/of langdurige behandelingen stelt dit ook eisen aan de informatiewisseling tussen aanbieders. Een behandeling die al gestart is kan dan worden voortgezet bij een andere aanbieder. Het bijhouden van een elektronisch patiënten dossier is hiervoor een must. Er mag dus geen sprake zijn van een lock-in-effect. Als consumenten kritisch kiezen en geen belemmeringen ondervinden om van aanbieder te veranderen, worden aanbieders geprikkeld om goede kwalitatieve zorg tegen een efficiënte prijs te leveren. Doen zij dit niet, dan lopen zij immers het risico dat de consument een andere aanbieder kiest (bij een initiële keuze voor een aanbieder) of van aanbieder verandert. In het laatste geval is het niet van belang of de consument ook daadwerkelijk overstapt, maar dat de dreiging aanwezig is. Dit sorteert een vergelijkbaar effect als daadwerkelijk overstappen.

▪ De verzekeraar Verzekeraars moeten over voldoende informatie beschikken om goed in te kopen. Daarnaast moeten zij zelf vorm

kunnen geven aan hun inkoopbeleid, bijvoorbeeld ten aanzien van selectief contracteren.

Rol NZa

De NZa heeft zelf niet de wettelijke bevoegdheid om toetredingsdrempels te slechten. Als zij constateert dat er sprake is van toetredingsdrempels die een goede werking van de markt frustreren en een belemmering vormen om een markt vrij te geven, dan zal zij de instanties die wettelijk bevoegd zijn om deze toetredingsdrempels weg te nemen hierop attenderen. Als de toetredingsdrempels samenhangen met zelfregulering kan het hierbij ook om de beroepsgroep zelf gaan. De aanwezigheid van toetredingsdrempels in combinatie met een schaarsteprobleem kan ertoe leiden dat het niet mogelijk is om een markt op korte termijn vrij te geven. De NZa kan in dat geval voor een geleidelijke liberalisering van de markt kiezen. De introductie van vrije prijsvorming is dan bijvoorbeeld pas na een aantal jaren mogelijk. Eerst moet een situatie worden geschapen waarin het aanbod kan toenemen. In het consultatiedocument voor de betreffende beroepsgroep zal de NZa het proces tot liberalisering concreet beschrijven. Bij de keuze voor een aanbieder is het vooral belangrijk dat consumenten zich bewust worden van de kwaliteitsverschillen die er tussen aanbieders bestaan. Daarnaast is het belangrijk dat zij de mogelijkheden benutten om van aanbieder te veranderen als zij over de geleverde zorg niet tevreden zijn. De NZa kan hierbij een rol spelen door de transparantie op het gebied van de prijs en de kwaliteit te vergroten en prijs- en kwaliteitsverschillen tussen aanbieders inzichtelijk te maken.

3.1.3 Marktgedrag spelers

Om ervoor te zorgen dat de betaalbaarheid van de zorg geborgd blijft is het van belang dat ofwel de consument zelf prikkels ervaart om goed in te kopen ofwel dat verzekeraars in het belang van hun verzekerden optreden. Met andere woorden: dat verzekeraars worden geprikkeld om goed in te kopen (kwaliteit, efficiëntie) en eventueel behaalde inkoopvoordelen door te geven aan hun klanten. Daarnaast is het van belang dat de verzekeraar of de consumenten over een zekere mate van inkoopmacht beschikt. Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven zal daarom naar de volgende factoren worden gekeken:

Factor 5

Prikkels verzekerde/verzekeraar en marktverhoudingen op de markt

Prikkels verzekerde/verzekeraar

Voor een goed functionerende inkoopmarkt of zorgverleningsmarkt is het van belang dat de verzekerde of de verzekeraar prikkels ervaart om goed in te kopen. Omdat de verzekerde meestal voor het grootste deel van de zorg verzekerd is, is het vooral belangrijk dat de verzekeraar goede prikkels ervaart op de inkoopmarkt. Voor de soorten zorg die niet of gedeeltelijk worden vergoed of waarbij de rol van de verzekeraar in het inkoopproces marginaal is, is er voor de consument een rol weggelegd om op de zorgverleningsmarkt als kritische inkoper op te treden. Het is op voorhand moeilijk te voorspellen of partijen prikkels ervaren om goed in te kopen. De introductie van prikkels hangt namelijk samen met de liberalisering van markten. Een aantal indicatoren kunnen toch van voorspellende waarde zijn:

— Heeft de verzekeraar een prikkel om goed in te kopen voor zijn verzekerden?

- *Externe prikkel* Of een verzekeraar investeert in inkoopafspraken met aanbieders hangt af van de mate waarin de consument de verzekeraar beoordeelt op de inkoop van het betreffende product: kan een verzekeraar zich met dit product richting de consument profileren (lage premie en goed product) en reageren verzekerden hierop? Een verzekeraar ervaart bijvoorbeeld een prikkel voor die producten waar de consument op let bij het kiezen van zijn polis. Bij deze producten zal de consument willen weten wat de kwaliteit van de ingekochte zorg is en of er voldoende aanbieders zijn gecontracteerd. Beide aspecten moeten dan wel transparant zijn. Als deze prikkel ontbreekt, dan zal de verzekeraar niet gestimuleerd worden om voor deze specifieke zorgsoort goede afspraken te maken. Het risico bestaat dan dat aanbieders minder ruimte krijgen om investeringen te doen op het gebied van kwaliteit of nieuwe apparatuur aan te schaffen. Een mogelijke reactie vanuit de kant van de aanbieders is dan om geen contract met een verzekeraar te ondertekenen. Hierdoor kunnen de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang komen.
- *Risico- vereveningssystematiek* Daarnaast kan een rol spelen of een verstrekking al dan niet is opgenomen in de risico-vereveningssystematiek. Als een verstrekking hier niet onder valt, is de prikkel voor een verzekeraar om goed in te kopen beperkt. Goede zorginkoop zou dan immers verliesgevende klanten kunnen aantrekken, terwijl de verzekeraar hier niet voor gecompenseerd wordt. Verzekeraars kunnen dit risico voor een deel vermijden door de behandeling maar gedeeltelijk te vergoeden.
- *Interne prikkel* Verzekeraars kunnen daarnaast ook zelf prikkels ondervinden om scherp in te kopen. Met een scherpe inkoop kunnen zij hun schadelast voor een bepaalde zorgsoort beperken. De prikkel voor een verzekeraar om scherp in te kopen hangt in hoge mate af van het financiële belang of de grootte van de uitgaven aan die specifieke zorgsoort. Dit bepaalt namelijk de mate waarin zij op deze uitgaven kunnen besparen.

— Ervaart de consument een prikkel om goed in te kopen?

- *Verzekerde zorg* Voor de zorg die binnen het basispakket valt of waarvoor de consument via de aanvullende verzekering verzekerd is, zal de consument geen prijsprikkel ervaren. Hij zal echter wel een prikkel ervaren om op de kwaliteit van de zorg te letten. De verzekeraar kan de consument bewuster maken van kosten en kwaliteitsverschillen door middel van zijn inkoop- en keuzeondersteuningsbeleid (bijvoorbeeld door positieve prikkels).
- *Niet verzekerde zorg* Voor de zorg die niet binnen het basispakket valt en waarbij de consument geheel of gedeeltelijk zelf financieel risico loopt, ervaart de consument een directe prikkel om zowel op de prijs als de kwaliteit van de geleverde zorg te letten. Wat de kwaliteit betreft is het van belang dat de consument over kwaliteitsinformatie beschikt en deze eenvoudig kan achterhalen. Prijs en kwaliteitsverschillen moeten daarom transparant zijn (zie ook factor 2). Alleen dan zullen aanbieders geneigd zijn om met elkaar te concurreren om de gunst van de consument te winnen en de juiste mix van kwaliteit en prijs aanbieden.

Marktverhoudingen

De mogelijkheden van een verzekeraar om goed in te kopen hangen af van zijn onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgaanbieders. Als

een verzekeraar een zekere mate van inkoopmacht heeft ten opzichte van de aanbieders, dan kan hij scherp inkopen. Als deze verzekeraar tegelijkertijd onderworpen is aan effectieve concurrentie op de verzekeringsmarkt, dan zullen de bereikte voordelen worden doorgegeven aan de consument. De verzekeraars concurreren dan immers om de gunst van de consument te winnen. In dit geval kan inkoopmacht dus gunstig zijn.

De sterkte van de onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt onder andere af van de marktsituatie in een bepaalde sector. Is er sprake van marktmacht aan de kant van één of meer aanbieders (verkoopmacht)? En wat is de oorzaak van deze marktmacht? Is er in deze zin sprake van hoge toetredingsdrempels? Daarnaast hangt de onderhandelingspositie van verzekeraars af van hun mogelijkheden om verzekerden actief te ondersteunen in hun keuze voor een specifieke aanbieder.¹⁶

Als de onderhandelingspositie van verzekeraars en/of consumenten structureel niet gelijkwaardig is aan die van een aanbieder doordat deze over marktmacht beschikt, dan kan het noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Voor de markten waar de verzekeraar geen rol speelt in het inkoopproces is het van belang dat de consument als kritische inkoper kan optreden. Hiervoor is het belangrijk dat de consument over de daartoe benodigde transparante kwaliteits- en prijsinformatie beschikt.

