Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Visiedocument NMa

December 2009

Inhoudsopgave

Samenvatting 2
1 Inleiding 6
1.1 Opzet notitie 8
2 Overzicht van de ontvangen klachten 10
2.1 Algemene Inventarisatie klachten individuele zorgaanbieders 10
2.2 Mondhygiënisten 14
2.3 Fysiotherapeuten 17
2.4 Uitkomsten rondetafelbijeenkomsten 19
3 Theoretisch raamwerk 21
3.1 Algemene Aspecten van Inkoopmacht 23
3.2 Zorgspecifieke aspecten van inkoopmacht 31
3.3 Wanneer collectief onderhandelen wenselijk kan zijn 43
4 Toegepaste analyse van twee deelsectoren 47
4.1 Huisartsen 47
4.2 Fysiotherapeuten 50
4.3 Vergelijken en concluderen 53
5 Conclusie 55
5.1 Relatie met onderzoek in opdracht van NZA 55
5.2 Samenvatting en conclusie 55

Samenvatting

Aanleiding

Dit visiedocument bevat de visie van de NMa over de positie van individuele, vrijgevestigde zorgaanbieders ten opzichte van zorgverzekeraars. Directe aanleiding voor het onderzoek zijn de diverse klachten die de afgelopen jaren ontvangen zijn over de gepercipieerde afhankelijke onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars en een serie rondetafelconferenties met individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gezamenlijk met de NZa is georganiseerd. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars geven aan dat in de huidige onderhandeling te weinig aandacht kan worden besteed aan de kwaliteit van zorg. Vooral omdat kwaliteit niet altijd goed zichtbaar is gemaakt, maar volgens de zorgaanbieders ook omdat een individuele zorgaanbieder onvoldoende weerwoord kan bieden tegen de als dominant ervaren zorgverzekeraar. Zorgaanbieders merken daarbij op dat de ervaren dominante positie van zorgverzekeraars en het verbod op collectief onderhandelen tot eenzijdig door de zorgverzekeraar opgelegde voorwaarden leidt en mogelijk tot een verslechtering van het zorgaanbod.

Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 heeft een zorgverzekeraar een grote rol gekregen bij het vormgeven van de vraag naar zorg. De wetgever heeft doelbewust voor deze nieuwe rol van de zorgverzekeraar gekozen om tegenwicht te geven aan de traditioneel sterke positie van de zorgaanbieder. Het is duidelijk dat beide kanten van de markt moeten wennen aan het invulling geven aan hun nieuwe rolverdeling. Het is ook duidelijk dat er transitieproblemen zijn die gepaard gaan met een dergelijke grote structuurverandering. Dit betekent nog niet dat er structurele mededingingsproblemen zijn die een nieuwe zienswijze vergen over de positie van de zorgaanbieder versus de zorgverzekeraars. Echter, mede op basis van de rondetafelconferenties wilde de NMa dat ook niet op voorhand uitsluiten. Een van de belangrijkste vragen uit de rondetafelconferenties waar dit visiedocument antwoord op geeft, is dan ook in hoeverre het wenselijk is vormen van collectief overleg toe te staan.

Doel en aanpak

Het doel van dit visiedocument is daarom duidelijkheid te geven in de effecten voor de consument (zowel in de rol van patiënt als in de rol van verzekerde) in termen van kwaliteit en prijzen indien de NMa zou toestaan dat zorgaanbieders zich in ruimere mate collectief mogen opstellen in onderhandelingen met zorgverzekeraars. De NMa heeft in dit onderzoek de verdeling van onderhandelingsmacht tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar steeds bekeken vanuit de mogelijke alternatieve opties (uitwijkmogelijkheden) bij de totstandkoming van bilaterale contracten binnen de specifieke setting van de zorgmarkt. De alternatieve opties die een onderhandelingspartij heeft om het gewenste resultaat te bereiken in een bepaalde onderhandelingssituatie, bepalen in dit kader de mate van (relatieve) onderhandelingsmacht van beide partijen en de mogelijke effecten voor de patiënt of verzekerde. Vanuit dit principe en vanuit de mogelijk onderscheidende karakteristieken van de zorgmarkt is bekeken in hoeverre de algemene visie met betrekking tot inkoopmacht, zoals neergelegd in het algemene Visiedocument Inkoopmacht van de NMa, aanvulling dan wel aanpassing behoeft als het wordt toegepast op de zorgsector in het algemeen en de positie van de individuele, vrijgevestigde zorgaanbieders in het bijzonder.

Kenmerken zorgmarkt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar

Er zijn drie duidelijke onderscheidende karakteristieken van zorgmarkten die er voor zorgen dat een additionele analyse gewenst is: (i) de zorgmarkt is een markt in transitie, (ii) de positie van de zorgaanbieder is anders dan de positie van aanbieders in andere markten waar inkoopmacht een rol speelt en (iii) de kwaliteit van geleverde zorg is vaak niet goed gedefinieerd.

Met de invoering de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 is de verhouding tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder anders komen te liggen. Een dergelijk grote structurele verandering gaat altijd gepaard met korte termijn wrijvingen en onvolkomenheden. Dit is op zichzelf echter nog geen reden om zorgaanbieders structureel anders te behandelen dan aanbieders in andere sectoren.

De positie van de individuele zorgaanbieder is anders dan die van een aanbieder in andere markten waar inkoopmacht (zoals mogelijk in het geval van bijvoorbeeld supermarkten) een rol speelt. Ten eerste heeft de individuele zorgaanbieder vaak meer informatie over de aard van de zorg die een patiënt behoeft dan de patiënt zelf, zeker als we dit vergelijken met andere sectoren. Ten tweede heeft een zorgaanbieder vaak een sterke persoonlijke band met de patiënt. Ten derde zorgt het feit dat de verzekerde patiënt niet zelf voor zijn zorgvraag hoeft te betalen er voor dat die vraag niet sterk prijsgevoelig is. Tenslotte heeft de zorgverzekeraar een wettelijke plicht tot het verzekeren van voldoende zorg, zowel in kwalitatieve als in kwalitatieve zin. Al deze factoren zorgen er voor dat de zorgaanbieder een relatief sterke positie (veel alternatieve opties) heeft, zeker als we die positie vergelijken met die van aanbieders in andere sectoren dan de zorg.

Onwenselijkheid collectief onderhandelen

Ook de positie van zorgaanbieders geeft daarom geen goede reden om hen anders te behandelen dan aanbieders in andere sectoren dan de zorg en zorgaanbieders toe te staan om collectief met zorgverzekeraars te onderhandelen. Zolang zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van de verzekerde zullen zij voldoende geprikkeld worden om eventuele inkoopvoordelen aan de verzekerde door te geven. Er zijn op dit moment voldoende tekenen dat de (landelijke) verzekeringsmarkt concurrerend is. De analyse in dit visiedocument komt dus tot de conclusie dat collectief onderhandelen over prijzen, productie, afzet en klanten, de belangrijkste concurrentieparameters, nog steeds uit den boze is. De wetgever heeft, zoals gezegd, de zorgverzekeraar als sterke inkopende partij in de zorgsector gepositioneerd. Het alsnog of opnieuw versterken van de positie van de individuele zorgaanbieder door collectief onderhandelen toe te staan zal juist het gewenste tegenwicht van de zorgverzekeraar teniet doen en daarmee mogelijk leiden tot hogere kosten en verslechtering van de kwaliteit van zorg en daarmee tot hogere verzekeringspremies en een slechter zorgaanbod voor patiënten.

Wenselijkheid collectief overleg over kwaliteitsstandaarden

Ten aanzien van overleg over kwaliteitsnormen ligt de conclusie genuanceerder. In dit visiedocument beargumenteert de NMa dat het goed is dat zorgaanbieders op landelijk niveau collectief met elkaar en de zorgverzekeraars overleggen om

kwaliteitseisen vast te leggen in wetenschappelijk gefundeerde professionele standaarden en daarbij kwaliteitsindicatoren te benoemen. Een van de belangrijkste belemmeringen voor de concurrentie in de zorg op dit moment is namelijk het gebrek aan duidelijkheid over de door de zorgaanbieders geleverde kwaliteit en daardoor van het vermogen van zorgaanbieders om zich ten opzichte van elkaar in kwaliteit te onderscheiden. Indien het collectief overleggen van zorgaanbieders er toe kan leiden dat de meetbaarheid van de kwaliteit van de geleverde zorg wordt vergroot, dan is dat gewenst. Een soortgelijke conclusie trekt de NMa voor het opzetten van een systeem waarin zorgverzekeraars (mee)betalen aan de kosten die zorgaanbieders moeten maken om te innoveren. Innovatie komt immers de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en uiteindelijk de patiënt/verzekerde ten goede door betere (toekomstige) service of lagere premies. Hierbij dient een individuele verzekeraar wel altijd de vrijheid te houden om wel of geen gebruik te maken van een bepaalde innovatie of om een ander kwaliteitsniveau aan te bieden. Ook zal de waardering van een bepaald kwaliteitsniveau in een te betalen prijs altijd tussen de zorgverzekeraar en een individuele zorgaanbieder tot stand moeten komen.

De invulling van een bepaald kwaliteitsniveau bij een zorgaanbod dat verder gaat dan zuiver medisch inhoudelijke en op wetenschappelijk bewijs gestoelde standaarden, beschouwt de NMa wel als een belangrijke concurrentieparameter. Dergelijke kwaliteit, waarbij gedacht kan worden aan de duur van een consult, extra service of het aanbieden van een avondspreekuur, mag dan ook niet collectief worden afgestemd.

1 Inleiding

Sinds 1 januari 2006 hebben zorgverzekeraars van de wetgever een centrale rol gekregen in de ordening van de gezondheidszorg. Hierbij neemt het gericht inkopen van zorg bij zorgaanbieders een centrale plaats in. Zorgverzekeraars doen zorgaanbieders een aanbod ten aanzien van de prijs en andere condities waartegen zorg wordt ingekocht. Doordat de verzekeraars concurreren om de gunst van de verzekerden is de aanname dat zij zich daarbij laten leiden door de wens van de verzekerden. Van verschillende zorgaanbieders (vooral van de vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders) heeft de NMa de afgelopen jaren een reeks van klachten ontvangen over de gepercipieerde onderdanige onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars geven wel aan te willen luisteren naar individuele zorgaanbieders, maar erkennen tegelijk dat individueel onderhandelen op (praktische) bezwaren stuit. In de onderhandelingsrelatie tussen vrijgevestigde zorgaanbieders en zorgverzekeraars leidt dit in de meeste gevallen tot de situatie waarin de zorgverzekeraar een (al dan niet gedifferentieerd) aanbod doet en iedere individuele zorgaanbieder dat aanbod kan accepteren of niet (slikken of stikken).

De NMa en NZa hebben gezamenlijk een aantal rondetafelconferenties georganiseerd waar aanbieders van verschillende soorten zorg (fysiotherapeuten, eerstelijns psychologen en psychiaters) als ook zorgverzekeraars bij aanwezig waren. De individuele zorgaanbieders uitten de wens om collectief te kunnen onderhandelen, zodat een evenwichtigere onderhandelingsrelatie ontstaat. Uit de rondetafelconferenties blijkt dat ook zorgverzekeraars niet onwelwillend staan tegenover meer collectieve onderhandelingen, met name om tot meetbare kwaliteitsnormen van de producten te komen die tot herkenbare en gedifferentieerde producten leiden.

Belangrijk is echter om op te merken dat de wetgever expliciet de zorgverzekeraar meer marktmacht heeft willen geven dan voorheen om te zorgen voor beheersbaarheid van de kosten in de zorg en om juist tegenwicht te geven aan de vermeende macht van zorgaanbieders. Anders dan in andere markten is het de zorgaanbieder zelf die beter weet welke behandeling (product) goed is voor de

patiënt (consument). Deze informatievoorsprong geeft de zorgaanbieder een andere positie ten opzichte van de patiënt/consument dan voor aanbieders in veel andere markten het geval is. Daarnaast is het zo dat partijen nog steeds moeten wennen aan de nieuwe rolverdeling die de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet met zich meebrengt.

De Mededingingswet staat marktpartijen onder bepaalde voorwaarden toe om collectief te onderhandelen. Zo bestaat er op grond van de zogeheten bagatelregeling de mogelijkheid voor marktpartijen in geval van maximaal 8 ondernemingen met een gezamenlijke omzet van maximaal €1.100.000 of een marktaandeel tot 5% en een gezamenlijke omzet van maximaal € 40.000.000 om gezamenlijk te onderhandelen over contractvoorwaarden.[1] Daarnaast bieden artikel 6 lid 1 (verbod op een merkbare mededingingsbeperking) en artikel 6 lid 3 (uitzonderingen op het kartelverbod) mogelijkheden om collectief te onderhandelen toe te staan, namelijk respectievelijk wanneer dat geen merkbaar mededingingsprobleem oplevert, danwel indien de voordelen van het collectief onderhandelen groter zijn dan de nadelen van de mededingingsbeperking.

Hoewel de NMa een algemeen visiedocument heeft opgesteld ten aanzien van het vraagstuk van inkoopmacht,[2] is er op dit moment onvoldoende duidelijkheid over hoe deze algemene regels in concrete gevallen van onderhandelingen tussen vrijgevestigde zorgaanbieders en zorgverzekeraars toegepast moeten worden. Hierbij speelt mede de speciale positie van de gezondheidszorg een rol, waarbij vooral gedacht moet worden aan het algemene belang van een kwalitatief goed functionerend systeem en de specifieke eigenschappen van de relaties tussen zorgaanbieder, patiënt en zorgverzekeraar. In het bijzonder is het onvoldoende duidelijk:

- wat de belangrijke voor- en nadelen zijn van het collectief onderhandelen, met name voor patiënten/verzekerden;
- hoe die voor- en nadelen gewogen moeten worden;
- onder welke marktomstandigheden (welke deelsectoren en waarom daar wel en elders niet?) de voordelen groter zijn dan de nadelen.

[1] Zie ook Richtsnoeren voor de zorgsector; NMa, 12 december 2007
[2] Visiedocument Inkoopmacht, NMa, december 2004

Het doel van deze notitie is het verkrijgen van inzicht in de effecten voor de uiteindelijke consumenten (zowel in de rol van patiënt als in de rol van verzekerde) van het toestaan van het zich in meer of mindere mate collectief opstellen van individuele zorgaanbieders in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars (collectieve onderhandelingen over prijs, hoeveelheid, kwaliteit, prestatie-indicatoren, administratie). Hieronder zullen we onder 'collectief onderhandelen' verstaan elk collectief dat bestaat uit meer dan het aantal aanbieders dat zich verdraagt met de bagatelbepaling. Dit kan dus variëren van het maximum uit de bagatel tot en met het totale collectief van (alle) aanbieders (hierna: van bagatel tot volledig collectief).

De notitie geeft daarmee de NMa de mogelijkheid om de vraag te beantwoorden in welke gevallen collectief onderhandelen wenselijk is en welke ruimte de Mededingingswet daarbij biedt.

De NZa heeft een parallel onderzoek laten doen naar de rol van inkoopmacht van zorgverzekeraars in met name de ziekenhuissector en het daar gehanteerde representatiemodel. Dit onderzoek, dat ook ingaat op de positie van vrijgevestigde zorgaanbieders is door RBB Economics in samenwerking met Freshfields uitgevoerd (hierna: RBB rapport). Uit een eerste versie van dit RBB rapport blijkt dat RBB Economics, voor zover van toepassing, vergelijkbare conclusies trekt als de onderhavige notitie. In de conclusie van dit rapport komen we hier nog nader op terug.

1.1 Opzet notitie

De notitie is gebaseerd op twee pijlers:

(i) economische theorie over onderhandelingen tussen verkopers en kopers waarbij de marktcontext de *outside option* van beide partijen bepaalt.

(ii) de specifieke Nederlandse situatie ten aanzien van een aantal relevante beroepsgroepen in de zorg.

Vanuit deze twee pijlers wordt:

- Een theoretisch raamwerk ontwikkeld, gebaseerd op de relevante economische theorie met betrekking tot de onderhandelingsmarkt/-relatie van verkopers en inkopers in markten en aangepast aan en toegepast op specifieke kenmerken van Nederlandse zorgsectoren waar zorgverzekeraars met vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders onderhandelen;
- Op basis van dit theoretische raamwerk het mogelijke effect voor de patiënt/consument geanalyseerd van eventueel bestaande vormen van inkoopmacht en de mogelijke gevolgen van het toestaan van collectief onderhandelen door zorgaanbieders;
- De voor de patiënt/consument optimale schaal voor collectief onderhandelen (van bagatel naar volledig collectief onderhandelen) besproken (afhankelijk van waar de onderhandelingen betrekking op hebben en eventueel van de specifieke zorgsector).