Als verzekeraars over verkoopmacht op de verzekeringsmarkt beschikken, bestaat het risico dat zij niet in het belang van hun verzekerden optreden en eventuele behaalde inkoopvoordelen niet aan hun verzekerden doorgeven. Eventuele marktmacht op de inkoopmarkt leidt dan tot een slechtere kwaliteit van de ingekochte zorg en een verschraling van het aanbod¹⁷. Het is dan ook essentieel dat verzekeraars effectieve concurrentie ondervinden. De onderlinge concurrentie tussen verzekeraars hangt onder andere af van de verzekerdenmobiliteit op een markt (al dan niet gedifferentieerd naar specifiek zorgproduct). Als de verzekerdenmobiliteit groot is, dan hebben verzekeraars een prikkel om een betere prijs/kwaliteitsverhouding af te spreken dan hun concurrenten.

Gevaar voor collusie

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

¹⁶ De onderhandelingspositie van een zorgverzekeraar hangt in sterke mate samen met de mate waarin een verzekeraar in staat is om verzekerden bij een bepaalde aanbieder onder te brengen. Hoe groter de aanbieder het risico ervaart dat de zorgverzekeraar voor een andere aanbieder kiest als hij een te hoge prijs of een te lage kwaliteit levert, des te groter de prikkel om tegemoet te komen aan de wensen van de zorgverzekeraar. Zie ook Sorensen, A.T. *Insurer-hospital bargaining; negotiated discounts in post deregulation Connecticut*. *Journal of industrial economics*, 51(4), 469-490 2003.

¹⁷ Zie ook M.V. Pauly (1998), *Managed care, market power, and monopsony*, *Health Services Research*, vol 33 (5), blz 1439-1460

Rol NZa

Vergroten transparantie

De NZa kan de prikkels voor verzekerden en verzekeraars om goed in te kopen vergroten door meer transparantie op het gebied van prijs en kwaliteit te bewerkstelligen. Hierdoor kunnen verzekerden makkelijker een aanbieder kiezen en wisselen van verzekeraar of aanbieder als de kwaliteit van de geleverde zorg niet goed is. Verzekeraars beschikken dan over meer mogelijkheden om de meest efficiënte aanbieders te contracteren. De NZa zal via haar monitors in de gaten houden of de juiste prikkels aanwezig zijn nadat een markt geliberaliseerd is. Op die manier kan zij eventueel actie ondernemen om de transparantie te vergroten.

Marktmacht

Op grond van artikel 48 Wmg kan de NZa partijen die beschikken over aanmerkelijke marktmacht (AMM) preventief verplichtingen opleggen. Aanmerkelijke marktmacht doet zich voor als een partij zich onafhankelijk van zijn concurrenten, consumenten en/of leveranciers en afnemers kan gedragen. Via het inzetten van het AMM-instrumentarium kan de NZa ervoor zorgen dat aanmerkelijke marktmacht geen obstakel hoeft te zijn om een markt vrij te geven. Afhankelijk van de specifieke marktomstandigheden zijn er twee opties. 1) De verwachte problemen met betrekking tot marktmacht zijn sporadisch. De markt wordt volledig vrijgegeven, het AMM instrumentarium volstaat. 2) De verwachte problemen met marktmacht zijn structureel. De NZa zet algemene maatregelen in, aangevuld met het al bestaande AMM instrumentarium. De aanwezigheid van machtsposities hoeft een gehele of gedeeltelijke liberalisering van een markt daarom niet in de weg te staan.

Collusie

Vooraf is moeilijk te voorspellen of de kans op collusie zich voordoet. Het is daarom goed om na de liberalisering van een markt goed te monitoren of collusie daadwerkelijk plaatsvindt. Als er signalen zijn dat er inderdaad sprake is van collusie zal de NZa deze doorspelen aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

3.1.4 Externe effecten

Bij de analyse of een markt moet worden vrijgegeven moet worden onderzocht of er mogelijk sprake is van ongewenste, niet bedoelde bijeffecten, zogenaemde externe effecten. Het gaat hierbij om de volgende effecten die hun weerslag kunnen hebben op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de geleverde zorg:

Factor 6

— Poortwachtersfunctie /afwenteleffecten

Om er voor te zorgen dat consumenten de juiste zorg op de juiste plaats krijgen is er in het zorgstelsel een belangrijke rol weggelegd voor poortwachters (huisartsen) en andere aanbieders die een verwijzingsfunctie hebben of een indicatie mogen afgeven¹⁸. Zij stellen een diagnose vast bij de consument en fungeren als sluis bij de doorverwijzing van patiënten naar andere zorgverleners. Bij de overweging om een bepaalde markt te liberaliseren moet daarom rekening worden gehouden met het effect van liberalisering op deze functie en de vraag worden gesteld of een beroepsgroep zich

¹⁸ Bij de vrije beroepsgroepen gaat het hier bijvoorbeeld om tandartsen, verloskundigen, bedrijfsartsen en ook fysiotherapeuten sinds deze direct toegankelijk zijn.

überhaupt voor liberalisering leent indien deze beroepsgroep als poortwachter fungeert. Dit hangt bijvoorbeeld samen met de informatie- asymmetrie waarvan sprake is tussen de aanbieder en de patiënt/verzekeraar bij het vaststellen van een diagnose. Hoe helderder de diagnose, des te gemakkelijker de consument/verzekeraar zelf een afgewogen keuze voor een behandelaar en een behandelmethode kan maken en des te beter de markt zich dan leent voor liberalisering. Het introduceren van prikkels voor beroepsgroepen die een poortwachtersfunctie vervullen kan perverse effecten veroorzaken. Het kan bijvoorbeeld de beschikbaarheidsfunctie die poortwachters nu vervullen in gevaar brengen. Daarnaast bestaat het risico dat de introductie van prikkels tot afwenteleffecten leidt. Een aanbieder die zijn diensten in de eerste lijn aanbiedt, kan ervoor kiezen om patiënten met klachten waarvan de behandeling voor hem financieel niet aantrekkelijk is door te sturen naar de tweede lijn. De levering van zorg wordt dan afgewenteld op een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener, wat tot een stijging van de kosten kan leiden en de toegankelijkheid van de zorg kan beperken. Zolang er geen medische noodzaak is om een patiënt naar de tweede lijn door te sturen moet dit soort gedrag worden voorkomen. Voor zorgverzekeraars kan er in sommige gevallen ook een prikkel zijn om dit gedrag toe te staan zolang zij hier niet direct financieel nadeel van ondervinden. Zo kan een verzekeraar eerder geneigd zijn om verzekerden naar een zorgverlener te sturen die betaald wordt via de basisverzekering dan naar een zorgverlener die betaald wordt vanuit de aanvullende verzekering. Op de aanvullende verzekering loopt een verzekeraar immers een groter financieel risico.

— Ketenzorg/ zijn er spillover effecten?

Bij het vrijgeven van prijzen voor een bepaalde beroepsgroep moet ook de samenhang met andere beroepsgroepen en de beroepsgroep zelf in beschouwing worden genomen. Als een beroepsgroep bijvoorbeeld in een keten samenwerkt met andere beroepsgroepen, dan kan de liberalisering van een groep binnen de keten mogelijk negatieve effecten veroorzaken die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort, waardoor de kwaliteit van de geleverde zorg in gevaar kan komen. Hetzelfde kan voor samenwerking binnen de beroepsgroep zelf gelden. Dit kan reden zijn voor het nemen van maatregelen om dit te voorkomen. Overigens kunnen problemen soms worden voorkomen door de productmarkt goed af te bakenen.

— Volume- effecten (supplier induced demand, upcoding)

Bij de liberalisering van markten moet er ook streng op worden gelet dat de prikkels voor aanbieders om extra niet medisch noodzakelijke zorg te leveren (supplier induced demand) zo beperkt mogelijk aanwezig zijn. Dit geldt eveneens voor de prikkel voor aanbieders om duurdere/complexere behandelingen voor te schrijven (upcoding) in gevallen dat een patiënt even goed kan worden behandeld via een eenvoudiger/goedkopere procedure.

— Risicoselectie

Bij het liberaliseren van markten moet tevens worden voorkomen dat aanbieders een prikkel ondervinden om de toegankelijkheid van de zorg te beperken door risicoselectie toe te passen. Deze prikkel kunnen zij bijvoorbeeld ervaren als het profijtelijk voor hen is om moeilijk behandelbare patiënten gemakkelijk te weigeren of om hier kunstmatig lange wachtlijsten voor te hanteren.