We hebben gekozen voor de volgende opzet van de notitie. In het eerstvolgende hoofdstuk geven we een kort overzicht van de klachten die ontvangen zijn uit de verschillende sectoren. Daarna gaan we uitgebreid in op het theoretische kader van waaruit wij de onderzoeksvragen beantwoorden. We zullen daarbij eerst een algemeen theoretisch raamwerk schetsen dat vervolgens wordt aangepast om het toepasbaar te maken voor de zorgsectoren waar vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders actief zijn. Om de werking van het raamwerk inzichtelijk te maken, zullen we twee deelsectoren expliciet analyseren. Dit gebeurt in hoofdstuk 4. We hebben gekozen voor een analyse van de huisartsen en de fysiotherapeuten, omdat dit sectoren zijn waaruit relafief gezien veel klachten zijn ontvangen (zie tabel 1 hieronder). Daarnaast zijn deze sectoren respresentatief voor de twee uiterste situaties van onderhandelingsmacht. Hoofdstuk 5 sluit af met een algemene conclusie waarin concreet gesteld wordt onder welke randvoorwaarden de voordelen van collectief onderhandelen voor de consument (in zijn rol als verzekerde en als patiënt) groter kunnen zijn dan de nadelen en vooral waar die onderhandelingen dan wel over zouden moeten kunnen gaan.

2 Overzicht van de ontvangen klachten

Vanaf 2004, dus al voor de invoering van de Zorgverzekeringswet, maar lang na de afschaffing van de contracteerplicht ten aanzien van extramurale zorgaanbieders, zijn er van verschillende individuele zorgaanbieders klachten binnengekomen over het gedrag van zorgverzekeraars. In dit hoofdstuk worden die klachten geïnventariseerd.

2.1 Algemene Inventarisatie klachten individuele zorgaanbieders

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de door de NMa ontvangen tips, klachten en signalen (hierna: klachten) met betrekking tot de inkoopmacht van zorgverzekeraars over de periode 2004-2009

Tabel 1. *Aantal meldingen per beroepsgroep*

Beroepsgroep	Totaal
Apotheker	1
Diëtist	1
Eerstelijnspsycholoog	4
Fysiotherapeut	10
Huisarts	6
Logopedist	1
Psychotherapeut	1
Oefentherapeut Mensendieck	2
Mondhygiënist	3
Plastisch chirurg	1
Psychiater	2
Tandarts	1
Niet bekende zorgaanbieder	2
Overig	1
Eindtotaal	36

Uit Tabel 1 blijkt dat de meeste meldingen afkomstig zijn van fysiotherapeuten, huisartsen en eerstelijns psychologen. Eén melding is niet gespecificeerd op beroepsgroep (Overig). Dit betreft een verzameling van klachten van zorgaanbieders die deels ook individueel als klager zijn geregistreerd en dus in bovenstaande tabel staan.

Tabel 2 geeft het aantal klachten per zorgverzekeraar weer. Een groot aantal klachten gaat niet over een specifieke zorgverzekeraar, maar over zorgverzekeraars in het algemeen. Wanneer specifiek over een zorgverzekeraar wordt geklaagd, worden de meeste zorgaanbieders weleens genoemd en worden AGIS, Menzis en Achmea iets vaker genoemd dan anderen. Het algemene beeld is echter dat er geen concentratie van klachten is rond een of enkele verzekeraars.

Tabel 2. *Meldingen per zorgverzekeraar*

Verzekeraar	Totaal
Achmea	2
AGIS	3
Agis, CZ en Zorg en Zekerheid	1
AGIS/Menzis	1
CZ	1
De Friesland	1
Menzis	3
Trias (VGZ)	1
UVIT	1
Zorgverzekeraars	22
Eindtotaal	36

Vervolgens wordt per beroepsgroep de inhoud van de klachten vermeld in onderstaande tabel 3. We zullen hier geen uitputtend overzicht geven van alle beklaagde gedragingen per individuele klacht, maar geven een overzicht van de verschillende soorten gedragingen die in de klachten terugkomen.

In alle klachten wordt de weigering door zorgverzekeraars om individueel te onderhandelen naar voren gebracht. Daarnaast zien we een variatie aan beklaagde gedragingen die soms in meerdere klachten terugkomen.

Tabel 3. *Inhoud van de melding per beroepsgroep*

Beroepsgroep	Inhoud melding
Fysiotherapeuten	• weigering individueel te onderhandelen over een standaardcontract • gekoppelde inkoop van ziekenfonds- en aanvullende verzekering • het aangeboden tarief en het hanteren van 'polisoverschrijdende' tarieven • niet apart vergoeden van behandeling aan huis • het op de website bekend maken van namen van fysiotherapeuten (en huisartsen) die een contract met betreffende verzekeraar hebben afgesloten • gebruik van benchmark • de hoogte van het restitutietarief bij behandeling door niet-gecontracteerde fysiotherapeut • transparantie van de 'benchmark' voor het aantal te vergoeden zittingen per patiënt of aandoening (beheersmodellen zorgverzekeraars) • kosten praktijkvisitatie om in aanmerking te komen voor kwaliteitsbonus • het bekend maken van gecontracteerde fysiotherapeuten op de website en aan huisartsen • cumulatieve effecten • parallellie in tarieven van zorgverzekeraars • Zorgverzekeraar wil praktijkcode niet afgeven. Dit is nodig voor het openen van een nieuwe praktijk • berekening van de spiegelinformatie is niet juist. Doordat fysiotherapeuten boven het gemiddelde in de regio werken, krijgen zij een C-status waardoor zij minder vergoed krijgen • Zorgverzekeraar dwingt lager tarief af wanneer geen gebruik wordt gemaakt van elektronisch patiëntendossier
Huisartsen	• weigering om individueel te onderhandelen over het voorgelegde (standaard) contract • het overeenkomen van een 'seniorenregeling' is niet mogelijk • Verre verzekeraars eisen dat integrale contracten met de hoofdverzekeraar worden toegestuurd. Volgens klager is dit niet conform de afspraak uit het convenant en willen verzekeraars over informatie beschikken die niet voor hen bedoeld is • Huisarts wil onderhandelen met verzekeraars over het aanbieden van diabeteszorg. Verzekeraars verplichten om dit in groepsverband te doen, anders worden ze niet gecontracteerd. Wil weten in hoeverre dit mag volgens Mw
Eerstelijnspsychologen	• Behandelingen worden alleen 100% vergoed wanneer melder een contract heeft met verzekeraar. Wanneer dit niet het geval is, wordt slechts 60-80% vergoed • zorgverzekeraar stelt maximumtarieven op en daaronder mag geboden worden. Zit je niet bij de beste biedingen en dus zonder contract, dan krijg je een lager tarief uitbetaald • Zorgverzekeraars eisen bij de contractering dat er een vermelding is op kiesbeter.nl. Deze vermelding is echter alleen mogelijk wanneer men lid is van LVE • Vermoedt prijsafspraken bij zorgverzekeraars. Bieden bijna allemaal hetzelfde tarief

Deze individuele klachten zijn door de NMa afgewezen omdat de diverse beklaagde gedragingen door de zorgverzekeraars geen aanleiding zouden geven om misbruik te veronderstellen. Of er al dan niet sprake zou zijn van een economische machtspositie (EMP) wordt in het midden gelaten. Ten overvloede meldt de NMa de klagers ten aanzien van het vermeend EMP het volgende:[3]

> *Voor een zorgaanbieder kan het van belang zijn om een contract te hebben met een zorgverzekeraar, bijvoorbeeld als deze veel verzekerden heeft in de regio waar hij praktijk uitoefent. Dit wil nog niet zeggen dat een zorgverzekeraar in een regio waar deze relatief veel verzekerden heeft, per definitie over inkoopmacht beschikt. Of sprake is van inkoopmacht is van meerdere factoren afhankelijk. Met name de aanwezigheid en betekenis van (potentiële) alternatieve afnemers voor zorgaanbieders, is relevant voor de vraag of sprake is van inkoopmacht. Fysiotherapeuten kunnen met meerdere ziekenfonds- of naturaverzekeraars een overeenkomst aangaan, aangezien deze in het algemeen landelijk fysiotherapeutische zorg inkopen. Andere afnemers zijn daarnaast (ziekenfonds)verzekerden die bereid zijn het verschil met het restitutietarief te betalen, particulier verzekerden of verzekerden met een restitutiepolis en personen die geen aanvullende verzekering voor fysiotherapie hebben afgesloten. Voorts is de mobiliteit van zorgaanbieders/fysiotherapeuten relevant en eventuele tegenmacht van zorgaanbieders/fysiotherapeuten door bijvoorbeeld (regionale) schaarste, specialisatie of productdifferentiatie.*[4]

Zowel de mondhygiënisten als de fysiotherapeuten hebben geen genoegen genomen met de afwijzing van de klacht en hebben (ook) op koepelniveau opnieuw een klacht (respectievelijk het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; hierna KNGF en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten; hierna NVM) ingediend. In de inhoud van die klachten is een verschuiving te zien van de onvrede over verschillende afzonderlijke inhoudelijke gedragingen van zorgverzekeraars (zoals te lage tarieven, koppeling aanvullende en

[3] Zie besluit NMa, zaak 5142, document 133, randnummers 20 t/m 22.
[4] Zie ook NMa visiedocument inkoopmacht, par. 3.3.1. Tijdens de hoorzitting op 25 april 2006 heeft het KNGF ook aangegeven dat fysiotherapeuten die zich op zogenaamde nichemarkten richten minder afhankelijk zijn van een contract met een ziekenfonds/zorgverzekeraar (zie par. 2.3 pleitnota van het KNGF; dossierstuk 5142/117 en 124).

hoofdverzekering e.d.) naar het enkele feit dat de zorgverzekeraars niet met individuele zorgaanbieders onderhandelen. De procesgeschiedenis voor de mondhygiënisten en de fysiotherapeuten wordt hieronder in twee afzonderlijke secties besproken.

Naast deze formele klachten heeft vooral de NZa ook een aantal signalen van zorgaanbieders ontvangen met betrekking tot het feit dat zij zeer regelmatig geconfronteerd worden met patiënten die vragen hebben over de polisvoorwaarden van de verzekering. Dit is natuurlijk niet direct een zaak voor de zorgaanbieders, maar in de dagelijkse praktijk is het vaak niet makkelijk dit aan de eigen patiënten te vertellen, omdat de zorgaanbieder als eerste aanspreekpunt gezien wordt. Om deze administratieve lasten voor de zorgaanbieders te beperken, zijn zij er bij gebaat dat de zorgverzekeraars verzekeringen aanbieden met transparante polisvoorwaarden.

Een ander aspect met betrekking tot de administratieve lasten betreft de relatie met de verzekeraar over informatiesystemen, bijvoorbeeld met betrekking tot declaraties. Op beide aspecten met betrekking tot de administratieve lasten komen we in latere hoofdstukken terug.

2.2 Mondhygiënisten

Op 31 mei 2005 heeft de NVM[5] een klacht ingediend over vermeend misbruik van een economische machtspositie door Amicon en Geové. Volgens de NVM was er sprake van misbruik van EMP door de zorgverzekeraars doordat zij eenzijdig contractuele voorwaarden opstelden en daar niet op individuele basis over wilden onderhandelen. Daarbij kwam alleen gecontracteerde zorg voor verzekerden voor vergoeding in aanmerking, waardoor de keuzevrijheid voor verzekerden zou worden beperkt. In de eenzijdig opgestelde overeenkomst zou een aantal onredelijke voorwaarden worden gesteld, zoals de koppeling tussen aanvullende

[5] Een vergelijkbare procedure heeft gespeeld tussen mondhygiëniste Van der Werff, Agis en de NMa. Omdat beide zaken inhoudelijk niet relevant verschillen beperken wij ons daarom in het vervolg van dit rapport steeds tot de verwijzing naar de procedure rond de NVM

verzekering (AV) en basisverzekering (BV) en het vervangen van een uurtarief door een verrichtingentarief.

De NMa heeft hierop geoordeeld dat een zorgverzekeraar niet verplicht is om individueel met alle zorgaanbieders te onderhandelen, ook niet als er sprake is van een EMP. Daarbij is niet aangetoond dat er sprake was van misbruik, omdat niet is gebleken dat de zorgverzekeraars in de vaststelling van de voorwaarden of de aanbieding van contracten niet objectief, transparant of non-discriminatoir hebben gehandeld. Of er sprake was van een economische machtspositie heeft de NMa in het midden gelaten, omdat misbruik al niet aannemelijk was gemaakt.

Dit standpunt is na bezwaar van de NVM door de NMa bevestigd. De NVM is vervolgens naar de rechter gegaan. Volgens de rechtbank kan niet gezegd worden dat het aanbieden van een standaardovereenkomst op zich zelf al misbruik van EMP vormt, maar valt het in de gegeven situatie ook niet uit te sluiten dat het wel tot misbruik leidt. De economische machtspositie is in dit geval niet onderzocht, maar het staat niet ter discussie dat de zorgverzekeraar een groot marktaandeel had. Volgens de rechtbank moet ernstig worden betwijfeld of de verzekerden nog wel een reële keuze hadden omdat het niet voor de hand ligt dat een verzekerde kiest voor een niet- gecontracteerde mondhygiënist. De zorgverzekeraar beheerst zo ten opzichte van de zorgaanbieders de toegang tot haar verzekerden. Volgens de rechtbank kan daarom niet op voorhand worden gesteld dat niet wordt voldaan aan het element misbruik en had de NMa daar onderzoek naar moeten doen. Volgens de rechtbank dient het bestreden besluit te worden vernietigd en dient een nieuwe beslissing op bezwaar te worden genomen.

De NMa is in hoger beroep gegaan. Aangezien het onderzoek naar de specifieke omstandigheden op de markt voor mondzorg en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars op dat gebied beperkt was, heeft de NMa hangende het hoger beroep nader onderzoek hiernaar laten verrichten door SEO.[6] Dit om het ontbreken van aanwijzingen voor marktverstoringen nader feitelijk te onderbouwen en het risico op terugverwijzing voor nader onderzoek te beperken.

[6] SEO economisch onderzoek; Marktonderzoek gedrag verzekeraars ten opzichte van mondhygiënisten; 2008.

Ter zitting bij het CBb heeft de NMa aangegeven dat enkel het niet onderhandelen over een standaardcontract geen misbruik kan zijn. De inhoud van de overeenkomst zou dat wel kunnen zijn als sprake zou zijn van marktverstorende elementen van structurele aard. Aanwijzingen daarvoor zijn niet gevonden. Het CBb stelt de NMa in het gelijk dat er onvoldoende aanwijzingen waren voor verstoring van de markt voor mondhygiënische zorg die tot nader (uitgebreider) onderzoek noopten naar de marktpositie en het contracteerbeleid van Menzis en Agis. Het CBb acht het op zichzelf voorstelbaar dat in een markt als de onderhavige zich verstoringen kunnen voordoen in de zin dat zorgverzekeraars eenzijdig contracten zouden kunnen opleggen die ongunstig zijn voor mondhygiënisten en consumenten. Dat neemt echter niet weg dat er in dit geval onvoldoende aanwijzingen waren voor een dergelijke verstoring van de markt voor mondhygiënische zorg. Daarbij neemt het CBb mede in aanmerking de in de beslissing op bezwaar geschetste ontwikkelingen in het stelsel van gezondheidszorg en het gegeven dat de NMa genoodzaakt is haar onderzoekscapaciteit doelmatig in te zetten. Het CBb laat in het midden of de stelling van de NMa dat alleen de contractbepalingen misbruik kunnen opleveren en niet het niet onderhandelen daarover als zodanig, onder alle omstandigheden juist is. In dit geval acht het CBb dit wel in zoverre juist dat de NMa aan dit enkele niet onderhandelen geen aanwijzing hoefde te ontlenen om nader te onderzoeken of dat misbruik opleverde nu er onvoldoende tot nader onderzoek nopende aanwijzingen waren voor een dreigende verstoring van de markt voor mondhygiënische zorg.[7] [8]

Enkele inhoudelijke punten die in de verschillende zaken naar voren zijn gebracht, spelen ook in het vervolg van deze notitie een rol. Deze punten worden hieronder kort opgesomd.

- De NVM stelt dat zorgverzekeraars een monopoliepositie creëren omdat de praktijk van mondhygiënisten voor een groot deel bestaat uit patiënten die

[7] Uitspraak College van Beroep voor het bedrijfsleven op het hoger beroep van de Raad van Bestuur van de NMa en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten; 24 november 2009.
[8] Zie ook Uitspraak College van Beroep voor het bedrijfsleven op het hoger beroep van de Raad van Bestuur van de NMa en Van der Werff; 24 november 2009.

verzekerd zijn bij een regionaal opererende zorgverzekeraar. Als een mondhygiënist de overeenkomst niet tekent, betekent dit dat zij patiënten zal verliezen en daarmee omzet;[9]

- Menzis geeft aan dat zij in principe iedere mondhygiënist een overeenkomst aanbiedt, zodat een verzekerde (potentieel) ruime keus heeft;[10]
- De consument/verzekerde heeft keuze ten aanzien van de soort verzekering (natura, restitutie of combinatie), ten aanzien van de mate van vergoeding van mondzorg in de aanvullende verzekering en ten aanzien van de mondhygiënisten of tandartsen die hij bezoekt;[11]
- Een mogelijk tekort aan mondzorgverleners vormt geen prikkel om de inkoop of het kwaliteitsniveau te verminderen.[12]

2.3 Fysiotherapeuten

Vanaf begin 2004 heeft de NMa van verschillende individuele fysiotherapeuten klachten ontvangen. Volgens deze fysiotherapeuten maken de zorgverzekeraars misbruik van hun EMP. De NMa wijst deze klachten af. Na een aantal besluiten en bezwaren ten aanzien van de vraag of individuele fysiotherapeuten belanghebbend zijn, wordt uiteindelijk een bezwaar van de koepelorganisatie KNGF door de NMa in behandeling genomen. De NMa bevestigt haar eerdere besluit. Na beroep bij de rechtbank door het KNGF bevestigt ook de rechtbank dat er geen aanleiding is om misbruik te veronderstellen op de verschillende gedragingen van zorgverzekeraars, ook niet als cumulatief effect. De rechtbank gaat niet in op de mogelijke machtspositie van verzekeraars.

Enkele inhoudelijke punten die in de verschillende zaken naar voren zijn gebracht spelen ook in het vervolg van deze notitie een rol. Deze punten worden hieronder kort opgesomd.

- Achmea geeft aan dat het haar beleid was om zoveel mogelijk te contracteren omdat daardoor de kwaliteit zoveel mogelijk gewaarborgd was.

[9] Ingediende pleitnotities NVM voor zitting rechtbank Rotterdam 25-05-2007; zaak 5166
[10] Ingediende pleitnotities Menzis voor zitting rechtbank Rotterdam d.d.d 25-05-2007; zaak 5166
[11] Ingediende pleitaantekeningen NMa voor zitting rechtbank Rotterdam d.d. 25-05-2007; zaak 5166
[12] Ingediende pleitaantekeningen NMa voor zitting rechtbank Rotterdam d.d. 25-05-2007; zaak 5166

Zij heeft alle fysiotherapeuten in de gelegenheid gesteld om een overeenkomst te sluiten en 99% heeft de overeenkomst aanvaard.[13]

- Het KNGF stelt dat fysiotherapeuten economisch afhankelijk zijn van de regionaal dominante zorgverzekeraar. Niet zelden is ruim 80% van de patiëntenpopulatie van een fysiotherapeut verzekerd bij één regionaal dominante verzekeraar. De mogelijkheid om de overeenkomst niet te tekenen is daarmee geen optie.[14]
- De NMa constateert dat er concurrentie is tussen zorgverzekeraars op het gebied van verkoop van zorgverzekeringen en deze is in de betrokken periode toegenomen; er zijn aanwijzingen voor een landelijke markt voor zorgverzekeringen; dit vormt een prikkel voor zorgverzekeraars om rekening te houden met de wensen van verzekerden/consumenten.[15]
- De consument/verzekerde heeft in principe een keuze ten aanzien van het soort verzekering (natura, restitutie of combinatie), ten aanzien van de mate van vergoeding van fysiotherapie in de aanvullende verzekering en ten aanzien van de fysiotherapeut die hij bezoekt.[16]
- Er geldt een wettelijke eis voor zorgverzekeraars om zorg te dragen voor een voldoende aanbod van zorg, ook in kwalitatief opzicht.[17]
- Er is enige mate van aanbodoverschot van fysiotherapeuten door teruglopende dekking in het basispakket.[18]

[13] Ingediende pleitnotities van Zilveren Kruis Achmea bij zitting d.d. 25-05-2007; zaak 4709
[14] Ingediende pleitnotities van KNGF bij zitting d.d. 25-05-2007; zaak 4709
[15] Ingediende pleitaantekeningen NMa voor zitting rechtbank Rotterdam d.d. 25-05-2007; zaak 4709
[16] Ingediende pleitaantekeningen NMa voor zitting rechtbank Rotterdam d.d. 25-05-2007; zaak 4709
[17] Ingediende pleitaantekeningen NMa voor zitting rechtbank Rotterdam d.d. 25-05-2007; zaak 4709
[18] Ingediende pleitaantekeningen NMa voor zitting rechtbank Rotterdam d.d. 25-05-2007; zaak 4709

2.4 Uitkomsten rondetafelbijeenkomsten

Zoals in de inleiding reeds gezegd hebben de NMa en de NZa gezamenlijk, naar aanleiding van de klachten die ontvangen zijn, een aantal rondetafelbijeenkomsten georganiseerd. Zorgaanbieders (fysiotherapeuten, eerstelijns psychologen en psychiaters) en zorgverzekeraars kregen tijdens de (afzonderlijke) rondetafelbijeenkomsten de gelegenheid om op gestructureerde wijze hun stellingen en standpunten over het inkoopproces tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar naar voren te brengen. Aan de hand van drie hoofdvragen is er met de deelnemers van de rondetafelbijeenkomsten gesproken:

1. Hoe ziet de markt voor het betreffende zorgaanbod eruit?
2. Hoe kunnen de spelers op deze markt worden getypeerd?
3. Hoe gedragen de spelers zich?

De hieronder beschreven bevindingen geven een beeld van de uitkomsten van de bijeenkomsten. We concentreren ons daarbij op de opmerkingen die gemaakt zijn over de onderhandelingsrelatie tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De bijeenkomsten waren niet bedoeld om een representatief beeld te krijgen van allerlei problemen die de partijen ervaren. Eerder was het de bedoeling om partijen de gelegenheid te geven dieper in te gaan op hun klachten.

Bevindingen

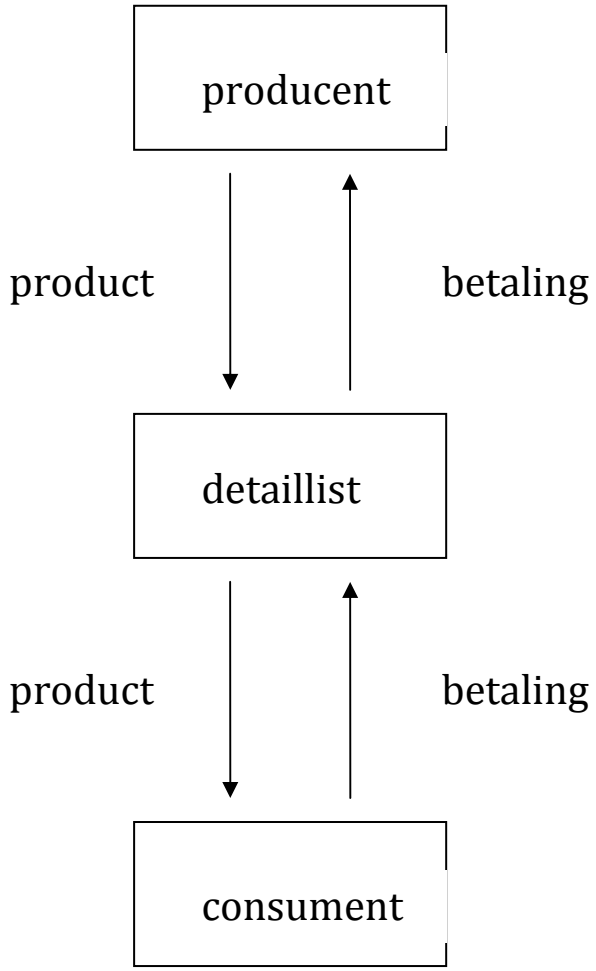
1. De markt van de individuele zorgaanbieders lijkt te worden gekenmerkt door een beperkte geografische omvang. Enkel in geval van zeer gespecialiseerde zorg zijn consumenten bereid buiten de directe omgeving te reizen. Soms blijken individuele zorgaanbieders niet alleen onderling te concurreren, maar ook met grotere instellingen. Dit is onder andere het geval bij eerste- en tweedelijns psychologie en psychiatrische zorg. Deze substitueerbaarheid aan de aanbodzijde vergroot de keuzemogelijkheden van consumenten en daarmee die van zorgverzekeraars.
2. In beginsel hebben consumenten voldoende keuzemogelijkheden. Indien consumenten ontevreden zijn over een zorgverzekeraar of zorgaanbieder, dan hebben zij voldoende mogelijkheid om te switchen van zorgverzekeraar of zorgaanbieder. Daarnaast kan een consument kiezen tussen een

naturapolis en een restitutiepolis. Ook in geval van een naturapolis kan een consument altijd nog kiezen voor (gedeeltelijke) eigen betaling.

3. In veel gevallen laten consumenten zich vooral sturen door de huisarts. Sturing door zorgverzekeraars is nog zeer beperkt, maar neemt wel toe.
4. Zorgverzekeraars geven aan dat zij tot nu toe nog onvoldoende onderscheidend vermogen bij zorgaanbieders zien op het gebied van kwaliteit of productinnovatie. Samen met de grote aantallen individuele zorgaanbieders beperkt dit de mogelijkheid of wenselijkheid van individuele contractonderhandelingen of selectie van zorgaanbieders. Steeds meer zorgverzekeraars bieden zorgaanbieders wel een keuze uit meerdere contracten aan waarbij differentiatie op een beperkt aantal kwaliteitsindicatoren mogelijk is (verschillende tarieven voor verschil in kwaliteit). Verschillende koepels van zorgaanbieders zijn op landelijk niveau samen met zorgverzekeraars en onder regie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bezig met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren.
5. De sterkere onderhandelingspositie van zorgverzekeraars heeft bij verschillende zorgaanbieders geleid tot de wens collectief te kunnen onderhandelen. Dit zou tot betere afspraken leiden over kwaliteit, prijzen en administratieve handelingen.
6. Er zijn geen tekenen van of bewijs voor mededingingsproblemen die voortvloeien uit inkoopmacht van zorgverzekeraars naar voren gekomen. De ervaren problemen die de zorgaanbieders tijdens de rondetafelconferenties naar voren brachten, komen vooral voort uit wettelijke bepalingen en andere regelingen (bijvoorbeeld welke soort zorg er in het basispakket opgenomen dient te zijn of hoe de bekostiging en financiering van de zorg is geregeld). Daarnaast spelen de systeemveranderingen (transitie) waar de verschillende zorgaanbieders mee te maken hebben een rol, zoals de invoering van de DBC-systematiek in de psychiatrie. Dit vraagt een groot aanpassingsvermogen van alle partijen.

3 Theoretisch raamwerk

In de meer algemene analyses over de definitie en de gevolgen van inkoopmacht staan sectoren centraal waarbij er ten minste drie schakels in de bedrijfskolom te onderscheiden zijn: de producenten, de detaillisten en de consumenten. De detaillisten zijn de centrale spelers in dergelijke sectoren, omdat zij zowel als vragende partij een rol spelen in de inkoopmarkt (de *upstream market*), maar ook als verkopende partij een belangrijke rol hebben in de uiteindelijke consumentenmarkt (*downstream market* of markt voor het eindproduct). De volgende figuur maakt deze verticale structuur duidelijk.

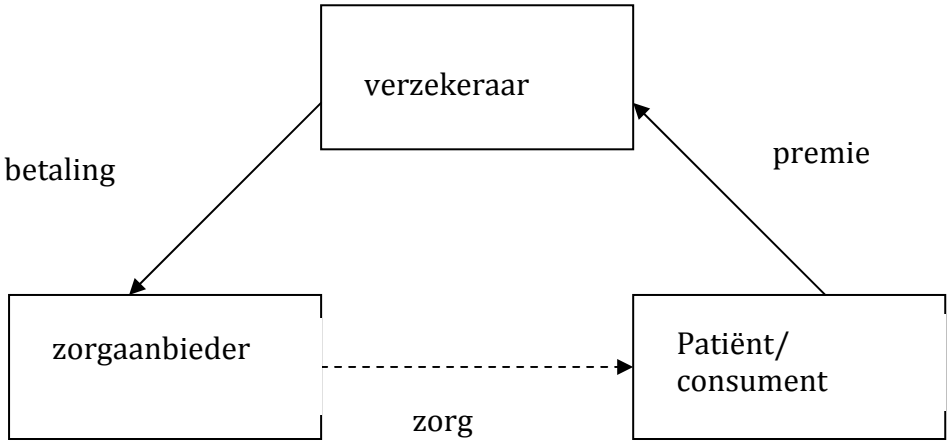


Er is sprake van inkoopmacht als de detaillist in de *upstream market* een economische machtspositie inneemt en zich onafhankelijk kan gedragen van zijn leveranciers. Merk op dat de mate van inkoopmacht van de detaillist voor een belangrijk deel afhankelijk is van de mate waarin hij degene is die “toegang” geeft

tot het merendeel van de uiteindelijke consumenten. Als een producent meerdere manieren heeft waarop hij zijn product aan de uiteindelijke consument kan verkopen, dan is de inkoopmacht van de detaillist kleiner dan wanneer de detaillist als enige toegang geeft tot die groep consumenten.

De zorgmarkt als bijzondere markt

De relatie tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten in de zorgsector is mogelijk anders dan hierboven beschreven, vooral omdat de zorgverzekeraar niet in de rol van typische detaillist optreedt. De zorgaanbieders bieden de patiënten/consumenten rechtstreeks zorg aan, zodat (in bovenstaande terminologie) de aanbieders (producenten) rechtstreeks contact hebben met de uiteindelijke consumenten. Daarnaast is een belangrijk verschil dat de betaling voor de genoten zorg vaak niet direct van patiënten/consumenten naar zorgaanbieders verloopt, maar indirect via de zorgverzekeraars (tenzij er sprake is van een eigen bijdrage of de genoten zorg niet verzekerd is). De relaties zijn in onderstaande figuur weergegeven.



In dit verband wordt er vaak gesproken over drie markten. We spreken van een *zorginkoopmarkt* waar de zorgaanbieders met zorgverzekeraars onderhandelen over de voorwaarden waartegen de aanbieders een bepaalde kwaliteit zorg leveren, een *zorgverzekeringsmarkt* waar patiënten/consumenten kiezen welk type verzekering ze afsluiten bij welke zorgverzekeraar en een zorgverleningsmarkt waar zorgaanbieders zorg aan patiënten/consumenten leveren. Voor de analyse van mogelijke inkoopmacht van zorgverzekeraars zijn met name de eerste twee markten van belang. Er is sprake van inkoopmacht als de zorgverzekeraar op de

relevante zorginkoopmarkt een economische machtspositie heeft ten aanzien van zorgaanbieders.[19]

Hoewel er dus sprake is van een specifieke verhouding tussen de relevante drie typen spelers in de zorgsector is het voor een behandeling van het vraagstuk van inkoopmacht in de zorg toch raadzaam om eerst een aantal elementen te bespreken die relevant zijn als we het over inkoopmacht in het algemeen hebben. Daarna gaan we specifiek in op de karakteristieken van de zorgsector en dan vooral op de relatie tussen zorgverzekeraars en vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders. We zullen ons daarbij ook concentreren op de achtergronden van de geuite klachten, die alle te maken hebben met het vermeende misbruik van een vermeende machtspositie van de zorgverzekeraars. Tot slot buigen we ons over de vraag of er condities zijn waaronder het mogelijk gewenst is (vanuit het perspectief van de patiënt/consument) dat zorgaanbieders buiten de voorwaarden van de bagatelregeling om toch collectief kunnen onderhandelen en zo ja, waar die onderhandelingen dan over zouden moeten kunnen gaan.

3.1 Algemene Aspecten van Inkoopmacht

Mogelijke negatieve gevolgen van inkoopmacht kunnen in korte en lange termijn problemen onderscheiden worden.[20] Op de korte termijn is het vooral de druk op de winstmarges van leveranciers waar (vooral door leveranciers) aandacht voor gevraagd wordt. We doelen hier natuurlijk niet op het feit dat ook bij (nagenoeg) volledige concurrentie tussen aanbieders (en onafhankelijk van de positie van vragers) de winstmarges van leveranciers onder druk staan, maar meer op de (additionele) druk die door inkoopmacht wordt uitgeoefend. Op de lange termijn spelen vooral de gevolgen van de beperkte prikkels voor leveranciers om te innoveren en voor voldoende productdifferentiatie te zorgen een belangrijke rol.

[19] In het mededingingsrecht is er sprake van een economische machtspositie indien een marktpartij zich onafhankelijk van zijn afnemers en/of zijn concurrenten kan opstellen.
[20] Dobson, P. Clarke, R. Davies, S. Waterson, M. “Buyer Power and its impact on competition in the food retail distribution sector of the European Union”, june 2000, page 4

Belangrijk bij de analyse van de gevolgen van inkoopmacht is het om het evaluatiecriterium goed voor ogen te houden. Klachten komen vaak van leveranciers die hun winstmarges onder druk zien staan. Uiteindelijk gaat het in een markteconomie echter niet om het beschermen van (de winstmarges van) concurrenten, maar om het beschermen van de concurrentie en dan met name om de vraag in hoeverre consumenten uiteindelijk gebaat zijn bij specifieke vormen van concurrentie in de bedrijfskolom. In deze notitie zal dit consumentensurplus de leidraad zijn voor de evaluatie van verschillende gedragingen. De NMa beschermt dan ook de consument en niet in eerste instantie de producent. In het kader van inkoopmacht is dit des te belangrijker, omdat bij voldoende concurrentie tussen detaillisten op de consumentenmarkt, consumenten kunnen profiteren van de lage prijzen en hoge kwaliteit die detaillisten op de inkoopmacht kunnen bedingen. Immers, inkoopmacht hoeft niet tot de nadelen te leiden die hiervoor zijn genoemd.