Rol NZa

Bij de vormgeving van het marktontwerp zal de NZa zoveel mogelijk rekening houden met de kans dat bovenstaande negatieve externe effecten zich voordoen, zodat deze kans wordt geminimaliseerd. Verzekeraars kunnen daarnaast negatieve externe effecten zoveel mogelijk proberen te voorkomen door onder andere de contracten zodanig vorm te geven dat aanbieders of verzekerden de juiste prikkels ervaren. Bij verzekerden kan het in dat verband bijvoorbeeld gaan om een eigen bijbetaling, die de patiënt meer kostenbewust moet maken (in het licht van volume-effecten). De markt zal dan ook een deel van de risico's die negatieve externe effecten met zich meebrengen geheel of gedeeltelijk kunnen verhelpen. Dit geldt met name voor volume-effecten, risicoselectie en afwenteleffecten. Door een slimme afbakening van de relevante markt is het daarnaast mogelijk om negatieve externe effecten, zoals keteneffecten, te voorkomen. De kans op ongewenste negatieve effecten bij de poortwachtersfunctie is een hard criterium. Daarnaast is er een taak voor de NZa om dit soort aspecten te betrekken bij het monitoren van de markt. Als zich ongewenste situaties voordoen, kan de NZa aan partijen een duidelijk signaal geven of besluiten om haar instrumentarium in te zetten om dit gedrag te corrigeren.

Factor 7

Regulerings-/Veranderingskosten

Reguleringskosten

Bij de analyse of een markt vrijgegeven kan worden of niet, moet er inzicht zijn in de kosten die samenhangen met de huidige reguleringssystematiek, de zogenoemde reguleringskosten. Dit zijn de kosten van de toezichthouder en de kosten van het systeem. Ook de lobbykosten vanuit de sector om invloed uit te oefenen op de reguleringssystematiek vallen hieronder. Deze kosten wordt afgezet tegen de reguleringskosten en de baten van marktwerking onder een systeem van vrije prijsvorming. De reguleringskosten die hierbij een rol spelen zijn bijvoorbeeld monitorkosten die samenhangen met de toezichthoudende taken van de NZa om de ontwikkelingen in de markt en specifiek de risico's voor marktwerking te volgen. Hieruit vloeien ook mogelijk taken voort op het gebied van handhaving en direct ingrijpen in de markt op basis van het Wmg-instrumentarium. Om die reden moet een inschatting plaatsvinden van zowel de huidige reguleringskosten als de reguleringskosten die zouden kunnen worden bespaard.

Veranderingskosten

Daarnaast moet een inschatting worden gemaakt van de extra transactiekosten als gevolg van liberalisering, de zogeheten veranderingskosten. Ook kunnen de administratieve lasten voor de beroepsgroep toenemen als deze met verschillende verzekeraars moet onderhandelen over verschillende prijzen en voorwaarden. Bij de beoordeling van de veranderingskosten moet uiteraard een onderscheid worden gemaakt tussen incidentele en structurele kosten van verandering. Uitsluitend de laatste kosten zijn op termijn van belang. Een kosten-batenanalyse kan beide aspecten tegenover elkaar zetten en helpen uitsluitsel te geven of het beter is om een markt te liberaliseren of vast te houden aan de huidige reguleringssystematiek. Ook als er weinig baten van marktwerking te verwachten zijn, kan een vermindering van de administratieve lastendruk voldoende reden vormen om een markt vrij te geven.

3.2 Beoordeling factoren

Door elke factor te scoren/beoordelen (bijvoorbeeld met een plus of een min) kan worden getoetst of op dit moment aan de betreffende conditie voor een specifieke beroepsgroep is voldaan. Zoals eerder aangegeven zal de NZa de factoren niet op een rigide manier interpreteren. Als een markt niet voldoet aan een specifieke factor, is het dus niet zo dat dit automatisch betekent dat een markt niet voor liberalisering in aanmerking komt. Er zal dan ook gekeken worden in hoeverre eventuele marktfaalen die samenhangen met een specifieke factor door de markt opgelost kunnen worden of door corrigerend optreden van de NZa zelf. Bij de weging van de factoren die in de meetlat zijn opgenomen kiest de NZa er daarom voor om een onderscheid te maken tussen harde en zachte criteria. Aan harde criteria zal een groter gewicht worden toegekend dan aan zachte criteria. Deze laatste criteria zullen geen doorslaggevende rol spelen bij de advisering om een markt vrij te geven of niet. De specifieke omstandigheden in een markt blijven natuurlijk wel een rol spelen. De meetlat is in die zin geen optelsom van plussen of minnen. Bij haar advies om een markt te liberaliseren zal de NZa in de consultatiedocumenten die zij voor de diverse beroepsgroepen schrijft zorgvuldig beargumenteren hoe zij de verschillende factoren meeweegt in haar uiteindelijke advies. De NZa zal hierbij op een consistente manier te werk gaan.

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de factoren die de NZa bij haar advies om in een markt vrije prijsvorming te introduceren zal gebruiken. In de tabel staat ook vermeld aan welk publiek belang (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) de opgenomen factoren bijdragen. Hiermee wil de NZa nogmaals benadrukken dat zij bij de liberalisering van markten het consumentenbelang centraal stelt. De consument immers moet uiteindelijk van de introductie van vrije prijsvorming profiteren.

De liberalisering van markten hoeft niet in gelijke mate bij te dragen aan een betere behartiging van alle drie de publieke belangen. Een verbetering van de kwaliteit of de toegankelijkheid kan bijvoorbeeld ten koste gaan van de betaalbaarheid. De introductie van vrije prijsvorming hoeft daarom niet op voorhand lagere prijzen tot gevolg te hebben. Vrije prijsvorming kan bijvoorbeeld tot een gevarieerder aanbod leiden of tot een grotere toegankelijkheid, waardoor de prijs van de geleverde zorg omhoog gaat. Anderzijds kunnen de meest efficiënte aanbieders soms de beste kwaliteit tegen de laagste prijs leveren door zich te specialiseren in de behandeling van specifieke aandoeningen. Het doel van liberalisering is daarom ook om zodanige prikkels te introduceren dat marktpartijen voor de consument tot de beste mix tussen de drie publieke belangen komen.

Tabel 3.1: Meetlat liberalisering vrije beroepen

		Kwaliteit, Betaalbaarheid, Toegankelijkheid	Zacht of Hard criterium
	Transparantie		
1	Heldere product/prestatiebeschrijvingen	Kwaliteit	Zacht
2	De kwaliteit en prijs van de geleverde zorg is transparant	Kwaliteit, betaalbaarheid	Zacht
	De polis van de verzekeraar is transparant	Toegankelijkheid, Betaalbaarheid, Kwaliteit	Zacht
	Markttoegang		
3	Voldoende aanbieders? Indien niet voldaan is aan deze voorwaarden dan kijken naar:	Toegankelijkheid	Hard
	Toetredingsdrempels	Toegankelijkheid, Betaalbaarheid	Hard
4	De patiënt moet eenvoudig een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen	Toegankelijkheid, Betaalbaarheid, Kwaliteit	Zacht
	Marktgedrag partijen		
5	Prikkel voor consument/verzekeraar om goed in te kopen	Betaalbaarheid, kwaliteit	Hard
	Marktverhoudingen	Betaalbaarheid, Kwaliteit	Zacht
6	Externe effecten		
	Kans op negatieve effecten m.b.t.		
	Poortwachter/verwijsfunctie	Betaalbaarheid, kwaliteit	Hard
	Keteneffecten	Kwaliteit	Hard
	Volume-effecten (Supplier included demand, upcoding)	Betaalbaarheid	Zacht
	Risicoselectie	Toegankelijkheid	Zacht
7	Transactie/veranderingskosten		

Het onderscheid tussen hard en zacht berust niet op het feit dat een zacht criterium minder essentieel is voor een goed werkende markt dan een hard criterium. Het draait wel om de rol die de markt en de overheid kunnen spelen bij het oplossen van eventuele risico's voor marktwerking. Bij een zacht criterium kan het ontbreken van de juiste initiële condities worden opgelost door de markt zelf of door corrigerend optreden van de NZa. Bij een hard criterium is dat niet of minder het geval.

4. De meetlat in de praktijk

In het vorige hoofdstuk is de meetlat gepresenteerd die de NZa zal gebruiken bij haar analyse om een markt vrij te geven. Met deze meetlat wil de NZa transparant zijn over de factoren die zij betreft bij haar advies aan de minister om een markt vrij te geven. Het vaststellen van een theoretisch kader is de eerste stap in dit proces.

De tweede stap bestaat uit de invulling van de meetlat voor alle beroepsgroepen. De NZa zal niet alle beroepsgroepen tegelijk onderzoeken; dit gebeurt in tranches. Om te bepalen welke beroepsgroepen de NZa het eerst gaat onderzoeken heeft zij een quickscan uitgevoerd. Deze is te vinden in bijlage A. De meetlat is op basis van aanwezige kennis en ervaring binnen de NZa ingevuld voor alle beroepsgroepen. De invulling is louter bedoeld om inzicht te krijgen in de verschillende uitgangssituaties die zich bij de diverse beroepsgroepen op het gebied van liberalisering op dit moment voordoen. De invulling vormt dus niet de definitieve input waarop een advies aan de minister is gebaseerd. Op basis van de quickscan zijn de beroepsgroepen in twee groepen verdeeld. Leidend criterium hierbij is de termijn waarop de beroepsgroepen geliberaliseerd zouden kunnen worden. De beroepsgroepen waarvoor de condities in de markt zich goed voor vrije prijsvorming lijken te lenen, vormen de groepen die de NZa op korte termijn onderzoekt op hun mogelijkheden voor liberalisering. De overige beroepsgroepen worden op middellange termijn onderzocht.