De moderne literatuur over inkoopmacht gaat veel verder dan de standaardbehandeling in termen van monopsonie. In die standaardbehandeling gaat het vooral om de vraag in hoeverre de enige inkoper/detaillist in de markt in staat is de prijs die de producenten voor hun producten krijgen te verlagen, door middel van het dreigen met het afnemen van een kleinere hoeveelheid dan het geval is onder concurrentie aan de vraagzijde van de inkoopmarkt. Hierdoor komt de inkoopprijs niet alleen voor de detaillist[21] zelf maar voor alle detaillisten onder druk te staan. Daarnaast kan inkoopmacht ook leiden tot een prijs die wordt teruggedrukt tot het niveau van de gemiddelde kosten van de (marginale) ondernemingen. In dat geval zal er geen kleinere hoeveelheid worden afgenomen en is de uitkomst wel welvaartsoptimaal, zij het dat het geheel ten koste gaat van het producentensurplus van de aanbieders op de inkoopmarkt. In de moderne analyse (zie voor een kort overzicht het CPB rapport over supermarkten en andere relevante literatuur)[22] gaat het naast deze dreiging van vraagreductie, vooral om de

[21] Merk op dat in de zorgsector de positie van de detaillist niet te vergelijken is met die van de zorgaanbieder maar eerder met die van de zorgverzekeraar.
[22] CPB document No 163. Static efficiency in Dutch supermarket chain. April, 2008. En daarnaast, Dobson P.W. , R. Clarke, S. Davies, M. Waterson, 2001, Buyer Power and its Impact on Competition in the Food Retail Distribution Sector of the European Union, *Journal of Industry, Competition and Trade*, Vol. 1 no. 3 (September 2001). pp. 247-281. Inderst, R. en C. Wey, 2003, Bargaining, mergers, and technology choice in bilaterally oligopolistic industries, *RAND Journal of Economics* 34, pp. 1-

bilaterale contracten tussen kopers en verkopers in B2B netwerken. Deze bilaterale contracten vragen om een andersoortige analyse waarin onderhandelingen centraal staan. Onderhandelingsmacht wordt daarin voor een belangrijke mate bepaald door de verschillende *outside options* van partijen die aan de onderhandelingen deelnemen.[23] De onderhandelingsmacht kan soms zodanig verdeeld zijn dat een partij eenzijdig contractvoorwaarden kan afdwingen. Bij onderhandelingen gaat het er vooral om in hoeverre een individuele detaillist in zijn onderhandelingen met aanbieders in staat is gunstigere voorwaarden voor zichzelf af te dwingen ten opzichte van zijn concurrenten. Inkoopmacht is dan dus vooral een relatieve aangelegenheid ten opzichte van andere detaillisten.

Om een economische machtspositie vast te stellen, is het nodig de relevante markt af te bakenen en de onderhandelingsmacht van partijen in die markt vast te stellen. Voor het bepalen van de relevante markt met het oog op de vaststelling van een economische machtspositie aan de inkoopzijde, zijn de alternatieve afzetkanalen die toeleveranciers hebben van belang. Onder alternatieve afzetkanalen moet daarbij soms ook verstaan worden de mogelijkheid om andere productmarkten of geografische markten te bedienen of zelfs om de productie te verleggen.[24]

Dus, een eerste aspect dat de onderhandelingsmacht mede bepaalt, is het marktaandeel dat partijen hebben, maar vooral ook het relatieve aandeel dat een speler heeft in de totale omzet van een bedrijf.[25] Beide percentages zijn niet zo zeer direct van belang, maar vooral in het bepalen van de *outside options* die een bedrijf heeft en die percentages moeten daarmee ook in wederzijdse afhankelijkheid van elkaar gezien worden. De omvang van de detaillist is van belang omdat het zijn outside options kan vergroten.[26] Zo kan een grote detaillist dreigen zelf productie ter hand te nemen door een producent over te nemen of door zelf het productieproces ter hand te nemen. Ook kan een grote detaillist toetreding aan de aanbodkant sponsoren om zo de zittende aanbieders onder druk te zetten. De

---

19. Doyle, C. en R. Inderst. 2007. Some Economics on the Treatment of Buyer Power in Antitrust. *European Competition Law Review*, pp. 210-9.

[23] Zie, bijvoorbeeld, Inderst & Mazzarotto, "Buyer Power in Distribution" .

[24] Zie de beslissing van de Europese Commissie in de Filtrona zaak (W. van Gerven e.a., Kartelrecht II, W.E.J. Tjeenk Willink, 1997, randnummer 426).

[25] Inderst, R. and Mazzarotto, N., "Some Economics on the Treatment of Buyer Power in Antitrust" pagina 6

[26] Inderst, R. and Mazzarotto, N., "Buyer Power in Distribution". Chapter XX, pagina 6

grootte van een detaillist beperkt daarnaast mogelijk ook de outside options van een aanbieder, omdat hoe groter de detaillist, hoe geringer de mogelijkheid om onafhankelijk van die detaillist producten aan de consument te verkopen.

Een tweede aspect dat daarnaast van cruciaal belang is, is de marktstructuur van de andere markten waar een speler actief is. Een detaillist met inkoopmacht is ook actief in de markt voor eindproducten met consumenten als vragers; leveranciers op de inkoopmarkt zijn op hun beurt vaak weer afhankelijk van de condities waartegen zijzelf in kunnen kopen. De *outside options* van een speler in de ene markt worden mede bepaald door de structuur van deze andere markten waarin hij/zij actief is. Zo zal een detaillist die door zijn klanten 'gedwongen' wordt een bepaald product in te kopen minder alternatieven hebben op de inkoopmarkt. De leverancier kan dit bijvoorbeeld bewerkstelligen door middel van reclame.

Naast deze twee, meer economisch theoretisch georiënteerde aspecten, spelen vaak ook andere, meer maatschappelijke aspecten een rol. Zo kan het in een maatschappij voor een grote groep mensen onacceptabel zijn dat een bedrijf een product zodanig aanbiedt dat bepaalde consumenten het product praktisch gezien niet kunnen kopen. Deze maatschappelijke waarden bepalen ook voor een belangrijk deel de outside options die marktpartijen in onderhandelingen hebben. Te denken valt bijvoorbeeld aan een ziekenhuis dat zijn röntgenapparatuur 23 uur per dag alleen ter beschikking stelt aan welgestelden die een hoge prijs kunnen betalen of die een zeer dure verzekering hebben genomen.

Indien een inkoper/detaillist een dusdanige onderhandelingsmacht heeft dat sprake is van een economische machtspositie op de inkoopmarkt, is de vervolgvraag of die detaillist ook misbruik van die machtspositie kan maken. Voor het vaststellen van misbruik van een economische machtspositie aan de vraagzijde gelden in beginsel dezelfde criteria als voor het vaststellen van misbruik van een economische machtspositie aan de aanbodzijde.[27] De weigering als zodanig van een onderneming met een economische machtspositie om te onderhandelen over een voorgelegd contract is niet op voorhand misbruik van inkoopmacht, maar valt onder de contractvrijheid van elke partij in een economische

[27] Noll, R.G. "Buyer Power and Economic Policy".

onderhandelingssituatie. Met name dient vastgesteld te worden of er, gezien de aangeboden voorwaarden, sprake is van *uitsluiting*. Onder uitsluiting dient dan te worden verstaan het uitsluiten door een dominante inkoper van andere inkopers op de inkoopmarkt, zodanig dat deze (ook) niet meer op de verkoopmarkt van de dominante inkoper kunnen opereren, met als gevolg dat de verkoopprijzen van de betreffende dominante onderneming zullen stijgen. Dat wil zeggen dat een dominante verzekeraar pas misbruik maakt van zijn positie indien door de contracten van de dominante verzekeraars andere verzekeraars van de zorgverzekeringsmarkt verdwijnen (althans van de relevante inkoopmarkt waarop de dominante verzekeraar opereert), zodat de consumenten op die markt hogere verzekeringspremies zullen gaan betalen.

Ook uitbuiting kan misbruik van een dominante positie opleveren, maar is als gedragsvorm lastiger te definiëren. Ook hier geldt dat het de consument (verzekerde) negatief moet raken. Er is dan mogelijk sprake van uitbuiting indien de, door de dominante inkoper opgelegde voorwaarden aan de leveranciers, productkwaliteit en/of innovativiteit van het product in kwestie zodanig achteruit gaat dat de consument met een relatief slechter (toekomstig) product wordt opgezadeld dan onder concurrentie het geval zou zijn geweest (de prijs/kwaliteit-verhouding verslechtert voor de consument). Het zal duidelijk zijn dat de consument dit alleen kan overkomen indien de betreffende dominante inkoper ook op zijn verkoopmarkt over een dominante positie beschikt, immers de consument zou anders gewoon op andere aanbieders kunnen overstappen.

In termen van de zorgsector betekent een en ander dat vooral uitsluiting een gevaar kan vormen, terwijl uitbuiting veeleer een risico zou vormen bij aanwezigheid van een dominante positie op de zorgverzekeringsmarkt voor een zorgverzekeraar.

Mogelijke gevolgen van onderhandelingsmacht

De boven beschreven aspecten geven de structuur weer waarin onderhandeld wordt en bepalen in het algemeen de *outside options* van de relevante spelers. De gevolgen van de onderhandelingsmacht voor de uitkomsten van de onderhandelingen kunnen in de volgende factoren tot uiting komen:

- Prijs en/of marge;
- Productvormen, waaronder kwaliteit en diversiteit van aanbod;
- Andere contractvoorwaarden, zoals leveringsvoorwaarden, betalings-condities, etc;
- Mate waarin detaillist bereid is mee te investeren in productinnovatie;[28]
- Administratieve vorm waarin contract gegoten is.

Uitbuiting of uitsluiting, de verschijningsvormen van misbruik van een economische machtspositie, zullen zich (indien ze zich voordoen) vooral uiten in de eerste vier genoemde factoren. We zullen deze factoren nu een voor een kort bespreken.

De eerste factor, *prijs*, is evident. Een detaillist met een sterke economische machtspositie kan de aanbieder/producent dwingen tegen een voor hem of haar zeer onaantrekkelijke prijs te leveren. Het is vaak mogelijk dat een machtige inkoper juist door de grotere hoeveelheden die hij inkoopt lagere tarieven kan bedingen.[29] Dit hoeft echter niet te betekenen dat de consument hiervan de dupe is. Het is immers ook in het belang van de inkoper/detaillist dat hij consumenten producten kan aanbieden die de consument wenst en het zal dan ook vaak zo zijn dat de consument profiteert van de inkoopmacht van de detaillist, zeker als deze laatste niet over marktmacht in de markt voor het eindproduct beschikt. De mededingingsrechtelijke toets is of er voor de consument een voordeel resulteert. Omdat het ten aanzien van het aspect prijs vaak zo is dat de belangen van de detaillist en uiteindelijke consument in geval van concurrentie op de verkoopmarkt parallel lopen, zal er in het algemeen geen sprake zijn van uitbuiting in de zin van misbruik volgens de Mededingingswet als een inkoper met een economische machtspositie een (zeer) lage prijs afdwingt.

[28] Hier is in principe een mogelijk 'hold-up' probleem aanwezig: een partij is niet bereid te investeren, omdat nadat zij geinvesteerd heeft, overgeleverd is aan de andere kant van de markt voor het bepalen van het rendement van zijn investeringen.
[29] Een recente studie met betrekking tot de zorgsector in de Verenigde Staten bevestigt dit beeld. Lakdawalla en Yin (2009) onderzochten de effecten van de grootte van een verzekeraar op de prijzen voor medicijnen die zij inkopen. Zij vonden dat de inkoopprijzen voor medicijn met 2.5% daalden voor elke additionele 100.000 verzekerden. Zie voor meer details: Lakdawalla en Yin (2009) Insurer Bargaining and Negotiated Drug Prices in Medicare Part D. NBER Working Paper 15330.

Voor zover de druk door inkoopmacht op aanbieders te groot zou worden waardoor er een aantal van hen failliet gaat, betekent dit dat er een sterkere concentratie aan de aanbodkant tot stand komt, wat de outside options voor de detaillisten verkleint en de mogelijkheid om prijzen verder te laten zakken, beperkt. Op langere termijn zal er dus sprake zijn van een evenwichtswerking waarbij er een dusdanige concentratie van efficiënte aanbieders aan de aanbodkant zal ontstaan dat individueel in staat zijn het hoofd boven water te houden. Aangezien de totale gewenste hoeveelheid zorg gegeven is, wordt die hoeveelheid zorg altijd tegen de laagst denkbare prijs door de meest efficiënte ondernemingen geleverd.

Aan de andere kant is het zo dat een detaillist met inkoopmacht in staat is lagere prijzen op de inkoopmarkt te bedingen dan zijn concurrenten en door middel van die relatief lage inkoopprijzen in staat is relatief gunstige prijzen in de consumentenmarkt te zetten. Dit kan tot gevolg hebben dat zijn positie in de consumentenmarkt versterkt wordt en dat hij daardoor weer betere voorwaarden in de inkoopmarkten kan bedingen. Met andere woorden, marktmacht in de ene markt kan door een detaillist gebruikt worden om op langere termijn ook marktmacht in een andere markt af te dwingen en daarmee kan de machtspositie op beide markten op lange termijn versterkt worden. Het positieve korte termijn effect dat een lagere inkoopprijs door detaillisten gebruikt wordt om lagere prijzen in de consumentenmarkt te vragen in de hoop meer klanten aan te trekken, kan dus op lange termijn omslaan in een grotere marktmacht voor de detaillist op beide markten waar hij actief is, waarbij de kans op misbruik toeneemt. Hierbij zij opgemerkt dat het op grond van de Mededingingswet niet is verboden om over een machtspositie te beschikken, zeker niet wanneer deze is verkregen op de hiervoor beschreven wijze. Het kan echter wel zijn dat er alsnog misbruik van die positie zal worden gemaakt zoals eerder beschreven; in dat geval is vooral een zorg of de prijs/kwaliteit verhouding verslechtert, onder meer door het effectief opwerpen van toetredingsbelemmeringen voor concurrenten van de dominante onderneming.

Bij de *productvormen* is het vooral de vraag of de leverancier vrijgelaten wordt zelf te bepalen welke kwaliteit en variatie van producten geleverd worden of dat er naast kwaliteit strenge voorwaarden gesteld worden door de detaillist aan de specifieke vormen waarin het product wordt aangeboden. Kan de detaillist de levering

weigeren als de kwaliteit niet afdoende is en zo ja, hoe wordt dat dan bepaald? Kan het zo zijn dat vanwege de druk die de inkoper/detaillist uitoefent de kwaliteit van of diversiteit aan producten verloren gaat en dat de consument een nadelige invloed ondervindt van de inkoopmacht van de inkoper? Er zijn geen aanwijzingen, zowel theoretisch als empirisch, dat dat zo is. Om de meest gunstige uitgangspositie in de consumentenmarkt te verwerven, heeft een inkoper er belang bij om die prijs/kwaliteitsverhouding in te kopen die door consumenten gewenst wordt. Dit is zeker zo indien de consumentenmarkt sterk concurrerend is. Echter, ook indien de inkoper een sterke positie op de consumentenmarkt heeft, heeft hij er over het algemeen belang bij de consumenten die prijs/kwaliteitsverhouding te kunnen aanbieden die door de consumenten het meest gewenst wordt, omdat de inkoper daardoor hogere marges kan vragen. Deze algemene conclusie veronderstelt dat de inkoper geen specifiek hogere kosten moet maken om producten met de beste prijs/kwaliteitsverhouding aan de consumenten te kunnen leveren. Er is in het algemeen echter geen concrete reden aan te nemen waarom er zulke specifieke kosten zouden zijn. Ook is de aanname dat de inkoper en de consument goed kunnen inschatten wat de kwaliteit van een product of dienst is. Deze aanname is problematischer, zeker in de zorgsector. In de volgende sectie zullen we aan dit informatieaspect daarom extra aandacht besteden.

Daar waar het over het opleggen van bepaalde *leveringsvoorwaarden* door de inkoper gaat, zoals de termijn waarop betaald moet worden, of er al dan niet sprake is van voorfinanciering, etc., geldt dat het afdwingen van gunstiger voorwaarden niet per definitie te categoriseren is als misbruik. Dit geldt met name indien toegang tot upstream of downstream markten mogelijk blijft. Indien echter de toegang tot upstream of downstream markten wordt verhinderd, kan het afdwingen van gunstigere leveringsvoorwaarden wel misbruikelijk zijn. De afgedwongen, eenzijdig opgelegde, voorwaarden leiden dan tot voordelen voor de onderneming met inkoopmacht die, door een gebrek aan concurrentie op de verkoopmarkt, niet aan consumenten worden doorgegeven. Hiervan zal vaak sprake zijn indien een partij met inkoopmacht bij machte is, via bijvoorbeeld het opleggen van exclusiviteitsvoorwaarden in de aangeboden contracten, om de inkoop door (potentiële) concurrenten te belemmeren of zelfs in het geheel te verhinderen. De

sterke marktpositie aan de inkoopzijde zal in zo'n geval de marktpositie aan de verkoopzijde tegen effectieve concurrentie beschermen.