De derde stap behelst een onderzoek naar de mogelijkheden voor liberalisering per beroepsgroep. De beroepsgroepen die op basis van de quickscan mogelijk in aanmerking komen om op korte termijn geliberaliseerd te worden, zal de NZa als eerst onderzoeken. In de jaren daarna volgen de andere beroepsgroepen. Uiteindelijk schrijft de NZa voor alle beroepsgroepen een consultatiedocument waarbij wordt onderzocht of de markt in aanmerking komt voor liberalisering of niet. In de consultatiedocumenten worden de factoren die in de meetlat zijn opgenomen uitgewerkt. Bij het opstellen van deze consultatiedocumenten zal de NZa brancheorganisaties, verzekeraars en consumentenorganisaties intensief betrekken. Dat is ook het moment waarop alle betrokken partijen hun opmerkingen met betrekking tot vrije prijsvorming kunnen onderbouwen en kenbaar maken. De NZa zal het consultatiedocument vervolgens via een consultatieronde voorleggen aan de meest relevante actoren en toetsen of de analyse klopt en of aanscherping kan plaatsvinden. Waar het over kwaliteit gaat, zal ook het IGZ bij de analyse worden betrokken.

Vervolgens zal de NZa het consultatiedocument aan de hand van de reacties herschrijven tot een visiedocument. Het visiedocument vormt een synthese van de reacties op het consultatiedocument en de analyse die in het consultatiedocument is opgenomen. Uit deze analyse volgen ook eventuele prioriteiten voor de monitor waarmee de NZa eventuele risico's voor het functioneren van een markt in de gaten kan houden. Het advies voor liberalisering van een markt zal de NZa naar de minister sturen. Deze adviezen zullen openbaar zijn. Het is uiteindelijk aan de minister om te beslissen of een markt wordt geliberaliseerd of niet.

Als de minister besluit om een markt vrij te geven, dan ligt er een belangrijke taak voor de NZa om de markt te monitoren. Via de monitor kan zij marktontwikkelingen volgen en de borging van de publieke

belangen in de gaten houden. Als partijen ongewenste gedragingen vertonen die de concurrentie verstoren, kan de NZa ook in de markt ingrijpen.

Als een markt niet voor vrije prijsvorming in aanmerking komt, betekent dit niet automatisch dat de markt op de huidige manier gereguleerd blijft. De NZa zal dan onderzoeken of er mogelijk andere instrumenten/vormen zijn op basis waarvan een markt toch geheel of gedeeltelijk kan worden geliberaliseerd, zoals aanbesteding, vrije prijzen met aanvullende regulering en experimenten. Dit zal echter pas gebeuren nadat de mogelijkheden voor de introductie van vrije prijsvorming zijn onderzocht.

Bijlage A

Toelichting quickscan

Inhoud

Vooraf	5
Invulling meetlat	7
Selectie kandidaten	11
Toelichting quickscan	13
1. Markt voor oefentherapie	15
2. Vrijgevestigde diëtisten	17
3. Markt voor tandheelkundige zorg	19
4. De markt voor logopedie	21
5. Apothekers en apotheekhoudende huisartsen	23
6. De markt voor verloskundige zorg	25
7. De markt voor huisartsenzorg	27
8. Eerstelijnspsychologen	29
9. Vrijgevestigde Psychiaters	31

Vooraf

In deze bijlage geeft de NZa een korte toelichting op de ingevulde meetlat voor de verschillende markten waarin de beroepsgroepen opereren¹. Bij de afbakening van de markt gaat de NZa uit van de functionele omschrijving. De invulling van de meetlat en de toelichting daarop gebeurt echter vooral op basis van een marktanalyse waar de traditionele beroepsgroepen die op de markt opereren centraal staan. Hiervoor is vooral gekozen omdat deze beroepsgroepen het grootste deel van de markt uitmaken. Daarnaast is veelal wel bekend welke beroepsgroepen nog meer op de markt opereren, maar niet in welke mate. Ook ontbreekt vaak goede informatie over deze beroepsgroepen. In deze quickscan staan daarom de beroepsgroepen nog centraal. In de consultatiedocumenten die de NZa voor de verschillende beroepsgroepen zal schrijven, vindt een nadere afbakening van de markt plaats. In deze documenten worden dus ook expliciet andere beroepsgroepen meegenomen die een zelfde soort zorg kunnen aanbieden.

Zoals de naam quickscan al aangeeft, gaat het bij het invullen van de verschillende factoren in de meetlat om een globaal oordeel of aan de betreffende factoren is voldaan. Het gaat dus om een eerste analyse. Op basis van deze analyse zal de NZa de groepen waarnaar zij nader onderzoek zal doen prioriteren. De beroepsgroepen die zich het best voor de introductie van vrije prijsvorming lenen, zullen hierbij als eerste worden onderzocht.

Invulling meetlat

In de meetlat is met 'plussen' en 'minnen' aangegeven of aan de betreffende conditie/factor is voldaan. Een plus moet hierbij als positief worden geïnterpreteerd. Als bij de factor marktverhoudingen een plus genoteerd staat, betekent dit dat de marktverhoudingen in het voordeel van de consument zijn en de verzekeraar over voldoende inkoopmacht beschikt om goed te kunnen inkopen. Bij de externe factoren geeft een plus of min een kleine dan wel grote kans aan dat een specifiek negatief extern effect zich voordoet. Een plus bij volume-effecten geeft dus aan dat de kans dat dit effect zich voordoet klein is.

Bij de toelichting op de quickscan concentreert de NZa zich op die factoren die in de meetlat als harde criteria zijn opgenomen en waar dus veel gewicht aan wordt toegekend bij een beslissing om een markt vrij te geven. Het gaat om de volgende factoren:

¹ De medisch specialisten zijn niet opgenomen in dit overzicht, alhoewel zij directe substituten kunnen zijn voor de beroepsgroepen die in dit document worden besproken. Bij de afbakening van de markt zullen de medisch specialisten wel expliciet worden meegenomen. Daarnaast is de meetlat niet ingevuld voor de fysiotherapeuten en de psychotherapeuten, omdat op deze markten al sprake is van vrije prijsvorming. In de meetlat zijn ook de tandprothetici en tandtechnici niet meegenomen. Deze twee beroepsgroepen vallen per 1 oktober onder de Wmg. Op dit moment is er echter onvoldoende informatie beschikbaar om de meetlat voor deze beroepsgroepen in te vullen. De beroepsgroepen worden wel meegenomen in de documenten die de NZa voor de mondzorg zal schrijven.

- de aanwezigheid van voldoende aanbieders² en niet te hoge toetredingsdrempels om ervoor te zorgen dat de markt aan de aanbodkant op lange termijn voldoende concurrerend is.
- de aanwezigheid van prikkels aan de kant van de inkoper (consument of verzekeraar) om goed in te kopen, zodat de vraagkant gemotiveerd is om goed in te kopen.
- Een kleine kans op negatieve effecten voor de poortwachtersfunctie/afwenteleffecten en keteneffecten.

Factor 7 (transactie/veranderingskosten) is niet ingevuld. Hierin bestaat op dit moment nog onvoldoende inzicht. Om te kunnen beoordelen of de reguleringskosten door het vrijgeven van prijzen zullen veranderen, zal de NZa een kader ontwikkelen waarmee dit objectief kan worden gemeten. Hierbij zal zij de reguleringskosten van de overheid, de verzekeraars en de aanbieders in ogenschouw nemen.

² Om hier een oordeel over te kunnen geven is van verschillende bronnen gebruik gemaakt, zoals het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM, onderzoeken van het NIVEL en ramingen van het Capaciteitsorgaan (CO).