Bij de vraag naar *innovatie* gaat het erom of de inkoper bereid is een gedeelte van de investeringen voor zijn rekening te nemen die nodig kunnen zijn voor product- en/of procesinnovatie in ruil voor lange-termijn relaties en/of een lagere prijs.[30] Een individuele, kleine aanbieder kan soms moeilijk geld vrij maken voor noodzakelijke investeringen, zeker wanneer het onduidelijk is welke prijzen hij op langere termijn kan vragen voor zijn producten. Een lange-termijn relatie met een inkoper kan dan helpen om tot een overeenstemming te komen over een uitruil van hulp bij huidige investeringen en langere termijn prijsgaranties. Ook als de inkoper over inkoopmacht beschikt, heeft hij er mogelijkerwijze baat bij dat de leverancier innoveert (omdat dit de positie van de inkoper in zijn verkoopmarkt kan versterken). Omdat de inkoper dus ook meeprofiteert van de innovatie van de leverancier, kan hij bereid zijn ook een deel van de kosten te financieren.[31]

De administratieve aspecten van het afhandelen van contracten en het uitvoeren van contractuele handelingen is over het algemeen niet een vraagstuk dat veel aandacht in de literatuur heeft gekregen. In de zorgsector speelt dit onderwerp echter wel enigszins, vanwege het feit dat de zorgaanbieder zorg direct aan de uiteindelijke patiënt/consument levert, maar niet direct voor die zorg betaald wordt door de patiënt/consument. Bovendien is de sector in een transitiefase waardoor administratieve systemen opnieuw opgezet moeten worden. In de volgende sectie zullen we hier dan ook nog op terugkomen.

3.2 Zorgspecifieke aspecten van inkoopmacht

Ten aanzien van inkoopmacht in de zorg bestaat een aantal specifieke aspecten die in de beschouwing betrokken moeten worden. Het gaat daarbij vooral om de specifieke relaties tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten en met name, in vergelijking met de algemene beschouwing van inkoopmacht, de directe

[30] Bij innovatie denken we vooral aan verbeteringen in kwaliteit van geleverde zorg en/of het efficiënter organiseren van een gegeven kwaliteit aan zorg.
[31] Inderst, R. and Mazzarotto, N., "Buyer Power in Distribution" pagina 6

relatie die een zorgaanbieder met een patiënt heeft en de mate waarin die relatie de verhoudingen tussen de drie typen spelers beïnvloedt. Ook is het hieruit voortvloeiende vraagstuk van informatieasymmetrie van belang: een zorgaanbieder kan als geen ander de kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. De patiënt/consument en de verzekeraar kunnen dat in veel mindere mate. Tenslotte is de vraag van belang hoe competitief de zorgverzekeringsmarkt is. We hebben in het algemeen geconcludeerd dat de mogelijke gevolgen van inkoopmacht in de *upstream market* afhangen van de mate waarin in de *downstream market* geconcurreerd wordt alvorens gesproken kan worden van een probleem in economische zin en in het verlengde daarvan van misbruik in de zin van de Mededingingswet.

Informatieasymmetrie

Omdat de zorgaanbieder, anders dan aanbieders in vele andere markten, als enige partij informatie heeft over het product (de zorg) die een individuele patiënt/consument nodig heeft en dit slechts door het maken van relatief hoge kosten door de patiënt of verzekeraar gecontroleerd kan worden, heeft de zorgaanbieder *ceteris paribus* in principe meer marktmacht dan aanbieders in markten waar een dergelijke informatieasymmetrie afwezig is (dan wel tegen geringe kosten kan worden opgeheven).

Relatie patiënt-zorgaanbieder

Ook het feit dat een patiënt/consument in veel gevallen een langdurige relatie met een zorgaanbieder heeft, geeft de zorgaanbieder een relatieve voorsprong op aanbieders in markten waarin langdurige relaties niet bestaan of niet per se gewenst zijn. Immers, vanwege zijn vaak langdurige relatie heeft hij meer informatie over de patiënt dan alternatieve zorgaanbieders en ook zal de patiënt in veel gevallen, gezien de opgebouwde vertrouwensrelatie, minder snel geneigd zijn naar een andere zorgaanbieder over te stappen. Dit is uiteraard zeer afhankelijk van de betreffende patiëntencategorie (chronisch zieken, ouderen, eenmalige klachten, etc.). Met andere woorden, daar waar in veel andere markten inkopers vaak de toegang tot de uiteindelijke consument beheren, is het in de zorg eerder zo dat de

zorgaanbieder de functie van “gatekeeper” verzorgt.[32] Of dit in de praktijk ook zo is, zal van zorgsector tot zorgsector verschillen en in het volgende hoofdstuk zullen we hier bij de bestudering van twee concrete sectoren nader op terug komen.

Daarnaast is het zo dat de patiënt weinig prikkels heeft om zijn individuele zorgkosten te verlagen of de meest doelmatige behandeling te vragen, aangezien de patiënt/consument niet direct voor zijn zorg betaalt, maar de betaling via de verzekeraar loopt. Ook dit is anders dan in andere markten en ook dit geeft de zorgaanbieder in vergelijking tot andere aanbieders meer macht in relatie tot de verzekeraar.

Tenslotte geldt er ten aanzien van de basisverzekering een wettelijke eis voor zorgverzekeraars om zorg te dragen voor voldoende aanbod van zorg (of de betaling daarvan), ook in kwalitatief opzicht. Dit betekent dat er een prikkel is voor de zorgverzekeraars om naast het volume aan zorgaanbod ook het kwaliteitsniveau voldoende op peil te houden en (binnen een polis met gecontracteerde zorg) innovatie te stimuleren. Deze wettelijke eis verkleint de *outside options* van verzekeraars ten opzichte van die van *retailers* in andere sectoren. De mogelijkheden om van eventuele inkoopmacht gebruik of misbruik te maken zijn daarmee relatief beperkt, immers het dwingt de meeste verzekeraars om met de meeste zorgaanbieders in zee te gaan (en mogelijk ook omgekeerd), waardoor misbruik in de hiervoor beschreven zin niet (snel) aan de orde kan zijn.

Het lijkt derhalve minder aannemelijk dat inkoopmacht onwenselijke effecten heeft in zorgmarkten in vergelijking tot andere markten. We zullen deze voorlopige, zeer algemene conclusie hierna toetsen door meer gedetailleerd in te gaan op prijs en kwaliteitsaspecten van de onderhandelingen.

[32] In de zorg kan daardoor een gezonde concurrentie tussen verzekeraar en zorgaanbieder ontstaan ten aanzien van de vraag wie voor de patiënt uiteindelijk het belangrijkste (de “gatekeeper”) is: gaat een patiënt naar een andere zorgaanbieder over omdat een verzekeraar geen contract met de geprefereerde aanbieder heeft, of stapt de patiënt/consument over naar een andere verzekeraar, omdat hij bij zijn vertrouwde zorgaanbieder wil blijven. Deze concurrentie is gezond, omdat beide partijen hun best moeten doen om de consument goede kwaliteit te leveren om zo hun onderlinge onderhandelingspositie te verbeteren.

Gevolgen van inkoopmacht op de prijs

Indien de verzekeringsmarkt concurrerend is (waarover hieronder meer), zal een lagere inkoopprijs aan de patiënt/consument worden doorgegeven in de vorm van een lagere premie voor de verzekering of een betere dekking in de zin van betere kwaliteit of meer keuzemogelijkheden.[33] Dit zal mogelijk nog sterker zijn in die gevallen waar zorgverzekeraars zonder winstoogmerk opereren. Er lijkt (zeker ten aanzien van de basisverzekering) geen reden te zijn waarom lage inkoopprijzen van zorg ten koste gaan van de belangen van de uiteindelijke patiënt/consument, zeker niet daar waar verzekeraars verplicht zijn voor een ruim zorgaanbod (of de betaling daarvan) te zorgen, zoals in de Nederlandse setting van de gezondheidszorg. Er lijken daarmee geen condities te zijn waaronder het mogelijk of wenselijk zou moeten zijn dat zorgaanbieders als collectief met zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over de prijs die zij voor hun diensten vergoed krijgen. Collectief onderhandelen reduceert de *outside options* van verzekeraars, terwijl de verzekeraars die nu juist nodig hebben om enigszins druk op de prijzen te kunnen uitoefenen. De wet reduceert de outside options van de verzekeraar sowieso al door te stellen dat de verzekeraar verantwoordelijk is dat er voldoende zorg voor de verzekerden voorhanden is (wat impliciet impliceert dat de verzekeraar sterk beperkt is in het niet contracteren van zorgaanbieders).

Gevolgen van inkoopmacht op de (zichtbaarheid van) kwaliteit

Ten aanzien van kwaliteit van geleverde zorg kan de situatie genuanceerder liggen. Hier spelen twee verschillende aspecten. Het eerste aspect is dat verzekeraars hebben aangegeven op termijn meer te willen differentiëren in de prijzen die vergoed worden voor verschillende niveaus van kwaliteit van zorg. De vragen die zich hierbij voordoen zijn of kwaliteit van zorgaanbod goed meetbaar is (en zo ja hoe dan) en wat voor de uiteindelijke patiënt/consument goede (gewenste) vormen van kwaliteitsdifferentiatie zijn die ook praktisch door verzekeraars en zorgaanbieders uit te voeren zijn. Het gaat daarbij in eerste instantie om een systeem van kwaliteitsnormering dat leidt tot zichtbare kwaliteit en productdifferentiatie. Gegeven het feit dat het hier gaat om een markt in transitie waar beide partijen moeten leren hoe zo´n systeem ingevoerd kan worden en dat de (wetenschappelijke verenigingen van) zorgaanbieders beter weten welke

[33] Zie o.a. Ungern-Sternberg, T. von, “Countervailing Power revisited”, pagina 510.

verschillende kwaliteitsvormen mogelijk zijn, zullen op dit punt voordelen liggen in collectieve afstemming ten behoeve van het bepalen van de professionele standaarden voor kwaliteitsgradaties (gegeven een minimumkwaliteit). Dit is overigens niet nieuw in de gezondheidszorg. Zo ontwikkelt het Nederlands Huisartsen Genootschap al lange tijd professionele standaarden voor de huisartsenpraktijk net als veel andere wetenschappelijke verenigingen, voor bijvoorbeeld medisch specialisten, dat voor hun leden doen. Op het niveau van het inzichtelijk en meetbaar maken van de professionele standaard in kwaliteitsindicatoren is ook collectief overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars wenselijk. Dit zal een wildgroei aan indicatoren voorkomen en beperkt de administratieve lasten.[34] Overigens zullen individuele zorgverzekeraars de ruimte moeten houden om specifieke kwaliteitsindicatoren te benoemen die zij van belang achten.

Ook en vooral de patiënt/consument heeft er belang bij dat een goed collectief systeem van kwaliteitsindicatoren tot stand komt. Zonder een dergelijk systeem blijven de verzekeraar en de patiënt in het ongewisse welke kwaliteit zorg geleverd wordt of uiteindelijk geleverd kan worden. Het gevaar dreigt dan dat onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders vooral over prijs gaan (omdat andere aspecten zonder een systeem van kwaliteitsindicatoren niet direct waarneembaar zijn) en er ten aanzien van de kwaliteit van geleverde zorg een *race to the bottom* ontstaat waarbij zorgaanbieders bij een gegeven prijs beknibbelen op de geleverde kwaliteit.[35] Met een systeem van kwaliteitsnormering kan ook aan kwaliteitsdifferentiatie gedaan worden, met de daarbij behorende prijsdifferentiatie.

Het collectief vaststellen van kwaliteitsindicatoren, het zichtbaar maken van kwaliteit, is echter iets anders dan het vaststellen van kwaliteitsnormen. Bij het vaststellen van kwaliteitsnormen gaat het om professionele standaarden die afgesproken worden. De vraag die daarbij altijd rijst, is in hoeverre, via de omweg van professionele standaarden, aanbieders proberen de onderlinge concurrentie te verminderen. In de zorgsector, zeker daar waar het gaat om de zorg die door

[34] Op dit moment worden in opdracht van VWS onder leiding van de IGZ onder de titel Zichtbare Zorg voor verschillende sectoren kwaliteits- en prestatie-indicatoren ontwikkeld. Bij die ontwikkeling zijn de betreffende zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisatie betrokken.
[35] Zowel *moral hazard* als *adverse selection* kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

extramurale, individuele zorgaanbieders wordt aangeboden, hebben de relevante markten mogelijk vooral een regionaal karakter. De meeste professionele standaarden in de zorg hebben daarentegen het karakter van algemeen aanvaarde regels die dit regionale niveau ver overstijgen. Om er zoveel mogelijk voor te zorgen dat de discussie over kwaliteitsnormen en professionele standaarden een niet door concurrentiële overwegingen bepaalde invulling krijgt, zal het vaak zo zijn dat dit overleg op een landelijk niveau plaatsvindt. Duidelijk moet zijn dat het vaststellen van de professionele standaard beperkt moet blijven tot medisch inhoudelijke en wetenschappelijk gefundeerde normen. Het mag bijvoorbeeld niet zo ver gaan dat door een beroepsgroep wordt besloten dat een consult maar vijf minuten hoeft te duren of dat een wachttijd van twee weken acceptabel is. Er moet ruimte blijven om op kwaliteit te concurreren.

Wij realiseren ons dat overleg op landelijk niveau gepaard kan gaan met extra en wellicht onnodige bureaucratie; stroperigheid die nieuwe initiatieven in de kiem kan smoren. Dit kan ervoor pleiten om (ook) overlegstructuren met collectief opererende zorgaanbieders toe te staan op meer regionaal niveau. Het gevaar van dergelijke structuren is natuurlijk dat onder het motto van overleg over kwaliteitsindicatoren ook impliciet of expliciet over een invulling gesproken wordt die implicaties heeft voor kwaliteitsaspecten die concurrentieel zouden moeten zijn. Het overleg wordt dan gebruikt om concurrentie op kwaliteit te reduceren. Wij willen hier geen standpunt innemen over de vraag op welk aggregatieniveau overleg over kwaliteitsindicatoren nog wel en wanneer niet meer is toegestaan. De sector zelf moet inzien dat overleg dat de mogelijkheden voor concurrentie tussen zorgaanbieders beperkt, niet geoorloofd is. Wij geven de sector mee dat hoe regionaler het karakter van het overleg, hoe groter het gevaar dat het overleg ingrijpt op het niveau waarop concurrentie zou moeten plaatsvinden.

Met én zonder een systeem van kwaliteitsindicatoren, kunnen individuele verzekeraars en zorgaanbieders van mening verschillen over de wenselijke vorm van zorg (bijvoorbeeld in de vorm van medicijnen, aantal of soort van behandelingen) die aangeboden moet worden, waarbij het mogelijk zo zal zijn dat de zorgaanbieder voor een duurdere vorm zal willen kiezen dan de verzekeraar. Hoewel de zorgaanbieder, ook indien een systeem van kwaliteitsindicatoren

bestaat, waarschijnlijk beter geïnformeerd is over de wenselijkheid van een bepaalde behandeling in een individuele situatie dan de verzekeraar en er dus iets voor te zeggen is het primaat bij de keuze van behandeling bij de arts te laten, is het ook zo dat de zorgaanbieder er belang bij kan hebben een duurdere behandeling voor te schrijven (omdat hij daar zelf beter van wordt). Zo kan een prikkel bestaan om een patiënt snel door te verwijzen naar de tweedelijn zodat de zorgaanbieder meer tijd overhoudt. Vanuit dit perspectief is het goed dat de verzekeraar meebepaalt of de gekozen behandeling kosteneffectief is. In veel gevallen, zeker in de extramurale zorg (maar dit kan van geval tot geval verschillen),[36] zal een verzekeraar geen belang hebben bij een goedkope, slechte behandeling, omdat hij daarmee alleen maar kosten voor zich uitschuift. Deze twee argumenten tegen elkaar afwegend lijkt het goed dat (als een nuancering van de discussie over kwaliteitsnormen) een verzekeraar de macht heeft om een bepaalde, door een zorgaanbieder geprefereerde, behandeling niet te financieren indien daar door de zorgaanbieder geen duidelijke redenen voor gegeven zijn.[37]

Ten aanzien van *innovatie* gelden soortgelijke argumenten en observaties als we hierboven ten aanzien van kwaliteit gemaakt hebben, al lijkt de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierbij veel geringer. Bij innovatie gaat het niet om de kwaliteit van de behandeling van individuele patiënten, maar eerder om de mogelijkheden nieuwe therapieën uit te vinden, toe te passen of nieuwe werkwijzen te introduceren. De zorgverzekeraar kan hierbij op twee niveaus een zeer nuttige rol spelen om het belang dat ook patiënten/verzekerden hebben bij een sterk innoverende gezondheidssector te borgen. In de eerste plaats is de verzekeraar veel beter in staat dan de individuele patiënt om te beoordelen welke innovaties wel en niet wenselijk zijn. Zorgverzekeraars hebben, gezien de schaal, bijvoorbeeld de mogelijkheid om zelf adviserend geneeskundigen aan te stellen. Ten tweede kunnen verzekeraars, ook

[36] Het is natuurlijk denkbaar dat in geval van zeer dure behandelingen waar het gaat om kwesties van leven en dood, een verzekeraar geneigd is te denken dat de toekomstige premies niet opwegen tegen de te maken kosten en de medisch gezien wenselijke kosten daarom toch maar niet gemaakt moeten worden. Gezien de mogelijke reputatie-effecten en de wettelijk zorgplicht is dit scenario echter niet waarschijnlijk.