Invulling meetlat

Quickscan vrije beroepen (1)

		Apotheekhoudende huisartsen	Apothekers	Diëtisten	Huisartsen	Logopedisten
	Transparantie					
1	Heldere product/prestatiebeschrijvingen	-	-	-	-	-
2	De kwaliteit en prijs van de geleverde zorg is transparant	-	-	-	-	-
	Markttoegang					
3	Voldoende aanbieders?	-	-	+	±	-
	Indien niet voldaan is aan deze voorwaarde dan kijken naar:	-	-	+	-	?
	Toetredingsdrempels					
4	De patiënt moet eenvoudig een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen	+	+	+	-	+
	5 Marktgedrag partijen					
	Prikkel voor consument om goed in te kopen	-	-	+	-	-
	Prikkel voor verzekeraar om goed in te kopen	+	+	±	+	-
	Marktverhoudingen	-	-	+	±	+
	6 Externe effecten					
	Geen negatieve effecten m.b.t. poortwachtersfunctie	+	+	+	-	+
	Keteneffecten	+	+	+	-	+
	Volume-effecten (Supplier induced demand, upcoding)	±	±	±	-	-
	Risicoselectie	+	+	+	-	+
7	Transactie/Veranderingskosten					

Bronvermelding: NZa

Quickscan vrije beroepen (2)

		Oefentherapeuten C/M	Psychiaters	Eerste lijns psychologen	Verloskundigen
	Transparantie	-	-	-	±
1	Heldere product/prestatiebeschrijvingen	-	-	-	±
2	De kwaliteit en prijs van de geleverde zorg is transparant				
	Markttoegang				
3	Voldoende aanbieders?	+	-	±	±
	Indien niet voldaan is aan deze voorwaarde dan kijken naar:				
	Toetredingsdrempels	+	-	-	+
4	De patiënt moet eenvoudig een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen	+	+	+	+
	5 Marktgedrag partijen				
	Prikkel voor consument om goed in te kopen	-	-	±	-
	Prikkel voor verzekeraar om goed in te kopen	±	±	±	±
	Marktverhoudingen	+	+	+	+
6	Externe effecten				
	Geen negatieve effecten m.b.t. poortwachtersfunctie	+	+	-	-
	Keteneffecten	+	+	+	-
	Volume-effecten (Supplier induced demand, upcoding)	-	-	-	+
	Risicoselectie	-	-	-	-
7	Transactie/Veranderingskosten				

Bronvermelding: NZa

Quickscan vrije beroepen (3)

		Orthodontisten	Tandartsen (algemeen practici)	Mondhygiënisten	Kaakchirurgen
	Transparantie	-	±	±	±
1	Heldere product/prestatiebeschrijvingen	-	-	-	-
2	De kwaliteit en prijs van de geleverde zorg is transparant				
	Markttoegang				
3	Voldoende aanbieders?	-	-	±	-
	Indien niet voldaan is aan deze voorwaarde dan kijken naar:				
	Toetredingsdrempels	-	-	-	-
4	De patiënt moet eenvoudig een aanbieder kunnen kiezen en van aanbieder kunnen veranderen	-	-	+	+
5	Marktgedrag partijen				
	Prikkel voor consument om goed in te kopen	±	±	±	-
	Prikkel voor verzekeraar om goed in te kopen	±	±	±	+
	Marktverhoudingen	-	-	-	-
6	Externe effecten				
	Geen negatieve effecten m.b.t. poortwachtersfunctie	+	±	+	+
	Keteneffecten	+	+	+	+
	Volume-effecten (Supplier induced demand, upcoding)	-	-	-	-
	Risicoselectie	-	-	-	-
7	Transactie/Veranderingskosten	+	+	+	+

Bronvermelding: NZa

Selectie kandidaten

Tabel A1 toont de selectie van de kandidaten die de NZa in de eerste tranche zal onderzoeken. Zoals in het visiedocument vermeld, zijn de beroepsgroepen in twee groepen verdeeld. De eerste bestaat uit een categorie kandidaten waarvoor op korte termijn een consultatiedocument wordt geschreven. Hiervoor lijken de initiële condities voor vrije prijsvorming aanwezig. Voor de tweede groep zal de NZa op middellange termijn een consultatiedocument schrijven.

Het belangrijkste selectie criterium om de verschillende beroepsgroepen over deze twee categorieën te verdelen is de eventuele schaarste in een markt, gekoppeld aan de vraag of de markt dit schaarsteprobleem op korte of lange termijn zelf kan oplossen. De beroepsgroepen waarvoor voldoende aanbieders in de markt aanwezig zijn en de toetredingsdrempels voor nieuwe toetreders laag zijn, vallen binnen de groep die de NZa op korte termijn verder onderzoekt. In het consultatiedocument dat zal worden geschreven staat nadrukkelijk de vraag centraal of het mogelijk is deze markten te liberaliseren. De groep waarvoor deze condities niet aanwezig zijn, vallen binnen de groep die de NZa op middellange termijn zal onderzoeken. Hieronder vallen ook die beroepsgroepen waarvoor nu bijvoorbeeld geëxperimenteerd wordt met een nieuwe bekostigingssystematiek. Het op korte termijn vrijgeven van prijzen op markten met schaarsteproblemen brengt het risico van excessieve prijzen met zich mee. Aanbieders kunnen gebruiken maken van hun marktmacht en consumenten uitsluiten. Daarnaast is er een budgettair risico. Er moet daarom eerst een manier worden gevonden om de structurele schaarste op deze markten te verhelpen voordat zij kunnen worden vrijgegeven.

Proces

Voor de beroepsgroepen waarvoor de condities goed lijken voor vrije prijsvorming, ofwel de korte-termijngroep, zal de NZa als eerst een consultatiedocument schrijven. Indien ook het uiteindelijke visiedocument aantoont dat de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn, dan adviseert de NZa om deze markten per 1 januari 2008 vrij te geven. Of dit ook uiteindelijk ook werkelijk gebeurt is uiteraard afhankelijk van de goedkeuring van de minister.

Bij de kandidaten waarvoor de NZa op korte termijn een consultatiedocument schrijft, kan nog een nader onderscheid worden gemaakt tussen twee groepen. Voor de eerste groep kandidaten zal de NZa in het voorjaar van 2007 een consultatiedocument en uiteindelijk een visiedocument schrijven. Het gaat hierbij om de markt voor oefentherapie; de markt waarop eerstelijns psychologen opereren en enkele prestaties die binnen de tandheeskundige zorg vallen. Daarnaast is er een groep met de overige kandidaten in de korte termijngroep. Hiervoor zal de NZa in de tweede helft van 2007 een consultatie- en visiedocument schrijven. Dit zijn de markten voor verloskundige zorg en diëtetiek. Indien de minister van VWS besluit om deze twee markten vrij te geven, dan zijn zij geen kandidaat om al per 1 januari 2008 te worden vrijgegeven. Daarvoor is de voorbereidingstijd te kort.

Voor de beroepsgroepen die in de groep vallen waarvoor op middellange termijn een consultatiedocument geschreven zal worden, doet de NZa in 2007 onderzoek naar de structurele oorzaken achter de schaarste op de

betreffende markten. Op basis van dit generieke onderzoek zal zij een advies met aanbevelingen formuleren om deze schaarste te verkleinen en de toetredingsdrempels te verlagen.

Tabel A 1: Onderverdeling beroepsgroepen naar korte en middellange termijn

Korte termijn	Middellange termijn
Oefentherapeuten Verloskundigen Diëtisten Eerstelijnspsychologen Prestaties tandheelkundige zorg	Apotheekhoudende huisartsen Apothekers Huisartsen Logopedisten Psychiaters Tandartsen (algemeen practici) Orthodontisten Mondhygiënisten Kaakchirurgen

Agenda

De voorgestelde agenda voor 2007 ziet er als volgt uit³:

Voorjaar 2007

- Consultatiedocument oefentherapie. Dit valt samen met het mogelijk vrijgeven van markt voor fysiotherapie op 1 januari 2008.
- Consultatiedocument eerstelijnspsychologen (om te beoordelen of het nodig is om deze beroepsgroep onder de WMG te brengen voor wat betreft de tariefregulering).
- Onderzoek naar het vrijgeven van prestaties in de tandheelkundige zorg.

Najaar 2007

- Consultatiedocument verloskundige zorg;
- Consultatiedocument diëtetik;
- Breed onderzoek naar oorzaken structurele schaarste op markten die nog niet klaar zijn om op korte termijn geliberaliseerd te worden.

2008 en later

- Overige consultatiedocumenten

³ De Nza behoudt zich het recht voor om van bovenstaande agenda af te wijken indien zich omstandigheden voordoen die hiertoe aanleiding geven.

Toelichting quickscan

1. Markt voor oefentherapie

Aantallen beroepsbeoefenaren: 1.750
Totale uitgaven (miljoen euro, BKZ): ± 15

Op de markt voor oefentherapie opereren naast de vrijgevestigde oefentherapeuten ook fysiotherapeuten en oefentherapeuten die intramuraal werkzaam zijn. De quickscan is ingevuld voor de vrijgevestigde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck (hierna: de oefentherapeuten).

Markttoegang

Er zijn geen signalen dat er op de markt een tekort aan oefentherapeuten is. Wel zijn er belangrijke regionale verschillen. Voor patiënten is het relatief eenvoudig om van aanbieder te veranderen. Bij de initiële keuze voor een aanbieder speelt de gebrekkige transparantie op het gebied van kwaliteit een rol. Dit komt vooral door het ontbreken van kwaliteitsindicatoren.

Marktgedrag partijen

Het product oefentherapie valt gedeeltelijk in het basispakket en voor de rest in het aanvullende pakket. Voor degenen die verzekerd zijn voor oefentherapie is er geen of een beperkte financiële prikkel om voor de aanbieder met de beste prijs/kwaliteitsverhouding te kiezen. Dit is mede afhankelijk van het contracteerbeleid dat de verzekeraars kiezen: contracteren zij breed of niet? Voor de verzekeraar zelf is er ook slechts een beperkte prikkel om op de kwaliteit van de ingekochte zorg te letten. De verwachting is immers dat de consument zich bij zijn keuze voor een polis niet zal laten leiden door de kwaliteit van dit product. Bovendien is er door de omvang van de uitgaven aan oefentherapie - die binnen de totale schadelast van de verzekeraar relatief gezien een gering bedrag uitmaken - maar een beperkte prikkel voor de verzekeraar om scherp in te kopen.