[37] Aan de andere kant lijkt het ook wenselijk dat, vanwege de informatieasymmetrie, een zorgaanbieder een dergelijke beslissing moet kunnen aanvechten bij een medisch college die de beslissing van de verzekeraar kan terugdraaien indien daar objectieve medische argumenten voor zijn.

weer vanwege hun schaal, in overleg met zorgaanbieders, er voor kiezen om de kosten van wenselijke innovaties mee te financieren.

Op verschillende niveaus is het ook al zo dat verzekeraars met zorgaanbieders onderhandelen over het stimuleren van innoverende methodes. Zo is er bij huisartsen sprake van een module Modernisering & Innovatie (M&I) die onder meer bestaat uit het begeleiden van patiënten met diabetes mellitus II en het uitvoeren van ECG's en longmetingen en van een module Praktijkondersteuning (PoH) die de inhuur van een praktijkondersteuner bekostigt.[38] In het volgende hoofdstuk waar we de gevolgen van inkoopmacht voor individuele beroepsgroepen bestuderen, gaan we op deze concrete methodes om innovatie te stimuleren nader in.

De zorgverzekeringsmarkt

Wij zijn er tot nu toe vanuit gegaan dat de zorgverzekeringsmarkt concurrerend is. Daar zijn zeker ook goede redenen voor, al moet opgemerkt worden dat er nog relatief weinig jaren zijn verstreken na de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006. Zo schrijft de minister van VWS in 2006 aan de Tweede Kamer dat:

> *"De invloed van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de verruimde keuzevrijheid voor verzekerden op de positie van zorgverzekeraars bij het aanbieden van zorgverzekeringen, is op dit moment nog niet volledig duidelijk en daarmee ook de invloed op de positie van deze verzekeraars bij de inkoop van zorg niet. Wel is duidelijk dat de markt in beweging is en een aanzienlijk aantal verzekerden van zorgverzekeraar is gewisseld. Het aantal mutaties bedraagt ruim 6 miljoen en ongeveer 3 miljoen verzekerden zijn van zorgverzekeraar gewisseld. Collectiviteiten hebben een belangrijke rol gespeeld bij de verschuivingen en maken nu meer dan 40% uit van het totaal aantal verzekeringen. Het percentage verzekerden met een naturapolis is 68%,*

[38] Monitor Huisartsenzorg 2008, NZa

met een restitutiepolis 23% en met een mengvorm 9%. Ook in een aantal restitutiepolissen is sprake van gecontracteerde zorg".[39]

De NZa geeft elk jaar een monitor uit waarin de zorgverzekeringsmarkt onder de loep genomen wordt. Uit de monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009[40] blijkt dat de prijzen van basisverzekeringen vrijwel gelijk blijven (stijging van ongeveer 1% per jaar) en dat vrijwel alle verzekeraars dezelfde prijs vragen en dus de prijsspreiding beperkt is. De monitor stelt ook dat ondanks een positief resultaat in 2009, er geen sprake is van bovenmatige winsten. Vanaf 2006 hebben de zorgverzekeraars doorgaans verliezen geleden op de verstrekte basisverzekeringen, mede omdat ze hun polissen onder de door het ministerie van VWS geraamde kostprijs prijsden. Gedurende de laatste jaren zijn zowel de geraamde kosten (nominale premie) als de opslag die verzekeraars rekenen (zoals al werd verwacht in 2006) gestegen, waardoor in 2009 een positief resultaat op de basisverzekeringen wordt behaald van ongeveer 10 euro per verzekerde.De aanvullende verzekeringen nemen wel toe in prijs (25% in 3 jaar) en vanwege de vele diverse pakketten lopen de prijzen sterk uiteen. Het blijkt ook dat nu al 60% van de verzekerden collectief verzekerd is en deze groep verzekerden heeft iets vaker een aanvullende verzekering dan individueel verzekerden (91% versus 86%).

De NZa constateert ook dat de verzekeringsmarkt door de jaren heen minder dynamisch is geworden. Zo staat op pagina 19 van de Monitor Huisartsenzorg 2008 dat in 2006 18% van de verzekerden van verzekeraar wisselden, in 2007 4,4% en in 2008 nog maar 3,6%. Volgens de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009 van de NZa heeft in 2008 ongeveer 10% (en in 2009 een vergelijkbaar percentage) van de verzekerden wel overwogen om van zorgverzekeraar over te stappen. Mogelijke redenen voor de beperkte mobiliteit van verzekerden zijn dat er weinig prijsverschil

[39] Brief van de minister van VWS aan de TK van 25 april 2006, 6e voortgangsrapportage Zorgverzekeringswet; "*Als gevolg van die mutaties is van de grootste verzekeraars er één aanzienlijk gegroeid en één gekrompen. De middelgrote verzekeraars noteren een stabilisatie of in sommige gevallen een lichte daling in hun verzekerdenbestand en een aantal kleine verzekeraars noteert een behoorlijke groei.*" En "*Door de grote rol van collectiviteiten is de markt beweeglijk en meer prijselastisch geworden. Dat vergt, naar de mening van DNB, dat verzekeraars hun bedrijfsvoering, zorginkoop en prijszetting daaraan aanpassen. Omdat de meeste collectiviteiten een looptijd van een jaar hebben is te verwachten dat de strijd om de collectiviteiten jaarlijks terugkeert.*"
[40] Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009, NZa

is tussen verschillende verzekeraars[41] en dat de verzekerden die collectief verzekerd zijn zich niet vrij voelen om te switchen vanwege het feit dat zij een korting hebben gekregen vanwege de collectiviteit.[42] De Minister van VWS schrijft in zijn reactie aan de Tweede Kamer op de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009 van de NZa dan ook dat hij bij zijn mening blijft dat er op dit moment geen aanleiding is om aan te nemen dat de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt afneemt.[43]

Een aantal aspecten valt in deze evaluaties van de NZa op. In de eerste plaats spelen collectiviteiten een belangrijke rol in de zorgverzekeringsmarkt. Dat wil zeggen dat aanbieders van verzekeringen, en dus ook inkopers van zorg, zelf ook geconfronteerd worden met kopersmacht. Zo zullen grote werkgevers een goed pakket willen aanbieden aan hun werknemers, waardoor zij mogelijk een vergelijkbare druk leggen op een zorgverzekeraar als een zorgverzekeraar wellicht doet op een zorgaanbieder. Het feit dat individuele patiënten/consumenten zich echter zo massaal via hun werkgever laten verzekeren betekent dat deze verzekerden, gezien de premiekorting, minder snel van verzekeraar zullen switchen; ook als bepaalde zorgaanbieders niet (meer) gecontracteerd worden. Switchen betekent voor deze collectief verzekerden vaak dat de premie na een switch fors omhoog kan gaan. Dit betekent op haar beurt vervolgens weer dat verzekeraars in hun onderhandelingen met individuele zorgaanbieders minder bang hoeven te zijn voor het feit dat als ze bepaalde aanbieders niet contracteren verzekerden weg zullen lopen.[44] De *outside options* voor de zorgaanbieders zijn daarmee minder aantrekkelijk geworden, omdat een zorgaanbieder veel patienten/verzekerden kan verliezen als het geen contract heeft met een verzekeraar die een grote collectiviteit vertegenwoordigt. Kortom, het belang van collectiviteiten in de zorgverzekeringsmarkt versterkt de mogelijke effecten van kopersmacht in de

[41] Theoretisch gezien is niet het aantal overstappers relevant om te bepalen of er sprake is van een concurrerende markt, maar eerder het percentage mensen dat overweegt om over te stappen. De dreiging van overstappen, ook door collectiviteiten, is voldoende om er voor te zorgen dat bedrijven concurreren. Kleine prijsverschillen en weinig daadwerkelijke overstappers, gecombineerd met een hoger percentage mensen dat overweegt over te stappen wijzen in de richting van een concurrerende markt.
[42] Verzekeraars mogen collectief verzekerden een korting geven van maximaal 10%. Verzekeraars mogen individueel verzekerden geen korting geven.
[43] Brief van de minister van VWS aan de TK van 30 september 2009, Ten aanzien van Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009 NZa.
[44] De mogelijkheid om hier gebruik van te maken, wordt natuurlijk wel beperkt door het feit dat verzekeraars met elkaar sterk concurreren om grote collectiviteiten te verzekeren.

zorginkoopmarkt.[45] Vanwege de concurrentie op de verzekeringsmarkt om collectiviteiten te verzekeren, is tegelijkertijd de disciplinering op de zorgverzekeringsmarkt groter en worden mogelijk nadelige effecten van kopersmacht verkleind.

Het mogelijke effect van collectiviteiten wordt gedeeltelijk teniet gedaan door het feit dat een aanzienlijk deel van de verzekerden kiest voor een restitutiepolis of een gemengde polis waarbij ze zelf (gedeeltelijk) vrij zijn in de keuze van zorgaanbieders en dus ook door de verzekeraar niet-gecontracteerde zorg kunnen nemen, maar deze zorg toch (onder bepaalde voorwaarden) volledig vergoed krijgen. Een zorgaanbieder die ervoor kiest de contractvoorwaarden van de verzekeraar niet te accepteren, zal deze groep consumenten/patiënten met een restitutiepolis niet snel verliezen. Het bestaan van deze polisvorm en het feit dat een redelijke groep patiënten/consumenten voor deze vorm kiest, verbetert de *outside options* van de zorgaanbieders.

Een ander potentieel belangrijk aspect van de zorgverzekeringsmarkt voor het vraagstuk van inkoopmacht is het onderscheid tussen basis- en aanvullende verzekering. De verzekeraar heeft geen enkele keuze ten aanzien van hoe de basisverzekering in te kleuren: wat wel en niet verzekerd is in de basisverzekering is door de overheid vastgesteld. Bij de aanvullende verzekeringen heeft de verzekeraar de vrijheid die in te vullen op een eigen manier. Dat betekent dat de verzekeraar ten aanzien van de zorg die in de basisverzekering is opgenomen verplicht is die zorg in voldoende mate in te kopen, terwijl die plicht bij de aanvullende verzekering niet bestaat; in principe zou een verzekeraar ervoor kunnen kiezen geen aanvullende verzekeringen met betrekking tot bepaalde vormen van zorg te verstrekken, eenvoudigweg omdat de verzekeraar die zorg volgens haar inzichten niet goed kan inkopen. Dit geeft de verzekeraar ten aanzien van vormen van zorg die niet in de basisverzekering zijn opgenomen een grotere onderhandelingsmacht (omdat het de *outside option* heeft om die vormen van zorg niet in een verzekeringspakket op te nemen). De verzekeraar heeft deze mogelijkheid niet bij vormen van zorg die in de basisverzekering zijn op genomen. Dus: de onderhandelingsmacht van

[45] Aan de andere kant speelt dat om een collectiviteit aan boord te krijgen, een breed aanbod van zorg gecontracteerd moet worden, omdat het anders voor een collectiviteit niet aantrekklijk is om met deze verzekeraar in zee te gaan.

verzekeraars is groter ten aanzien van die vormen van zorg die niet in de basisverzekering zijn opgenomen.

Er zijn argumenten die er op wijzen dat op langere termijn verzekeraars de mogelijkheid hebben hun inkoopmacht te gebruiken om de lagere prijzen die ze in de inkoopmarkt kunnen bedingen te gebruiken om hun marktaandeel in de verzekeringsmarkt te vergroten. Zoals in de vorige sectie reeds uiteengezet kan dit tot een spiraal leiden waarbij de marktmacht in de ene markt gebruikt wordt om marktmacht in de andere markt te verkrijgen. Hier zou sprake van kunnen zijn als in regionale inkoopmarkten waar verzekeraars reeds sterk aanwezig zijn, lagere prijzen bedongen worden dan in andere regionale markten waar de verzekeraar relatief klein is en de verzekeraar op de inkoopmarkt dus een vorm van prijsdiscriminatie toepast. Het toepassen van prijsdiscriminatie op de inkoopmarkt kan echter ook voortkomen uit kostengeoriënteerde overwegingen; de vaste kosten van het bestuderen van de lokale omstandigheden van zorgaanbieders moeten over minder aanbieders verdeeld worden in een regio waar de verzekeraar nauwelijks actief is. De winst die behaald kan worden door te onderhandelen over (scherpe) prijzen is ook gering, zowel door het lage aantal verzekerden in die regio als door de geringe inkoopmacht ten opzichte van de zorgaanbieders. Daarnaast is het voor de doelmatigheid van een verzekeraar belangrijker om scherp in te kopen in regio's waar hij zwaar vertegenwoordigd is. Prijsdiscriminatie tussen regio's op de verzekeringsmarkt is niet toegestaan. Op deze markt volgen verzekeraars een landelijke prijsstrategie en daarmee lijkt het gevaar dat lagere inkoopprijzen gebruikt worden om marktaandeel in de verzekeringsmarkt te veroveren niet aanwezig.

Concluderend

We hebben beargumenteerd dat het niet aannemelijk is dat als inkoopmacht al bestaat, deze onwenselijke economische effecten heeft in de Nederlandse situatie en daardoor tot mededingingsrechtelijke problemen zou leiden. De zorgaanbieders beschikken, in vergelijking tot aanbieders in andere sectoren, in principe over een betere onderhandelingspositie met de verzekeraar dan andere aanbieders ten opzichte van *inkopers*. Daar waar zorgaanbieders klachten hebben geuit, lijken die grosso modo terug te voeren op het feit dat ze niet gewend zijn om met sterke

partners te moeten onderhandelen en op het feit dat de zorg zich in een transitiefase bevindt, met alle onzekerheden vandien. Het vergroten van verkoopmacht lijkt in dit kader misschien juist in de gezondheidszorg niet wenselijk. Daar staat tegenover dat zeker daar waar het overlegstructuren betreft die (meetbare) kwaliteitsindicatoren trachten te ontwikkelen, de resultaten van die overleggen de toekomstige concurrentie juist kunnen bevorderen. Het niet-inzichtelijk zijn van kwaliteit in de zorg is een van de belangrijkste belemmeringen in het goed functioneren van marktwerking in deze sector. In de volgende sectie zullen we daarom aandacht besteden onder welke stringente voorwaarden collectief optreden van zorgaanbieders toch wenselijk kan zijn.

3.3 Wanneer collectief onderhandelen wenselijk kan zijn

Tot nu toe hebben we in dit hoofdstuk vooral naar aspecten van mogelijke (inkoop)marktmacht van inkopers, respectievelijk zorgverzekeraars gekeken en de condities waaronder gesteld kan worden dat deze spelers eventueel misbruik van hun marktpositie zouden kunnen maken. Zelfs als een inkopende partij een machtspositie heeft en daar eventueel misbruik van maakt, is het aanbieders nu slechts mondjesmaat toegestaan om collectief te onderhandelen. De zogenaamde bagatelregeling die in de inleiding kort beschreven is, bepaalt onder welke condities aanbieders wel gezamenlijk mogen onderhandelen. De belangrijkste overweging die aan de bagatelregeling ten grondslag ligt, is dat bijvoorbeeld gezamenlijk onderhandelen weliswaar een effect op de mededinging kan hebben, maar dat het effect onder de voorwaarden die in de bagatelregeling genoemd worden zo gering zijn dat zij van de werking van de wet zijn uitgezonderd

Hoewel het dus in het algemeen niet is toegestaan om buiten de bagatelregeling om collectief te onderhandelen, kunnen er eventueel toch argumenten zijn waaronder in uitzonderingsgevallen het wenselijk zou kunnen zijn om aanbieders de mogelijkheid te geven collectief te onderhandelen. In deze sectie zullen wij een aantal condities bepalen waaronder dit zo is.

Inzichtelijk maken van kwaliteit

Vanwege het feit dat marktwerking in de zorgsector nog erg in ontwikkeling is, bestaat er nog geen uitgekristalliseerd systeem waarbinnen de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders plaatsvinden. Het gaat daarbij niet zozeer om de inhoud van de onderhandelingen ten aanzien van de prijs of de kwaliteit die een zorgaanbieder levert, maar eerder over de manier waarop kwaliteit gemeten wordt of kan worden en de wijze waarop de administratie- en declaratieprocessen kunnen worden vormgegeven. Een aantal van de klachten van de zorgaanbieders gaat over het feit dat ook ten aanzien van deze aspecten zij niet of nauwelijks gehoord worden (en voorwaarden opgelegd krijgen), terwijl zij ook ervaring en informatie uit hun dagelijkse praktijk in de spreekkamer hebben hoe verschillende vormen van kwaliteit in een bepaalde sector te definiëren zijn. Ook dragen zij een deel van de administratieve lasten (terwijl ze daar vaak niet goed toe uitgerust zijn, omdat hun primaire aandacht naar de zorginhoudelijke aspecten gaat) en kunnen ook relevante inzichten hebben hoe die lasten te verminderen. Belangrijk is natuurlijk op te merken dat vanwege het feit dat de verzekeraars zelf ook medische adviseurs in dienst hebben en zij vanwege de declaraties van alle verzekerden gegevens hebben over een veel groter aantal patiënten/verzekerden, zorgaanbieders zeker niet als enige (en wellicht ook niet als beste) weten hoe verschillende vormen van kwaliteit in een bepaalde sector te definiëren zijn.[46] Vanuit het mededingingsrecht lijken er echter geen onoverkomelijke bezwaren te zijn om ten aanzien van het *vaststellen van kwaliteitsindicatoren* zorgaanbieders als collectief te laten opereren. Dit verlaagt de transactiekosten en op deze wijze wordt de relevante informatie die bij de beroepsgroep leeft, op een efficiënte wijze in het proces betrokken. Sterker nog, een van de belangrijkste belemmeringen op het goed functioneren van het concurrentieproces in de zorg is op dit moment het feit dat er te weinig duidelijkheid is ten aanzien van de door zorgaanbieders geleverde kwaliteit. Indien collectief opereren van zorgaanbieders ertoe kan bijdragen dat er een systeem van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld wordt dat de meetbaarheid van de kwaliteit van geleverde zorg wel kan verduidelijken, is dat een zeer welkome verbetering.

[46] Soms lijkt hier vooral ook sprake van een competentiestrijd te zijn.

Daar een systeem van kwaliteitsindicatoren uit objectieve, nationaal of vaak internationaal vaststelbare normen moet volgen, vindt een overleg over kwaliteitsindicatoren in principe op landelijk niveau plaats.[47] Een overleg op landelijk niveau op basis van professionele, internationaal geaccepteerde standaarden zal het (eventuele) regionale concurrentieproces niet of nauwelijks beïnvloeden.

Bevorderen van innovatie

Een soortgelijke conclusie kan getrokken worden met betrekking tot het opzetten van een systeem waarin verzekeraars (mee)betalen aan de kosten die zorgaanbieders moeten maken om te innoveren. Innovatie is een proces dat zowel de zorgverlener als ook de verzekeraar (en uiteindelijk de patiënt/verzekerde) ten goede komt en er zijn vanuit een maatschappelijk oogpunt te weinig prikkels om te innoveren als alle kosten alleen bij de zorgaanbieder terechtkomen. Ten aanzien van innovaties geldt wellicht nog sterker dat een zorgverzekeraar zelf de middelen en de inzichten heeft (en ook de prikkel) om innovaties door te voeren, maar ook hier geldt (net als bij kwaliteitsindicatoren) dat schade ten aanzien van het concurrentieproces gering is als over de vorm van innovaties gezamenlijk gesproken wordt, zo lang er niet gezamenlijk gesproken wordt wie welke innovaties kan/zal doorvoeren.

Het gaat hierbij uitdrukkelijk niet om het toestaan van collectieve onderhandelingen ten aanzien van kwaliteit. Een verzekeraar moet zelf in vrijheid kunnen bepalen welke vergoedingen hij voor welke kwaliteit aan welke zorgaanbieder aanbiedt. Hetzelfde geldt voor innovatie: een zorgverzekeraar moet zelf kunnen bepalen welke kosten van innovatie hij aan welke aanbieder vergoedt. Over het systeem van kwaliteitsindicatoren (ook ten aanzien van innovatie) moet echter wel collectief gesproken kunnen worden. Het basisidee hier is dat concurrentie in de zorgsector beter tot haar recht komt indien kwaliteit goed te meten is. Hiervoor is het noodzakelijk dat er een systeem van kwaliteitsindicatoren is, danwel komt. Een systeem van kwaliteitsindicatoren is daarmee concurrentiebevorderend en niet concurrentiebelemmerend. De keuze van kwaliteit

[47] Maar zie ook voetnoot 37.

zelf is echter een belangrijke concurrentieparameter en het maken van afspraken over te leveren kwaliteit is daarmee in tegenspraak met de mededingingswet.

Ook patiënten/verzekerden kunnen (op termijn) profiteren wanneer zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk over een systeem van kwaliteitsindicatoren (kunnen) spreken. Patiënten zijn gebaat bij een goed functionerend systeem dat door correcte informatie gevoed wordt. Collectieve onderhandelingen gericht op het tot stand komen van zo'n systeem van kwaliteitsindicatoren levert de voorwaarden waaronder die informatie uitgewisseld kan worden. De bestaande overlegstructuren om tot een systeem van kwaliteitsindicatoren te komen, passen goed in dit kader. Geconstateerd wordt dat de bestaande overlegstructuren met betrekking tot het opzetten van systemen van kwaliteitsindicatoren het concurrentieproces niet of nauwelijks schaden en dat de resultaten van die overleggen toekomstige concurrentie juist ten goede kan komen indien ze daadwerkelijk resulteren in het inzichtelijk maken van hoe kwaliteit te meten.

4 Toegepaste analyse van twee deelsectoren

De analyse uit het vorige hoofdstuk zullen we nu ten aanzien van twee deelsectoren concretiseren, te weten de huisartsen en de fysiotherapeuten. Uit deze sectoren zijn relatief veel klachten gekomen en de NMa heeft relatief veel informatie over deze sectoren, waardoor ze goed in kaart gebracht kunnen worden.

4.1 Huisartsen

Nederland telt op 1 januari 2008 bijna 8.800 praktiserende huisartsen.[48] Negenentachtig procent van de huisartsen is vrij gevestigd, de resterende elf procent is in dienst van vrij gevestigde huisartsen of werkzaam als waarnemer. Anno 2005 waren de solistisch werkende huisartsen in de minderheid: 27% van alle 8.408 Nederlandse huisartsen werkte in een solopraktijk; 31% werkte in een duopraktijk en 42% in een groepspraktijk of gezondheidscentrum (Kenens & Hingstman, 2005a).[49] Acht procent van de vrij gevestigde huisartsen is apotheekhoudend.

Binnen het Nederlandse zorgstelsel vervult de huisarts een poortwachterfunctie. Voor een groot deel van het zorgaanbod worden patiënten geacht eerst naar de huisarts te gaan. De huisarts maakt dan een inschatting van het te volgen zorgtraject en verwijst eventueel door naar andere zorgaanbieders. In 2007 werd er in totaal 2 miljard euro uitgegeven aan huisartsenzorg. Verzekerden/patiënten hebben directe toegang tot een huisarts. De huisartsenzorg valt geheel in het basispakket en is ook uitgezonderd van het verplichte eigen risico van 155 euro: verzekerden/patiënten krijgen de zorg dus geheel vergoed. De huisarts ontvangt per patiënt een inschrijftarief en kan daarnaast een consult declareren per verrichting die hij uitvoert. Beide tarieven zijn gereguleerd. Bij het inschrijftarief gaat het om een vast tarief en bij het consulttarief om een maximumtarief. De huisarts kan daarnaast een opslag ontvangen voor een aantal modules,

[48] NIVEL; Cijfers uit de registratie van huisartsen; 1 januari 2008
[49] Nationaal Kompas RIVM, Huisartsenzorg, Terreinbeschrijving en organisatie, Hoe is de huisartsenzorg georganiseerd?

bijvoorbeeld voor Praktijkondersteuning Huisarts (POH), een populatiegebonden vergoeding en voor de module modernisering en innovatie (M&I). Over de laatste module kan hij vrij onderhandelen met individuele verzekeraars. De belangen van de branche worden behartigd door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

Op dit moment lijkt er sprake te zijn van een kwantitatief evenwicht van vraag en aanbod. Volgens het RIVM zal in de komende jaren een kwantitatief tekort ontstaan, met name ingegeven door een sterk stijgende vraag naar huisartsenzorg als gevolg van de vergrijzende artsenpopulatie en bevolking in het algemeen.[50] Ook komen er steeds meer vrouwelijke huisartsen, die relatief gezien vaak in deeltijd werken. Een huisarts heeft in principe relatief veel mogelijkheden voor verdere specialisatie en productontwikkeling (bijzondere verrichtingen). Echter, omdat iedere huisarts ook de basishuisartsenzorg dient te leveren zal er vaak weinig ruimte zijn voor verregaande specialisatie.

Voor patiënten/verzekerden is het in de praktijk relatief lastig naar een andere huisarts over te stappen. Patiënten zijn meestal bij de praktijk geregistreerd en de arts houdt gedurende die tijd een dossier over de patiënt bij. Ook kan er sprake zijn van een sterke, of in ieder geval langdurige, vertrouwensband tussen patiënt en huisartsen. Ongeveer 80% van de bevolking bezoekt minimaal één keer per jaar de huisarts en het gemiddeld aantal bezoeken is laag of de lengte van de behandeling is relatief kort. Daarnaast is het in sommige regio's moeilijk om over te stappen gezien de beperkte capaciteit van huisartsen. Gezien de sterke vertrouwensband tussen patiënt en huisarts en de relatief beperkte capaciteit is het voor verzekeraars moeilijk om een bepaalde huisarts niet te contracteren: een patiënt zal er wellicht eerder voor kiezen om een andere verzekering te nemen, dan een andere huisarts. Het onvoldoende contracteren van huisartsen leidt mogelijk tot imagoschade van de verzekeraar. Huisartsen lijken daarom in de positie te zijn om te weigeren om een contract te tekenen en toch inkomsten van een zorgverzekeraar te ontvangen.

Op onderdelen wordt op dit moment schoorvoetend gewerkt aan het ontwikkelen van *kwaliteitsindicatoren*.

[50] Nationaal Kompas RIVM, Huisartsenzorg, Huisartsenzorg samengevat.

Evaluatie

De huisartsen zijn een goed voorbeeld van zorgaanbieders die – als er al sprake is van inkoopmacht van verzekeraars - zelfstandig over relatief veel *countervailing power* in de onderhandelingen beschikken. In de eerste plaats is het zo dat de vertrouwensbasis tussen huisarts en patiënt/verzekerde vaak veel groter is dan de vertrouwensbasis tussen een verzekeraar en patiënt/verzekerde. Daarnaast is het zo dat de wetgeving zodanig is dat bezoek aan de huisarts in de basisverzekering valt en door die basisverzekering geheel vergoed wordt. Tenslotte is het zo dat er eerder sprake is van een tekort aan huisartsen, dan van een overschot.

Dit samenstel van factoren maakt dat verzekeraars niet veel anders kunnen doen dan elke huisarts een contract aanbieden. Over de inhoud van dit contract kan niet onderhandeld worden, omdat de prijs vastligt (op het maximumtarief) en de kwaliteit (nog) niet meetbaar is. Het enige waar enige onderhandelingen mogelijk zijn, is ten aanzien van het opstellen van een systeem van kwaliteitsindicatoren en innovatie. Ook hier lijkt het erop dat huisartsen over zoveel onderhandelingsmacht beschikken dat alleen die zaken geïntroduceerd worden waar huisartsen zelf een belang bij hebben. Het gaat dan vooral om innovatieaspecten, zoals POH en M&I. Dit zijn zaken waar de huisarts gedeeltelijk taken aan goedkopere assistenten kan overdragen of additionele taken van de tweedelijns gezondheidszorg over kan nemen (en daar extra vergoedingen voor krijgt). Aan de andere kant lijkt het er op dat daar waar het gaat om het inzichtelijk maken van kwaliteit door middel van het opzetten van een systeem van kwaliteitsindicatoren, de huisartsen niet voorop lopen, mede omdat hierdoor concurrentie in de toekomst steviger kan worden en de beroepsgroep daar geen belang bij heeft.

Als we het algemene kader van hoofdstuk 3 toepassen op de huisartsen als beroepsgroep komen wij tot de conclusie dat er geen reden is huisartsen toe te staan collectief te onderhandelen over prijs en/of kwaliteit. Er lijkt weinig onderlinge concurrentie tussen huisartsen te zijn en de concurrentie die er is, moet juist bevorderd worden en niet uitgeschakeld door collectieve onderhandelingen toe te staan. Het is voor deze groep zorgaanbieders niet aannemelijk dat zorgverzekeraars over inkoopmacht beschikken en derhalve kan er al helemaal geen sprake van misbruik zijn. Om toekomstige concurrentie tussen huisartsen

mogelijk te maken is het wenselijk dat er een systeem van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld wordt waarmee kwaliteit van de ingrepen van de huisarts gemeten kan worden. Indien huisartsen op dit terrein willen samenwerken, moet dat bevorderd worden.

4.2 Fysiotherapeuten

Fysiotherapie is gericht op het functioneren van de menselijke beweging en vindt plaats door middel van massagetherapie, oefentherapie en fysische therapie (prikkels door middel van warmte, koude, licht, geluid en elektriciteit waaraan apparatuur te pas komt). Binnen de fysiotherapie bestaan naast de algemene fysiotherapeuten verschillende specialismen zoals manueel fysiotherapeut, bekkentherapeut, kinderfysiotherapeut, oedeemtherapeut en nog een aantal andere specialisaties. Er werken in 2005 zo'n 13.500[51]vrijgevestigde fysiotherapeuten in Nederland.

Sinds 1 januari 2006 kan een patiënt zonder directe verwijzing van de huisarts meteen bij de fysiotherapeut terecht. Het grootste deel van de fysiotherapie wordt vergoed via de aanvullende verzekering. Bepaalde chronische ziekten vallen onder de basisverzekering en zijn dus 100% verzekerd. De zorg die binnen het basispakket wordt vergoed, bestaat voor fysiotherapie voor verzekerden onder de 18 jaar uit ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per jaar. Bij een ontoereikend resultaat kan het aantal behandelingen ten hoogste worden verlengd met nog eens 9 behandelingen. Voor patiënten ouder dan 18 jaar worden de kosten van bepaalde, door de minister aangewezen chronische aandoeningen vanaf de tiende behandeling vergoed. Voor het overige dienen patiënten aanvullend verzekerd te zijn of zelf te betalen. Dit geldt voor 75% van de patiënten.[52] Volgens de zorgmonitor 2008 van Vektis wordt in 2007 534 miljoen euro aan paramedische hulp (voornamelijk fysiotherapie) in de basisverzekering uitgegeven en 824 miljoen euro in de aanvullende verzekering. Sinds 1 januari 2008 gelden er vrije prijzen voor de vrijgevestigde fysiotherapeuten nadat er 3 jaar lang een landelijk

[51] Nationaal Kompas RIVM, Uit Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten (1 januari 2008)
[52] Nationaal Kompas RIVM, Fysiotherapie, Financiering en kosten, Hoe wordt fysiotherapie gefinancierd?

experiment heeft plaatsgevonden met vrije prijzen. De belangen van de branche worden behartigd door het KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie).

Op dit moment lijkt de relatie tussen vraag en aanbod nog redelijk in evenwicht te zijn. Er zijn geen wachtlijsten. Er lijkt eerder sprake te zijn van een overschot dan van een tekort aan fysiotherapeuten, maar dit blijkt moeilijk aan te tonen. Volgens het RIVM zal een (groter) overschot ontstaan door afstuderende studenten die nu nog in opleiding zijn. Een fysiotherapeut heeft een beperkt aantal mogelijkheden als hij/zij ervoor zou willen kiezen iets anders te gaan doen: hij/zij kan er voor kiezen oefentherapie aan te bieden of in loondienst bij een andere praktijk of in een instelling te gaan werken. Daarnaast kan een fysiotherapeut voor eigen rekening van een patiënt werken indien hij geen contract van een verzekeraar krijgt (of een aangeboden contract weigert), maar de vraag is of veel patiënten dat zullen accepteren als andere fysiotherapeuten wel gecontracteerd zijn. Een fysiotherapeut kan zich elders vestigen in een regio met een hoge concentratie aan verzekerden die bij een verzekeraar aangesloten zijn waarvan de contractvoorwaarden wel acceptabel zijn, maar hier zijn relatief grote overstapkosten aan verbonden en de garantie dat de voorwaarden van andere verzekeraars ook op langere termijn gunstiger blijven is niet aanwezig.[53] Er is relatief veel ruimte voor specialisatie en productontwikkeling (voor bijv. specifieke doelgroepen als dikke kinderen, ouderen, herstellen na kanker).

Voor patiënten/verzekerden is het relatief gemakkelijk om voor een nieuwe fysiotherapeut te kiezen of naar een andere over te stappen. Er zijn voldoende fysiotherapeuten en er is in slechts een beperkte mate sprake van een vertrouwensband tussen fysiotherapeut en patiënt. Het percentage verzekerden dat een fysiotherapeut bezoekt, is met ongeveer 20% laag, maar van die groep is het gemiddeld aantal bezoeken relatief hoog en de lengte van de behandeling relatief lang. De aard van de behandeling is vaak dusdanig dat na een bepaalde periode de behandeling stopt en dat de periode tussen twee behandeltrajecten relatief lang is, zodat sowieso van een nieuw contact gesproken kan worden. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor verzekeraars; vanwege de beperkte vertrouwensband tussen

[53] In een uiterst geval kan een fysiotherapeut een ander vak kiezen. De studieduur is in vergelijking met andere zorgaanbieders nog redelijk beperkt.

verzekerde en fysiotherapeut en het vermoedelijke overschot aan fysiotherapeuten is het afbreukrisico van het niet contracteren van een specifieke fysiotherapeut klein.

Onder het programma *Zichtbare Zorg* wordt gewerkt aan het ontwikkelen van *kwaliteitsindicatoren*. Gedeeltelijk vanwege de aard van de fysiotherapeutische behandelingen lijkt het erop dat dit succesvoller verloopt dan bij de huisartsen het geval is.