Externe effecten

De oefentherapeut vervult geen directe doorverwijsfunctie. Wel is de verwachting dat hij per 1 januari 2008 direct toegankelijk wordt. Het kan dan voorkomen dat hij patiënten doorverwijst naar de huisarts of bijvoorbeeld de fysiotherapeut. Dit is mede afhankelijk van de voorwaarden die een verzekeraar hieraan stelt. Het is echter niet de verwachting dat dit tot negatieve effecten leidt. De kans dat er zich ongewenste keteneffecten voordoen bij de eventuele introductie van vrije prijsvorming is klein. De kans op eventuele volume-effecten en risicoselectie is wel aanwezig.

Conclusie: De markt voor oefentherapie lijkt op basis van een eerste analyse aan de juiste condities voor vrije prijsvorming te voldoen. Er opereren voldoende aanbieders op de markt en het is voor nieuwe aanbieders gemakkelijk om toe te treden. De markt voor oefentherapie vormt daarom voor de NZa een kandidaat om op korte termijn verder te onderzoeken op zijn mogelijkheden om vrije prijsvorming te introduceren.

2. Vrijgevestigde diëtisten

Aantallen beroepsbeoefenaren: 300
Totale uitgaven (miljoen euro, BKZ): ± 28

In deze markt opereren naast de vrijgevestigde diëtisten onder andere de intramuraal werkzame diëtisten, de huisartsen, de kinderartsen, de allergologen en een heel scala aan andere beroepsgroepen. De quickscan is ingevuld voor de vrijgevestigde diëtisten.

Markttoegang

Er zijn geen signalen dat er een tekort aan diëtisten op de markt is. De patiënt kan ook gemakkelijk overstappen naar een andere aanbieder. Het gebrek aan transparantie in de markt beperkt dit gedrag wel.

Marktgedrag partijen

De producten die diëtisten leveren vallen voor een deel onder de basisverzekering. Het gaat hierbij om de eerste vier uur. Het verschilt per verzekeraar of het product in de aanvullende verzekering is opgenomen. Meestal is dit niet het geval. Als de prijzen worden vrijgegeven, is er voor de consument in het geval dat hij meer dan vier uur begeleiding nodig heeft dus een prikkel om op de kosten en kwaliteit van de geleverde producten te letten. Door de beperkte financiële omvang van de uitgaven aan dit product is de prikkel voor verzekeraars om op de kwaliteit van het product te letten en scherp in te kopen gering. Er zijn echter mogelijkheden voor de verzekeraars om zich bijvoorbeeld met bepaalde programma's op de consument te richten (obesitas, preventie). Met deze producten kunnen zij zich dan meer profileren.

Externe effecten

De diëtisten vervullen geen verwijfsfunctie naar andere beroepen. Het vrijgeven van prijzen zal hierop dan ook geen negatieve effecten hebben.

De kans op keteneffecten en volume-effecten is klein. Door de aard van het product, namelijk een op maat gesneden advies voor een dieet in combinatie met de begeleiding, waarvan de consument op een gegeven moment zelf kan beslissen of hij wil stoppen of niet, lenen de diensten die diëtisten aanbieden zich niet goed voor volume-effecten. Wel bestaat er bij de consument veel vraag naar dit product. In die zin is er sprake van 'consumer driven demand'. De kans op risicoselectie is gering.

Conclusie: De markt voor diëtetiek lijkt op basis van een eerste analyse aan de juiste condities te voldoen om vrije prijsvorming te introduceren. Er zijn voldoende aanbieders op de markt. De kans op eventuele negatieve externe effecten is klein. De markt is daarom voor de NZa een kandidaat om op korte termijn verder te onderzoeken op zijn mogelijkheden om vrije prijsvorming te introduceren.

3. Markt voor tandheelkundige zorg

Aantallen beroepsbeoefenaren:

Tandartsen: 7.500
Orthodontisten: 250
Mondhygiënisten: ?
Kaakchirurgen: 200

Totale uitgaven (miljoen euro):

Tandheelkundige zorg (wettelijk deel): 408
Tandheelkundig specialistische zorg: 90

In dit hoofdstuk staat de markt voor zowel tandheelkundige zorg als specifiek de beroepsgroep van tandartsen (algemeen practici) centraal. De initiële marktcondities van de verschillende beroepsgroepen die in deze markt opereren, te weten de tandartsen, de orthodontisten, de mondhygiënisten en de kaakchirurgen, verschillen namelijk niet zo veel van elkaar. Waar dit wel het geval is, wordt dit duidelijk aangegeven.

Markttoegang

Er zijn verschillende signalen die erop wijzen dat er op dit moment een tekort aan tandartsen bestaat⁴. Zo is het voor consumenten moeilijk om in hun woonplaats van tandarts te veranderen of zich opnieuw bij een tandarts te laten inschrijven als zij verhuizen. De situatie verschilt wel per regio. De schaarste wordt deels veroorzaakt door de aanwezigheid van toetredingsdrempels en dan vooral op het gebied van opleidingen. Ook voor orthodontisten, kaakchirurgen en in mindere mate mondhygiënisten geldt dat er sprake is van een tekort aan aanbieders en de aanwezigheid van toetredingsdrempels. In het geval van mondhygiënisten en kaakchirurgen is het voor consumenten wel makkelijker om van aanbieder te veranderen. Naast eventuele schaarste zijn in deze markt bij de beslissing om van tandarts te veranderen ook psychologische drempels van belang. Veel consumenten zijn namelijk bang dat zij bij verandering van tandarts zullen worden geconfronteerd met allerlei reparaties. Dit komt mede doordat zij niet goed de kwaliteit van de geleverde zorg en de noodzaak van een behandeling kunnen inschatten.

Marktgedrag partijen

De producten die tandartsen, orthodontisten en mondhygiënisten aanbieden vallen voor het grootste deel onder de aanvullende verzekering. De verstrekkingen die de kaakchirurgen leveren worden vergoed door de basisverzekering, evenals de tandheelkundige zorg voor kinderen onder de achttien jaar. De vergoeding in de aanvullende verzekering verschilt per verzekeraar. De meeste verzekeraars vergoeden de tandartskosten tot een maximumbedrag dat zij vooraf aangeven. Anders dan in andere sectoren staat in de tandheelkundige sector de zorgverleningsmarkt centraal. Er is nauwelijks sprake van een

⁴ Verwacht wordt dat er na 2010 een nog groter tekort aan tandartsen ontstaat. Dit is vooral een gevolg van de onevenwichtige leeftijdsopbouw van tandartsen. Hierdoor zullen op korte en middellange termijn meer tandartsen uittreden dan er nieuwe bijkomen.

zorginkoopmarkt; uitzondering hierop vormen de kaakchirurgen. Een prikkel voor verzekeraars om goed in te kopen is in de huidige constellatie afwezig. Een prikkel voor de consumenten om bewust in te kopen is wel aanwezig zodra hij een gedeelte van de kosten zelf moet betalen. Voor kaakchirurgen ontbreekt deze prikkel.

Externe effecten

De tandarts vervult een poortwachtersfunctie naar de orthodontisten en de kaakchirurgen. De kans op eventuele afwenteleffecten naar deze beroepsgroepen is echter klein. De kans op ongewenste keteneffecten is eveneens gering. Tandartsen, orthodontisten, mondhygiënist en kaakchirurgen werken immers weinig in ketens met andere beroepsgroepen⁵. De kans op volume-effecten is groot. Tandartsen krijgen de mogelijkheid om meer technieken en producten te introduceren onder vrije prijzen. De kans op risicoselectie is klein.

Conclusie: De tandheelkundige sector lijkt op basis van een eerste analyse in zijn algemeenheid niet klaar voor vrije prijsvorming op korte termijn. Voor alle beroepsgroepen geldt dat er op de markt een zekere schaarste is. Daarnaast is er sprake van toetredingsdrempels. Er zijn echter signalen dat dit beeld niet van toepassing is op alle prestaties die op deze markt worden geleverd. De NZa zal daarom onderzoeken of er mogelijk prestaties zijn waarvoor de initiële condities voor vrije prijsvorming op korte termijn gunstig zijn. Deze prestaties zijn kandidaat om op korte termijn verder te worden onderzocht. Voor de rest van de markt zal de NZa op middellange termijn een consultatiedocument schrijven.

⁵ Dit geldt vooral voor enkelvoudige, simpele mondzorg. Voor bijzondere behandelingen is samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen wel belangrijk.

4. De markt voor logopedie

Aantallen beroepsbeoefenaren: 1.800
Totale uitgaven (miljoen euro, BKZ): 53

Op deze markt opereren naast de extramuraal werkzame logopedisten onder andere de intramuraal werkzame logopedisten en onderwijsinstellingen. De quickscan is ingevuld voor de extramuraal werkzame logopedisten.

Markttoegang

Er zijn signalen dat er op de markt voor logopedisten sprake is van enige schaarste. Zo kennen sommige regio's wachtlijsten. Er bestaan voor aanbieders geen substantiële toetredingsdrempels om de markt te betreden. De numerus fixus voor de opleiding tot logopedist is sinds 2004 losgelaten.

Patiënten kunnen vaak kiezen tussen een groot aantal aanbieders in hun regio. De overstapkosten lijken daarom gering. Door het gebrek aan transparantie is het wel moeilijk om een aanbieder te kiezen.

Marktgedrag

Logopedie valt grotendeels binnen het basispakket. De prikkel voor de consument om kostenbewust in te kopen is daarom niet aanwezig. Voor de verzekeraars zijn er weinig prikkels om doelmatig in te kopen. Logopedie vormt slechts een klein deel van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg. Door het gebrek aan transparantie op het gebied van kwaliteit ontbreken voor verzekeraars ook de prikkels om de beste aanbieder te contracteren. Bovendien maken het grote aantal kleine aanbieders dat in de markt opereert de transactiekosten voor het met individuele aanbieders onderhandelen over producten hoog.

Externe effecten

De logopedisten vervullen geen poortwachtersfunctie. De kans op negatieve externe effecten doet zich vooral voor in de vorm van volume-effecten. Doordat de logopedist zelf de diagnosestelling en de behandelmethode kan bepalen, heeft de logopedist de mogelijkheid om de patiënt meer of zwaardere zorg te verlenen dan eigenlijk nodig is.

Conclusie: De markt voor logopedie leent zich op basis van een eerste analyse op korte termijn niet voor liberalisering. Er is sprake van enige schaarste op deze markt. De markt is daarom kandidaat voor de NZa om op middellange termijn verder te onderzoeken.

5. Apothekers en apotheekhoudende huisartsen

Aantallen beroepsbeoefenaren:

Apothekers: 2.680 (aantal instellingen)
Apotheekhoudende huisartsen: 590

Totale uitgaven (miljoen euro, BKZ): 4.160

Op deze markt opereren naast de apothekers en apotheekhoudende huisartsen onder andere de ziekenhuisapothekers, drogisterijen, aanbieders op internet en fabrikanten van medicijnen met een eigen dochterorganisatie. De quickscan is ingevuld voor de apothekers en apotheekhoudende huisartsen.

Markttoegang

In vergelijking met andere Europese landen heeft Nederland het minste aantal apothekers per 1000 inwoners. Dit kan erop duiden dat er sprake is van enige schaarste. De geschiedenis heeft laten zien dat er op deze markt toetredingsdrempels zijn. Zo is het een aantal bedrijven niet gelukt om deze markt te betreden. Het is deze partijen lastig gemaakt om hun marktactiviteiten te ontplooiën. Sommige hebben daarom hun pogingen om op deze markt te opereren gestaakt.

Voor klanten is het in principe relatief gemakkelijk om van apotheker te veranderen. Door het ontbreken van een elektronisch medisch dossier zijn aan het overstappen naar een andere aanbieder wel kwaliteitsrisico's verbonden. Dit kan consumenten weerhouden om van aanbieder te wisselen.

Marktgedrag

Voor medicijnen waarbij de consument het grootste gedeelte van de prijs zelf moet betalen bestaat er een directe prikkel om op de prijs van het product te letten. Gezien het grote financiële belang dat de uitgaven aan medicijnen in de kosten van verzekeraars uitmaken, hebben zij wat het verzekerde deel betreft een prikkel om op de prijs te letten. De verzekeraar probeert vooral invloed uit te oefenen op de uitgaven aan medicijnen door middel van het voorschrijfgedrag van huisartsen. Ook proberen verzekeraars verzekerden direct te sturen om preferente aanbieders te gaan die door hen zijn uitgekozen.

Externe effecten

Het is niet de verwachting dat een eventuele liberalisering van de markt tot negatieve externe effecten leidt. De apothekers vervullen geen verwijfsfunctie en werken slechts in een bepaalde mate samen met andere beroepsgroepen, zoals gezondheidscentra. Volume-effecten zijn niet mogelijk. Wel is er voor apothekers een prikkel om recepten op te knippen. Zij kunnen dan immers meerdere keren de receptregelvergoeding in rekening brengen.

Conclusie: Er lijkt een zekere schaarste aan apothekers te bestaan. Daarnaast is er in deze markt sprake van toetredingsdrempels. De NZa

voert op dit moment een onderzoek uit naar het meest ideale marktmodel voor deze markt. In dit onderzoek wordt op een fundamentele manier naar de markt gekeken, inclusief een eventuele ketenbenadering. Mede op basis van deze resultaten zal de NZa op middellange termijn voor deze markt een consultatiedocument schrijven.

6. De markt voor verloskundige zorg

Aantallen beroepsbeoefenaren: 1.000
Totale uitgaven (miljoen euro, BKZ): 115

Op deze markt opereren naast de verloskundigen ook de huisartsen en de gynaecologen. De quickscan is ingevuld voor de verloskundigen.

Markttoegang

Er is geen duidelijk inzicht of er op de markt voor verloskundigen voldoende aanbieders zijn. Begin 2000 was er nog sprake van een tekort. Sindsdien is het aantal opleidingsplaatsen verruimd, waardoor het tekort op termijn kan worden opgelost⁶. Er zijn wel regionale verschillen. Vooral in Zeeland is er een tekort aan verloskundigen. Patiënten kunnen daardoor niet thuis bevallen, maar zijn aangewezen op een ziekenhuis. De toetredingsdrempels die er zijn beperken zich tot de numerus fixus die voor opleidingen geldt en de verplichting voor beroepsbeoefenaren om BIG-geregistreerd te zijn. Dit laatste is echter ook nodig om de kwaliteit van de verleende zorg te borgen.

Het is voor patiënten relatief eenvoudig om van aanbieder over te stappen. Dit is uiteraard ook afhankelijk van de spreiding van het aanbod.

Marktgedrag

Verloskundige zorg valt binnen het basispakket. De prikkel om goede zorg in te kopen ligt daarom vooral bij de verzekeraars. Verloskundige zorg is een verstreking waarmee zij zich kunnen profileren. Het spreekt een interessante doelgroep aan (jonge gezinnen) en verzekeraars willen niet negatief in het nieuws komen dat zij deze zorg niet goed hebben gecontracteerd.

Externe effecten

De verloskundige vervult een poortwachtersfunctie bij de doorverwijzing van patiënten naar de tweede lijn. Het liberaliseren van een markt kan mogelijk negatieve effecten hebben op het doorverwijsgedrag naar de tweede lijn, zoals afwentelingseffecten en risicoselectie. Hierdoor kan een onnodige toestroom naar de tweede lijn plaatsvinden.

Doordat de verloskundige intensief samenwerkt met kraamzorgverleners en partusassistenten kan het vrijgeven van deze markt tot negatieve keteneffecten leiden. De kans op volume-effecten daarentegen is klein.

Conclusie: Op basis van een eerste analyse lijkt de markt voor verloskundige zorg aan de juiste condities te voldoen om op korte termijn vrij te geven. De indruk is dat er voldoende aanbieders op de markt opereren. De markt (dus inclusief de huisartsen en de gynaecologen) is daarom voor de NZa een kandidaat om op korte termijn verder te worden onderzocht op zijn mogelijkheden om vrije prijsvorming te introduceren.

⁶ Nivel stelt in haar Monitor Verloskundige Zorgverlening bijvoorbeeld dat het capaciteitstekort aan verloskundigen is opgelost. Al heeft een daling van het geboortecijfer hierbij mede een rol gespeeld.

7. De markt voor huisartsenzorg

Aantallen beroepsbeoefenaren: 7.200
Totale uitgaven (miljoen euro, BKZ): 1738

Op deze markt opereren naast de huisartsen ook medisch specialisten. Dit geldt vooral voor de chronische zorg en de acute zorg. Daarnaast kunnen ook de apothekers (denk aan diabetes- en longtesten die deze beroepsgroep levert) en bedrijfsartsen tot deze markt worden gerekend. De quickscan is ingevuld voor de huisartsen.

Markttoegang

Er zijn geen duidelijke signalen dat er sprake is van een tekort aan huisartsen⁷. Dit zal echter per regio verschillen. Voor huisartsen is het in principe mogelijk om zich overal te vestigen, maar in de praktijk blijkt dat dit moeilijk kan zijn. Zo kunnen gevestigde huisartsen weigeren om nieuwe huisartsen te laten participeren in waarnemersregelingen of andere samenwerkingsverbanden. Voor verzekeraars hoeft er ook niet altijd een prikkel te zijn om nieuwe huisartsen te contracteren: om de goede relatie met de huidige huisartsen te borgen, kunnen verzekeraars er vanaf zien om nieuwe toetreders te contracteren.