Evaluatie

Fysiotherapeuten zijn een voorbeeld van een beroepsgroep die over relatief weinig *countervailing power* beschikt. Behandelingen door een fysiotherapeut zijn over het algemeen in de vorm van een behandeltraject en nadat de klacht verholpen is, wordt het traject afgesloten. Dit betekent dat de meeste patiënten geen jarenlange vertrouwensbasis met hun fysiotherapeut opbouwen. Specifiek betekent dit dat bij een nieuwe klacht een patiënt/verzekerde relatief makkelijk naar een andere fysiotherapeut kan gaan. Fysiotherapie wordt voornamelijk door een aanvullende verzekering dan wel door eigen middelen van een patiënt gedekt. De inhoud van dergelijke verzekeringen wordt aan de verzekeraars overgelaten die de vrijheid hebben meer of minder zorg in een aanvullende verzekering onder te brengen. Vaak moet de patiënt zelf ook een deel van de behandelingen betalen. Tenslotte dreigt er sprake te zijn van een overschot aan fysiotherapeuten, wat hun onderhandelingspositie ook niet ten goede komt.

De wetgever heeft een dergelijke situatie ook bewust nagestreefd, zodat de verzekeraar – vanuit de belangen van de verzekerde/patiënt - kwalitatief goede zorg tegen een goede prijs kan inkopen. Het feit dat fysiotherapeuten individueel over relatief weinig onderhandelingsmacht beschikken, betekent daarom nog niet dat toegestaan moet worden dat ze collectief kunnen onderhandelen, los van de vraag of er überhaupt inkoopmacht voor verzekeraars is.

Op het gebied van de fysiotherapie lijken de pogingen om te komen tot een goed functionerend systeem van kwaliteitsindicatoren vruchten af te werpen. Het is goed dat er professionele standaarden ontwikkeld worden die in toekomstige

onderhandelingen tussen verzekeraars en individuele fysiotherapeuten gebruikt kunnen worden om tot betere afspraken te komen. Om transactiekosten daarbij zo veel mogelijk te reduceren is het wenselijk dat er een eenduidig systeem komt en daarom lijkt het in deze transitiefase acceptabel dat over de vraag welke kwaliteitsindicatoren te hanteren collectief onderhandeld wordt.

Soms is het zo dat zorgaanbieders gezamenlijk nieuwe producten aanbieden, zoals het "Beweeg je Beter" programma van fysiotherapeuten. Beweerd wordt dat een dergelijke innovatie alleen van de grond komt als fysiotherapeuten samenwerken.[54] Het kan zijn dat dit in de praktijk zo is, maar vanuit een mededingingsperspectief moet elke keer opnieuw beoordeeld worden of dit inderdaad het geval is: zelfs de schijn van uitsluiten van concurrentie moet vermeden worden. Een verzekeraar zou als alternatief de kosten van het opzetten van een nieuw product voor haar rekening kunnen nemen en vervolgens partijen vragen om een dergelijk nieuw product te leveren voor een bepaalde prijs.

4.3 Vergelijken en concluderen

De twee beroepsgroepen die in dit hoofdstuk centraal stonden, te weten de huisartsen en de fysiotherapeuten, representeren bijna twee extremen in een spectrum van onderhandelingsmacht. Vanwege een breed scala aan factoren beschikken de huisartsen over relatief veel onderhandelingsmacht, terwijl dat veel minder geldt voor de fysiotherapeuten. Drie factoren zijn daarbij cruciaal: de verschillen in de wijze waarop zorg verzekerd is, verschillen in de grootte van de vertrouwensbasis tussen patiënt/verzekerde aan de ene kant en de zorgaanbieder aan de andere kant en tenslotte de relatieve schaarste van zorgaanbieders.

Voor de huisarts moet men meestal bij een praktijk geregistreerd zijn, bij de fysiotherapeut komt men als er behoefte aan is en men is vrij om elke keer een andere zorgaanbieder te kiezen. Dit leidt ertoe dat de verzekeraar in het geval van huisartsenzorg voor al zijn verzekerden contracten moet afsluiten met alle zorgaanbieders om zijn verzekerden te plaatsen. Hoewel de zorgconsumptie per

[54] Zie bijvoorbeeld de reactie van de KNGF op de Consultatie van de richtsnoeren voor de zorgsector, augustus 2009.

verzekerde voor deze typen zorg niet hoog is, is het voor de verzekeraar lastig om voor al zijn verzekerden een zorgaanbieder te vinden indien er met een huisarts geen contract kan worden gesloten. Dit zorgt voor een relatief lage inkoopmacht van de zorgverzekeraar. Voor fysiotherapie en psychologie sluit een verzekeraar contracten af met zorgaanbieders, waardoor het voor de verzekerde mogelijk wordt om naar die zorgaanbieder te gaan zodra er behoefte aan is. Omdat men niet van tevoren geregistreerd hoeft te zijn bij die zorgaanbieder, is de verzekerde meer flexibel en kan hij of zij gemakkelijk een andere zorgaanbieder zoeken als bijvoorbeeld de wachttijd te lang is. Voor de verzekeraar is het niet zo'n probleem als er geen contract wordt gesloten met een bepaalde fysiotherapeut, omdat zijn verzekerde zelf de afweging zal maken tussen reistijd, wachttijd en persoonlijke voorkeur, zonder dat de verzekeraar zijn zorgplicht verzuimd. Omdat de verzekeraar dus niet afhankelijk is van een zorgaanbieder in dit segment heeft hij relatief een hoge inkoopmacht. Het is echter weer niet aannemelijk dat deze in economische zin tot problemen zal leiden en misbruikt kan worden in de zin van de Mededingingswet, zodat het niet gewenst is om collectief onderhandelen (marktmacht aan de aanbodzijde) toe te staan als tegenwicht tegen inkoopmacht.
Andere beroepsgroepen in de zorg zullen vaak ergens tussen deze twee extremen in zitten. Tandartsen hebben bijvoorbeeld veel karakteristieken gemeen met de huisarts, al valt een belangrijk deel van de tandartszorg in de aanvullende verzekering. Psychologen hebben vanuit het perspectief van deze notitie veel overeenkomsten met fysiotherapeuten. Over het algemeen zullen veel beroepsgroepen eerder te vergelijken zijn met de fysiotherapeuten dan met de huisartsen, omdat deze laatste groep een speciale, centrale plaats in het stelsel van de Nederlandse zorgsector inneemt.

Hoewel er vanuit een mededingingsoptiek dus wel degelijk verschillen zijn tussen verschillende groepen zorgaanbieders, moet de vraag of deze verschillen tot een fundamenteel andere aanpak van het vraagstuk van inkoopmacht leiden ontkennend worden beantwoord: inkoopmacht, zo die er al is op de relevant geachte markt, komt over het algemeen ten goede aan de patiënt/verzekerde.

5 Conclusie

Deze notitie heeft een theoretisch kader geschapen van waaruit conclusies kunnen worden getrokken over de voor- en nadelen van inkoopmacht van zorgverzekeraars in zorginkoopmarkten voor de uiteindelijke patiënt/verzekerde. Dit algemene raamwerk is toegepast op twee beroepsgroepen, te weten de huisartsen en de fysiotherapeuten.

5.1 Relatie met onderzoek in opdracht van NZA

De NZa heeft opdracht verleend aan *RBB Economics* een onderzoek te doen naar de mate waarin verzekeraars over inkoopmacht beschikken. Hoewel het rapport van *RBB Economics* zich voornamelijk concentreert op de relatie tussen verzekeraars en zorgaanbieders, komt het grotendeels tot dezelfde conclusies als die in deze notitie worden getrokken. Over prijs, kwaliteit en innovatie moet het zorgaanbieders niet toegestaan worden collectief te kunnen overleggen. Ten aanzien van de inrichting van een systeem van kwaliteitsindicatoren (ook ten aanzien van innovatie) of ten aanzien van objectief vaststelbare kwaliteitsverbetering op basis van professionele standaarden ziet RBB Economics geen duidelijke nadelen voor de patiënt/verzekerden indien zorgaanbieders ten aanzien van deze aspecten wel collectief zouden onderhandelen. RBB Economics benoemt echter ook geen duidelijke voordelen van het collectief onderhandelen ten aanzien van een systeem van kwaliteitsindicatoren. Wij hebben hier betoogd dat die voordelen vooral kunnen zitten in het overbruggen van de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieders en verzekeraars, het reduceren van transactiekosten en in de (minder economisch gemotiveerde) extra motivatie die zorgaanbieders kunnen ontlenen aan het feit dat ze zelf mede aan de basis hebben gestaan van het systeem waarin ze werken.

5.2 Samenvatting en conclusie

Wij komen tot de volgende conclusies. Verzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over verschillende aspecten van de aangeboden zorg, waaronder

prijs, kwaliteit en innovatie van aangeboden diensten. Ten aanzien van prijs komen wij tot de conclusie dat het onder geen beding nodig is, laat staan toegestaan moet worden, dat zorgaanbieders collectief moeten kunnen onderhandelen buiten de bagatelregeling om. Dat de bagatelregeling voldoende ruimte biedt voor onderhandelen op kleine schaal blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de gemiddelde omzet van een huisarts in 2007 €236.000 was en de gemiddelde praktijkomvang 2,01 huisartsen.[55] Zorgverzekeraars hebben er belang bij zorg scherp in te kopen en deze lagere prijzen zullen voor een belangrijk deel in de vorm van lagere premies doorgegeven worden aan de patiënt/verzekerde. Voor zover de klachten van de zorgaanbieders terug te voeren zijn op te lage prijzen die zij voor hun diensten vergoed krijgen, is dit voor een groot deel te verklaren uit het feit dat de aanbieders tot voor kort geen sterke partij aan de vraagkant gewend waren en daardoor vooral moeten wennen aan het proces van onderhandelingen dat bij marktwerking hoort. Een aantal van de gepercipieerde problemen kunnen dus als transitieprobleem worden gekenschetst en worden vooral door een aantal individuele zorgaanbieders als sterk problematisch gepercipieerd. Er zijn echter geen aanwijzingen voor onwenselijke economische effecten of in het verlengde daarvan van mededingingsrechtelijke problemen.

Ten aanzien van kwaliteit is de conclusie genuanceerder. Het is zo dat (voor zover patiënten/verzekerden kwaliteit in de zorgsector kunnen herkennen) zorgverzekeraars er belang bij hebben om de door patiënten/verzekerden gewenste prijs/kwaliteitsverhouding aan te kunnen bieden, omdat dit haar positie op de zorgverzekeringsmarkt versterkt. Ook als patiënten/verzekerden kwaliteit in de zorgsector niet kunnen herkennen, is het zo dat hier een duidelijke rol voor zorgverzekeraars is. Verzekeraars kunnen kwaliteit vaak beter dan patiënten/verzekerden herkennen en omdat zij zowel de korte– als de lange-termijn zorg voor een verzekerde moeten vergoeden, hebben zij er ook belang bij kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden in te kopen (aangezien dat op langere termijn vaak kosten bespaart). Om dezelfde reden heeft een verzekeraar er belang bij preventieve zorg aan haar verzekerden aan te bieden, als hij er tegelijk in slaagt om zijn verzekerden te behouden.

[55] NZa, Monitor Huisartsenzorg 2008, p.14 en p,19

Het is echter ook zo dat kwaliteit in de zorg nog lang niet in alle deelsectoren goed gedefinieerd is. In veel deelsectoren wordt onder leiding van de IGZ aan een systeem van kwaliteitsindicatoren gewerkt. Zowel verzekeraars als patiënten/verzekerden hebben belang bij een goed systeem van kwaliteitsindicatoren en de inbreng van zorgaanbieders bij het tot stand komen (en eventueel *up-to-date* houden) van zo'n systeem is onontbeerlijk. Zolang de gesprekken alleen over een systeem van kwaliteitsindicatoren gaan of over een inhoudelijke invulling van deze indicatoren voor zover deze invulling objectief en zoveel mogelijk landelijk ingebed is, lijkt er weinig op tegen om (een overkoepelende organisatie van) zorgaanbieders met verzekeraars gezamenlijk te laten afstemmen. Dergelijke gesprekken kunnen het beste op landelijk niveau gevoerd worden, omdat op deze manier zo veel mogelijk medisch objectieve argumenten de bovenhand krijgen en de onderhandelingen zo min mogelijk gebruikt kunnen worden om (op regionaal niveau) het concurrentieproces te frustreren. Voor zover er objectieve redenen zijn om regionale verschillen te maken in het systeem van kwaliteitsindicatoren, dan kunnen die in een landelijk systeem ingebracht worden.

Gegeven het systeem van kwaliteitsindicatoren moet een verzekeraar echter vrij zijn om zorgaanbieders vergoedingen voor hun diensten te geven die in overeenstemming zijn met dit systeem. Er is geen reden om zorgaanbieders collectief te laten onderhandelen hoe, gegeven dit systeem van kwaliteitsindicatoren, individuele zorgaanbieders te vergoeden voor de te leveren kwaliteit. De invulling van kwaliteitsnormen, waarbij dat verder gaat dan zuivere medisch inhoudelijke en op wetenschappelijk bewijs gestoelde standaarden, beschouwen we dus als concurrentieel en zouden niet collectief moeten worden afgestemd.

Eenzelfde conclusie geldt ten aanzien van innovatie. Dit is ook niet verwonderlijk aangezien het bij innovatie vooral gaat om het kunnen verbeteren van toekomstige zorg. Op dit moment zijn verzekeraars en zorgaanbieders ten aanzien van een aantal aspecten al bezig er voor te zorgen dat de verzekeraars (mee)betalen aan de kosten van het verhogen van de kennis van de zorgaanbieders. Zo kunnen huisartsen bepaalde vormen van innovatieve werkzaamheden vergoed krijgen. Zorgverzekeraars zijn bereid een deel van de kosten voor hun rekening te nemen

aangezien dit toekomstige besparingen op kan leveren (aangezien patiënten dan voor bepaalde kwalen niet meer naar meer gespecialiseerde, duurdere zorgaanbieders hoeven). Patiënten kunnen ook profiteren van deze innovaties in de vorm van betere (toekomstige) service of lagere premies. Verzekeraars zullen echter moeite hebben een dergelijk systeem van innovatiemogelijkheden zelfstandig op te stellen, aangezien het hen vaak aan de benodigde informatie zal ontbreken hoe deze praktisch vorm te geven. Dus ook ten aanzien van investeringen in innovatieve diensten kunnen we vaststellen dat zolang de gesprekken gaan over het opstellen van een systeem van innovatiemogelijkheden de zorgaanbieders als collectief moeten kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars, maar daar waar het gaat over de invulling van deze mogelijkheden in de vorm van contracten met individuele zorgaanbieders, moeten individuele verzekeraars vrij spel hebben.

Bibliografie

Blair, R.D. & Harrison, J.L. (1993). 'Monopsony: Antitrust Law and Economics', *Princeton University Press*

Brooks, J. M., Dor, A., and H. S. Wong. (1997). 'Hospital-Insurer Bargaining: An Empirical Investigation of Appendectomy Pricing', *Journal of Health Economics*, vol. 16, nr. 4, pp. 417-434

Department of Justice – Buyer Power concerns and the Aetna-Prudential Merger – 5th annual health care antitrust Forum, Northwestern University School of Law, Oct. 20 1999

Dobson P.W., Clarke, R., Davies, S., Waterson, M. (2001). 'Buyer Power and its Impact on Competition in the Food Retail Distribution Sector of the European Union', *Journal of Industry, Competition and Trade*, vol. 1, number 3, pp. 247-281 (35)

Dobson, P.W. & Waterson, M. (1997). 'Countervailing Power and Consumer Prices', *The Economic Journal* vol. 107, nr. 441, pp. 418-430

Grimes, W.S. (2005). 'Buyer Power and Retail Gatekeeper Power', *Antitrust Law Journal,* vol. 72, nr. 2, pp 563

Herndon, J.D. (2002). 'Health insurer monopsony power: the all-or-none model', *Journal of Health Economics*, vol. 21, nr. 2, pp. 197-206

Inderst, R. & Doyle , C. (2007). 'Some Economics on the Treatment of Buyer Power in Antitrust', *European Competition Law Review*, vol. 23, no.3, pp.210-219

Inderst, R. & Wey, C. (2003). 'Bargaining, Mergers and Technology choice in bilaterally oligopolistic industries', *RAND Journal of Economics*, vol. 34, pp. 1-19

Inderst, R. & Mazzarotto, N. (2008). 'Buyer Power in Distribution', Chapter 20 ABA Antitrust Section Handbook, Issues in Competition Law

Melnik, G. A., Zwanziger, J., Barnezai, A. & Pattison, R. (1992). 'The Effects of Market Structure and Bargaining Position on Hospital Prices', *Journal of Health Economics*, vol. 11, nr. 3, pp. 217-233

Monitor Huisartsenzorg 2008, NZa

Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009, NZa

Noll, R.G. (2005). 'Buyer Power and Economic Policy', *Antitrust Law Journal*, vol. 72, nr. 2 (589-624)

Pauly, M.V. (1998). 'Managed care, market power and monopsony', *Health Services Research*, vol. 33, pp. 1439-1460

Scheffler, R.M. (1999). 'Physician Collective Bargaining in the Era of Managed Care: A Turning Point in U.S. Medicine', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.24, nr 5, pp. 1071-1076

Von Ungern-Sternberg, T. (1996). 'Countervailing Power Revisited', *International Journal of Industrial Organization*, vol. 14, nr. 4, pp. 507-519.