Voor de patiënt is het niet altijd even gemakkelijk om van huisarts te veranderen. Sommige huisartsen maken in contracten expliciet afspraken over het al dan niet opnemen van nieuwe patiënten die van een andere huisarts in de regio komen. Deze huisartsen kunnen dan weigeren om een patiënt uit een bepaalde postcodegebied in te schrijven. Wel is het zo dat huisartsen gebonden zijn aan de zogeheten vijftien minutennorm, waarbij zij in geval van acute zorg binnen vijftien minuten bij een patiënt moeten zijn. Hierdoor kunnen zij niet alle patiënten aannemen.

Marktgedrag partijen

De huisartsenzorg valt grotendeels binnen de basisverzekering. Een aantal verrichtingen worden vergoed via de aanvullende verzekering. De consument ervaart daardoor geen prikkel om goed in te kopen. Deze prikkel is er wel voor de verzekeraars. Mocht de markt voor huisartsenzorg worden vrijgegeven, dan is huisartsenzorg bij uitstek een product waarmee verzekeraars zich zullen willen profileren. De marktverhoudingen tussen beide partijen lijken in balans te zijn. Zowel de verzekeraars als de huisartsen zijn van elkaar afhankelijk. Geen van beide partijen beschikt over een machtspositie waardoor een partij zich onafhankelijk kan gedragen.

Externe effecten

Een mogelijke liberalisering van de markt voor huisartsen kan de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoren of het verwijsgedrag naar de tweede lijn beïnvloeden; hierdoor kan de kwaliteit

⁷ In 2000 was er nog sprake van een tekort aan huisartsen. Dit is grotendeels opgelost door de toestroom van praktijkondersteuners en nurse practitioners in de eerste lijn, die een deel van de werkzaamheden van de huisartsen hebben overgenomen. Wel is de verwachting dat er vanaf 2010 mogelijk weer een tekort aan huisartsen ontstaat. Dit hangt vooral samen met de uitstroom van huisartsen die de komende vijf jaar met pensioen gaan.

van de verleende zorg in gevaar komen. De introductie van vrije prijsvorming vergroot tevens de kans op volume-effecten en de selectie van goede risico's.

Conclusie: De huisartsen komen op korte termijn niet in aanmerking voor liberalisering. Dit hangt vooral samen met de poortwachtersfunctie die zij vervullen. Hoewel de kans dat zich negatieve externe effecten voordoen klein is, zijn de risico's in het geval dat deze effecten zich voordoen groot.

8. Eerstelijnspsychologen

Aantallen beroepsbeoefenaren: ± 1300

Totale uitgaven (miljoen euro, BKZ): ?

De eerstelijnspsychologen vallen op dit moment niet onder de Wmg, maar met de overheveling van deze beroepsgroep naar de Zvw zal dit vanaf 1 januari 2008 wel het geval zijn. De eerstelijnspsychologen vallen niet onder het BIG-register.

Markttoegang

De markt voor psychiatrie en daarmee ook eerstelijnspsychologen is moeilijk af te bakenen. Het aanbod is ondoorzichtig. Wel is bekend dat er in Zeeland, Limburg en Zuid Holland sprake is van tekorten. Op deze markt opereren psychiaters, psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, eerstelijnspsychologen, bedrijfspsychologen en nog een aantal andere beroepsgroepen. De activiteiten van al deze beroepsgroepen vertonen een overlap en kunnen in meer of mindere mate substituten van elkaar worden genoemd. Om die reden is het moeilijk om een antwoord te geven op de vraag of er voldoende aanbieders op deze markt opereren. Een belangrijke toetredingsdrempel is de opleidingscapaciteit. Het aantal psychologen dat een opleiding wil volgen is veel groter dan het aantal beschikbare plaatsen.

Door ondoorzichtige prestatiebeschrijvingen is het moeilijk om een eerste keuze voor een aanbieder te maken. Het is voor patiënten wel gemakkelijk om van aanbieder te veranderen.

Marktgedrag

Via de aanvullende verzekering kunnen klanten zich op dit moment voor de diensten die door eerstelijnspsychologen worden aangeboden verzekeren. Het te vergoeden bedrag verschilt per verzekeraar. Met de overheveling van de eerstelijnspsychologen naar de Zvw per 1 januari 2008 zal een deel van de behandeling, dat wil zeggen de eerste acht zittingen, binnen de basisverzekering vallen. Voor het overige deel kunnen klanten zich waarschijnlijk aanvullend verzekeren. Voor verzekeraars en consumenten is niet transparant wat voor product zij kopen. Er zijn bijvoorbeeld geen kwaliteitsindicatoren. Het is dan ook de vraag of verzekeraars en consumenten geprikkeld worden om goed in te kopen. Als patiënten een deel van de behandeling zelf moeten betalen, bestaat er wel een financiële prikkel om op de prijs van het product te letten.

Externe effecten

De eerstelijnspsychologen fungeren als poortwachter voor patiënten naar de tweede lijn. Hierdoor bestaat het gevaar dat zij de meer moeilijke patiënten, die zij in principe zelf kunnen behandelen, doorsturen naar de tweede lijn. Er vindt dan een onnodige verschuiving van zorg naar de tweede lijn plaats. Dit is uiteraard afhankelijk van de vormgeving van de financieringssysteem. De kans op eventuele negatieve keteneffecten is klein omdat de eerstelijnspsychologen niet daadwerkelijk samenwerken met andere beroepsgroepen, behalve dan met gezondheidscentra.

Conclusie: Voor de eerstelijnspsychologen gelden nu vrije tarieven. Het ministerie van VWS heeft echter het voornemen om voor deze beroepsgroep een maximumtarief vast te stellen en dus het tarief onder de WMG te brengen. Er bestaat op dit moment onvoldoende inzicht in het aantal aanbieders dat op de markt opereert. Voordat er een beslissing wordt genomen om deze markt onder de WMG te brengen, is het goed om te onderzoeken of de condities voor vrije prijsvorming in de markt aanwezig zijn of dat het beter is om de markt te reguleren.

9. Vrijgevestigde Psychiaters

Aantallen beroepsbeoefenaren: 1200
Totale uitgaven (miljoen euro, BKZ): 44

Vanaf 1 januari 2008 valt de extramurale GGZ en daarmee een deel van de vrijgevestigde psychiaters onder de Zvw. Op dat moment worden de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorg. Vrijgevestigde psychiaters zullen dan voor het extramurale deel moeten declareren door middel van DBC's. Het intramurale gedeelte blijft onder de AWBZ vallen. Voor de inkoop hiervan blijven de zorgkantoren verantwoordelijk. Deze quickscan richt zich op de vrijgevestigde psychiaters die werkzaam zijn in het extramurale gedeelte of het zogenoemde cure-gedeelte.

Markttoegang

Op de markt voor vrijgevestigde psychiaters is sprake van schaarste⁸. Ook is er een ongelijke spreiding van psychiaters over de regio's; vooral de verschillen tussen de stedelijke en de meer landelijke gebieden zijn aanzienlijk. Net zoals bij de eerstelijnspsychologen is het door de veelheid aan beroepsgroepen die op deze markt opereert echter moeilijk om vast te stellen wie precies de aanbieders zijn.

Een belangrijke toetredingsdrempel op de huidige markt is de noodzaak voor psychiaters om zich bij een lokaal initiatief aan te sluiten. Zonder deelname aan dit initiatief is het voor psychiaters niet mogelijk om hun geleverde prestaties te declareren. Psychiaters die al bij een lokaal initiatief zijn aangesloten ervaren niet altijd prikkels om nieuwe toetreders toe te laten vanwege de lumpsum financieringssystematiek. Met het afschaffen van die systematiek vervalt ook deze toetredingsdrempel.

Er zijn geen echte overstapkosten voor patiënten die van aanbieder willen veranderen. De huisarts regelt de jaarlijkse doorverwijzing en hier kan de patiënt invloed op uitoefenen. Het is echter de vraag of de huisarts goed zicht heeft op de kwaliteit die de psychiater levert. Psychiaters opereren namelijk relatief autonoom.

Marktgedrag partijen

Met de overheveling van de kortdurende GGZ naar de Zvw zullen de verstrekkingen die vrijgevestigde psychiaters verlenen voor een deel binnen de basisverzekering vallen. De verwachting is dat verzekeraars vooral een interne prikkel hebben om de kosten bij de inkoop van zorg te beheersen.

Externe effecten

De vrijgevestigde psychiater vervult geen verwijfsfunctie en werkt veelal niet samen met andere beroepsgroepen. De kans op negatieve externe effecten, zoals afwentelingseffecten en keteneffecten is daarom klein. Wel is de kans op volume-effecten en risicoselectie aanwezig, maar die is

⁸ Dit blijkt ook uit de banenmonitor van Medisch Contact. Van alle specialisten staan er op dit moment het grootste aantal vacatures uit naar psychiaters. Zie ook Medisch Contact van 20 oktober 2006.

mede afhankelijk van de financieringssysteem die verzekeraars zullen hanteren.

Conclusie: Zoals vermeld is in het visiedocument zal de NZa geen liberaliseringsadvies afgeven voor markten waar op dit moment reguleringsexperimenten gaande zijn. Voor de markt waarop de vrijgevestigde psychiaters opereren zal de NZa daarom op middellange termijn een consultatiedocument schrijven.

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl