



Dieetadvisering

Een advies over de wenselijkheid van vrije
prijsvorming op de markt voor dieetadvisering

Visiedocument

Dieetadvisering

Een advies over de wenselijkheid van vrije
prijsvorming op de markt voor dieetadvisering

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting en advies	7
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling rapport	14
1.3 Informatiebronnen	14
1.4 Opbouw visiedocument	15
2. De markt voor dieetadvisering	17
2.1 Wat is dieetadvisering?	17
2.2 Zijn er voldoende aanbieders op de markt?	19
2.2.1 Huidig aanbod van dieetadvisering	19
2.2.2 Vraag versus aanbod	20
2.2.3 Ontwikkelingen op de markt	20
2.3 Keuzemogelijkheden voor de consument	22
2.3.1 Transparantie op de markt	22
2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen	22
2.3.1.2 Transparantie van kwaliteit	23
2.3.1.3 Transparantie van prijs	25
2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden	26
3. Marktgedrag	29
3.1 Inkoopprykkels	29
3.1.1 Zorgverzekeraar	29
3.1.2 Verzekerde	31
3.1.3 Marktverhoudingen	32
3.1.3.1 Verzekeraar	32
3.1.3.2 Aanbieder	33
3.1.3.3 Verzekerde	33
3.2 Anticompetitieve gedragingen	34
3.2.1 Te hoge prijzen	34
3.2.2 Te lage prijzen	35
3.2.3 Samenwerking tussen zorgaanbieders onderling	36
3.2.4 Misbruik inkoopmacht	36
3.3 Externe effecten	38
3.3.1 Inleiding	38
3.3.2 Afwenteleffecten	39
3.3.3 Ketenzorg/spillover effecten	39
3.3.4 Volume-effecten: supplier induced demand, upcoding	40
4. Lastendruk-/veranderingskosten	43
4.1 Lastendruk	43
4.2 Veranderingskosten	44
5. Monitoren marktontwikkelingen	47
Bijlage I. Begrippenlijst	49

Vooraf

Het Visiedocument Dieetadvisering bevat een analyse van de markt voor dieetadvisering. Op basis van deze analyse adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de mogelijkheden en wenselijkheid van het liberaliseren van de markt voor dieetadvisering. Het is aan de Minister om te besluiten of deze markt al dan niet kan worden geliberaliseerd. Het document begint met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en het advies aan de Minister van VWS.

In deze analyse is gebruik gemaakt van de meetlat die de NZa in februari 2007 heeft gepubliceerd in het Visiedocument Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg. Invulling van de meetlat helpt de vraag beantwoorden of de consumentenbelangen voldoende zijn geborgd in een geliberaliseerde markt voor dieetadvisering of dat regulering op deze markt noodzakelijk is. Uit de analyse volgen tevens de punten die de NZa in elk geval in de marktmonitor zal betrekken indien de Minister van VWS besluit dat de tarieven op de markt voor dieetadvisering worden geliberaliseerd.

Aan dit visiedocument is het Consultatiedocument Dieetadvisering voorafgegaan. Dat ging in op de vraag of de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn op de markt. Consumentenorganisaties, brancheverenigingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en overheidsorganisaties hebben op het Consultatiedocument gereageerd. Tijdens een consultatiebijeenkomst op 17 maart 2008 hebben de verschillende partijen de eigen reactie toegelicht en kennisgenomen van elkaars standpunten. Hierover is onderling en met de NZa gediscussieerd. De schriftelijke reacties en het verslag van de bijeenkomst staan op de website van de NZa.¹

Dit visiedocument is tot stand gekomen op basis van het consultatiedocument, de reacties daarop en aanvullend onderzoek door de NZa. Wij stellen de moeite die alle partijen hebben genomen om te reageren op het consultatiedocument bijzonder op prijs.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

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

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

¹ www.nza.nl

Managementsamenvatting en advies

De NZa heeft in het nieuwe zorgstelsel een belangrijke taak als maker en bewaker van goed werkende zorgmarkten en beschermer van het consumentenbelang. De NZa onderzoekt de mogelijkheden om de maatschappelijke belangen van een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg te borgen. De NZa analyseert achtereenvolgens de markten waarop de vrije beroepsbeoefenaren opereren om te bezien of liberaliseren van deze markten de borging van de maatschappelijke belangen kan verbeteren. Daarbij gebruikt de NZa het Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg, dat in februari 2007 na consultatie van alle marktpartijen is vastgesteld. Dit visiedocument geeft een weergave van de analyse van de markt voor extramurale dieetadvisering, de uitkomsten van de consultatie van de partijen op deze markt, en een advies aan de Minister van de VWS ten aanzien van de mogelijkheden voor liberalisering.

In dit visiedocument ligt de focus op twee aanbieders van dieetadvisering, te weten de vrijgevestigde diëtisten en diëtisten, werkzaam in de extramurale dieetadvisering bij (thuiszorg-) instellingen. De totale zorguitgaven aan dieetadvisering onder het Budgettair Kader Zorg bedroegen in de eerste drie kwartalen van 2007 € 29,8 miljoen.

Analyse

Om te bepalen of er op een markt al dan niet ruimte is voor vrije prijzen, hanteert de NZa het Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg, ofwel 'de meetlat'. In de meetlat wordt de aanwezigheid van factoren gemeten die ervoor zorgen dat de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn en het consumentenbelang geborgd is. Aan deze meetlat heeft de NZa een aantal mogelijke anticompetitieve gedragingen zoals kartelvorming toegevoegd. Hiervoor is gekozen omdat anticompetitieve gedragingen veel effect kunnen hebben op een goede werking van de markt voor dieetadvisering. Het is derhalve van belang om hier vooraf een goede inschatting van te maken. Bij de externe effecten worden vooral die effecten die in deze specifieke markt een voldoende grote kans op optreden hebben, meegewogen in het eindoordeel over de markt voor dieetadvisering.

Tabel 1 geeft de invulling van de meetlat voor de markt voor dieetadvisering. In de meetlat is met 'plussen' en 'minnen' aangegeven of aan een bepaalde voorwaarde voor een goed werkende markt is voldaan. Een plus moet hierbij worden geïnterpreteerd als positief voor de belangen van de consument. In de tabel is tevens aangegeven of een factor een start- of een ingroecriterium is.²

² Start- en ingroecriteria zijn beide even essentieel voor een goede werking van de markt. Echter bij een ingroecriterium kan het ontbreken van de juiste initiële condities worden opgelost door de markt zelf of door optreden van de overheid. Bij een startcriterium is deze rol kleiner.

Tabel 1. Meetlat voor de markt voor dieetadviesing

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

Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat er voldoende aanbod is om uit te kiezen, dat er voldoende informatie is om een goede keuze te kunnen maken tussen aanbieders, zodat de consument kan kiezen voor de aanbieder met de voor hem beste prijs-kwaliteit-verhouding. Tevens is het van belang dat marktpartijen de werking van de markt niet belemmeren door bijvoorbeeld misbruik te maken van hun machtspositie. Zoals uit de meetlat valt af te leiden, voldoet de markt voor dieetadviesing aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt:

- kwaliteit. De minimumkwaliteit op de markt is goed geborgd;
- voldoende aanbieders. Er lijkt in de markt voor dieetadviesing nauwelijks schaarste te zijn. Er is geen sprake van wachtlijsten. Bij een eventuele toename van de vraag naar dieetadviesing – mogelijke schaarste – kunnen huidige aanbieders hun aanbod uitbreiden. Andere aanbieders zoals gewichtsconsulenten kunnen bepaalde onderdelen van dieetadviesing ook aanbieden zodat er extra aanbod beschikbaar komt. Op lange termijn geldt dat er nauwelijks sprake is van toetredingsdrempels tot deze markt. Nieuwe aanbieders kunnen dus eenvoudig tot de markt toetreden en een eventuele toename van de vraag voor hun rekening nemen;
- marktverhoudingen. De verzekeraar beschikt over een goede onderhandelingspositie op de markt voor dieetadviesing. Er opereren voldoende aanbieders op de markt. Sommige thuiszorginstellingen

- hebben op lokale markten een groot aandeel van de capaciteit, wat hun positie in de onderhandeling met de zorgverzekeraars versterkt;
- anticompetitieve gedragingen. Het risico op te hoge prijzen in de markt voor dieetadvisering is beperkt. Verzekeraars beschikken over voldoende inkoopmacht en er is geen schaarste op de markt. Hetzelfde geldt voor te lage prijzen, ook wel 'roofprijzen'. Doordat er geen toetredingsdrempels op de markt zijn, is het geen plausibele lange termijnstrategie om concurrenten doormiddel van lage prijzen uit de markt te drukken. Ook het risico dat thuiszorginstellingen te lage prijzen gaan vragen, lijkt beperkt. Het risico op collusie lijkt ook beperkt. Misbruik van inkoopmacht kan zich voordoen, maar ook hier geldt dat het risico beperkt is. De beperkte omvang van het product dieetadvisering binnen het totale zorgaanbod, maakt dat de neiging tot misbruik van inkoopmacht klein is. Tevens hebben verzekeraars een zorgplicht waardoor zij voldoende zorg van voldoende kwaliteit moeten inkopen. Dit geldt voor de zorg die is ondergebracht in de basisverzekering. Voor dieetadvisering zijn dit de eerste vier uur. Het gemiddeld aantal behandelingen per patiënt bedraagt vijf uur. Deze aspecten beperken het risico op misbruik van inkoopmacht door verzekeraars. Hoewel de kans op anticompetitieve gedragingen klein is, beschikken de NZa en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) verder over voldoende instrumenten om eventuele ongewenste gedragingen te corrigeren. De NZa let continu op signalen van misbruik van marktmacht. Voorts voert de NZa periodiek een monitor uit op geliberaliseerde markten. Mede om te weten te komen wanneer misbruik van inkoopmacht tot een slechtere kwaliteit leidt, is het belangrijk dat er prestatie-indicatoren worden ontwikkeld die de ontwikkeling in kwaliteit goed kunnen weergeven. Een eventuele kwaliteitsverslechtering kan dan tijdig worden opgemerkt;
 - externe effecten. De kans op negatieve externe effecten bij het mogelijk vrijgeven van prijzen is gering. Er doen zich geen afwenteleffecten voor omdat diëtisten hiervoor niet over de mogelijkheid beschikken en niet de stimulans ervaren. De kans op negatieve keteneffecten is klein. Vrije prijsvorming kan juist een stimulans geven aan meer samenwerking binnen de beroepsgroep en met andere beroepsgroepen. Aanbieders worden per tijdseenheid beloond, en ervaren dus stimulansen om meer volume te leveren. Het risico op volume-effecten wordt verder verhoogd door de declareerbaarheid van indirecte patiëntgebonden uren. Daar staat tegenover dat dieetadvisering alleen uit de basisverzekering vergoed wordt na verwijzing door een arts. Dit voorkomt het in behandeling nemen van patiënten die hierbij niet gebaat zijn;
 - lastendruk en veranderingskosten. De lastendruk is groter in een systeem met regulering dan in een systeem van vrije prijsvorming. De introductie van vrije prijsvorming leidt wel tot een tijdelijke toename van de lastendruk. Dit zijn echter incidentele kosten. Structureel verdwijnen de kosten die verbonden zijn aan de tarifiering. De transactiekosten kunnen wel toenemen. Deze laatste hangen samen met eventuele onderhandelingen over contracten en hoe het contractproces ten opzichte van de huidige situatie verandert. Deze toename in kosten moet worden afgezet tegen de baten van vrije prijsvorming. Het gaat bij deze baten om aspecten, zoals: meer mogelijkheden om in kwaliteit te investeren, meer variatie in het aanbod, klantgericht werken, de mogelijkheid om beter in te spelen op regionale omstandigheden en betere stimulansen om efficiënt te werken.

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

- transparantie. Consumentenorganisaties en zorgverzekeraars geven aan dat kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders voor hen niet inzichtelijk zijn. Hierdoor is het voor verzekeraars en consumenten moeilijk om de beste aanbieder te kiezen. De oplossing hiervoor is het ontwikkelen van prestatie-indicatoren, specifiek uitkomstindicatoren. De marktpartijen hebben de bereidheid geuit om dergelijke indicatoren te ontwikkelen. De overheid kan hierbij een begeleidende rol spelen.
- stimulansen verzekeraar. Verzekeraars ervaren beperkte stimulansen om goed in te kopen. Zij ervaren vooral een beperkte stimulans om op de prijs van de zorg te letten. Verzekeraars moeten aan de andere kant wel voldoen aan de zorgplicht voor die zorg die onder de basisverzekering valt.³ Voorts vergroten maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toenemende aandacht voor preventie, deze stimulans;
- stimulansen consument. De consument ervaart een kleine, maar aanwezige stimulans om goed in te kopen en op de prijs te letten. Hij is via de basisverzekering verzekerd voor de eerste vier uur dieetadvies. Daarna moet hij zelf betalen of via een aanvullende verzekering vergoeding regelen. De consument gaat zeker beter op de kwaliteit van de zorg letten indien dit transparant wordt. Hij wil uiteraard de hoogst mogelijke kwaliteit voor het product waarvoor hij verzekerd is. Die transparantie is er nu echter nog niet.

De conclusie die de NZa in het Consultatiedocument dieetadvies getrokken heeft – dat de markt voor dieetadvies geschikt is voor liberalisering – is bevestigd door de consultatie van alle betrokken partijen. De NZa ziet daarom geen reden om voorafgaand aan liberalisering een experimentfase in te gaan. Eventuele problemen die in de eerste fase na liberalisering ontstaan, kunnen met het instrumentarium van de NZa worden opgelost. De NZa benadrukt in dit licht specifiek dat het verbeteren van de transparantie op de markt kan worden afgedwongen op grond van artikel 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De NZa verkiest echter de huidige situatie waarin marktpartijen zich vrijwillig willen inspannen om de transparantie te verbeteren.

Advies

De NZa adviseert de Minister van VWS om de markt voor extramurale dieetadvies te liberaliseren per 1 januari 2009. De NZa adviseert tevens om (outputgerichte) prestatie-indicatoren te laten ontwikkelen door de marktpartijen, met ondersteuning van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

De NZa komt tot dit advies na een uitvoerige analyse van de huidige markt en consultatie van de betrokken marktpartijen. Op grond hiervan concludeert de NZa dat het toestaan van vrije prijsvorming de beste marktcondities biedt om de toekomstige vraagstijging te beantwoorden. De maatschappelijke belangen van een betaalbaar, goed toegankelijk en kwalitatief hoogstaand aanbod van dieetadvies zijn in een markt met vrije prijsvorming het beste geborgd. Alle marktpartijen hebben naar aanleiding van de analyse van de NZa hun voorkeur voor liberalisering uitgesproken.

Door vrije prijsvorming toe te staan wordt de flexibiliteit van het zorgaanbod optimaal benut. Bovendien bevordert vrije prijsvorming het innovatief, vraaggestuurd en klantgericht werken, doordat beloning naar prestatie mogelijk wordt. Dit zijn voorwaarden die de beste garanties

³ Dit geldt in mindere mate als er sprake is van een restitutieverzekering.

leveren tegen schaarsteproblemen, zoals wachtlijsten en kwaliteitsverlies, wanneer de verwachte vraagstijging doorzet.

Op basis van haar analyse komt de NZa tot de conclusie dat de juiste marktcondities aanwezig zijn voor vrije prijsvorming. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat een vrije markt de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid gaat schaden. Wanneer anticompetitieve gedragingen van marktpartijen de maatschappelijke belangen bedreigen, beschikt de overheid over voldoende middelen om in te grijpen.

In het licht van de toekomstige vraagstijging biedt een markt met vrije prijsvorming betere waarborgen voor de maatschappelijke belangen dan de huidige regulering. Onder een maximumtarief worden verzekeraars niet sterk gestimuleerd om goed in te kopen of in kwaliteit te investeren. Zorgaanbieders ervaren weinig stimulans om zich van elkaar te onderscheiden. De dynamiek die een vrije markt met zich meebrengt, zal de stimulanswerking verbeteren.

Een vrije markt heeft transparantie nodig. Consumenten en zorgverzekeraars moeten weten welke aanbieders het product dieetadvisering aanbieden, tegen welke prijs, en met welke kwaliteit. De NZa stelt vast dat een eerste stap om het aanbod transparant te maken, al is gezet. Op grond van de consultatie van de marktpartijen blijkt dat de marktpartijen bereid zijn zich in te spannen om de transparantie verder te verbeteren. De NZa constateert na overleg met de IGZ dat transparantieverbeteringen binnen een acceptabele termijn kunnen worden gerealiseerd. Voorts hanteert de NZa de overweging dat de grootste stimulans voor transparantieverbeteringen bestaat in een vrije markt; immers, dan kunnen goede prestaties het beste worden beloond. Samenvattend concludeert de NZa dat de gewenste transparantie tot stand kan komen.

De periode tussen het besluit van de Minister van VWS en het daadwerkelijk vrijgeven van de markt per 1 januari 2009, zal worden benut om hierover verdere afspraken tussen alle marktpartijen en betrokken overheidsorganisaties te maken.

Op basis van de onderliggende analyse adviseert de NZa de Minister van VWS om de procesbegeleiding van het ontwikkelen van prestatie-indicatoren onder te brengen bij het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZBTK) van de IGZ. Op basis van de nu beschikbare informatie schat de NZa in dat de marktpartijen in 2009 kunnen starten met het vullen van de eerste indicatoren, zodat per 2010 hierover de eerste publieksinformatie openbaar kan worden gemaakt. Het streven moet zijn dat in 2011 outputgerichte prestatie-indicatoren geaccordeerd zijn door de relevante marktpartijen, gegevens verzameld worden en informatie vrij toegankelijk is voor alle betrokkenen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In februari 2007 heeft de NZa het visiedocument 'Liberalisering vrije beroepen in de zorg' gepubliceerd.⁴ In dit document presenteert de NZa een meetlat die zij gebruikt om te bezien of een markt kan worden vrijgegeven of niet. Deze meetlat is specifiek ontwikkeld voor de vrije beroepen. De invulling ervan voor een specifieke beroepsgroep geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen voldoende geborgd zijn in een geliberaliseerde markt en of de markt kan worden vrijgegeven of niet. Dit sluit aan bij de missie van de NZa, die gericht is op het maken en bewaken van goed werkende zorgmarkten. Op basis van de uitkomst van de meetlat adviseert de NZa de Minister om een markt vrij te geven of niet. De Minister neemt hier uiteindelijk een beslissing over.

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

De markt voor dieetadviesing is één van de markten die aangemerkt is als kandidaat om op korte termijn te onderzoeken. In het Consultatiedocument Dieetadviesing, voorafgaand aan dit visiedocument, is nader bekeken of de markt voor dieetadviesing zich leent voor vrije prijsvorming. In deze analyse staat de invulling van de meetlat centraal.⁵ Conform de Wmg, die bepaalt dat prestaties functiegericht omschreven worden, gaat dit document uit van de prestatie 'dieetadviesing' en niet de aanbieder 'de diëtist'. Prestaties kunnen in de praktijk dus door meer aanbieders geleverd worden.

In dit visiedocument ligt de focus op twee aanbieders die extramurale dieetadviesing leveren: de vrijgevestigde diëtisten en diëtisten die werkzaam zijn in de extramurale dieetadviesing bij (thuiszorg)-instellingen. Het advies over het vrijgeven van de prijzen op de markt voor dieetadviesing in dit visiedocument geldt voor alle aanbieders van extramurale dieetadviesing.

Bij het vrijgeven van een markt is het consumentenbelang leidend. Het introduceren van vrije prijsvorming in een sector moet ervoor zorgen dat de consument zijn zorg tegen de beste prijs-kwaliteitverhouding kan inkopen. Marktwerking is dus geen doel op zich, maar een instrument om de welvaart voor de consument te vergroten.

De introductie van vrije prijsvorming houdt primair wijzigingen in de regels van het financieringssysteem in. Maar dit heeft tot gevolg dat verzekeraars en aanbieders meer vrijheid hebben om klantgericht te werken. Het geeft partijen bijvoorbeeld de ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant. Vrije prijsvorming biedt kortom meer mogelijkheden voor ondernemerschap.

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

⁵ Het consultatiedocument Dieetadviesing is te vinden op www.nza.nl

Meer marktwerking betekent niet dat er geen regels meer zijn, maar dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden tussen partijen anders toedeelt. In plaats van het vaststellen van regels die bepalen wat er moet gebeuren voor welke prijs, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties worden verwacht en welke spelregels gelden.

1.2 Doelstelling rapport

Met dit visiedocument geeft de NZa een antwoord op de vraag of de prijzen op de markt voor dieetadvisering vrijgegeven kunnen worden en brengt de NZa hierover een advies uit aan de Minister van VWS.

1.3 Informatiebronnen

Dit visiedocument is de uitkomst van een consultatietraject. Overheidsinstellingen, brancheorganisaties en wetenschappelijke organisaties is gevraagd om op basis van hun kennis en deskundigheid op het consultatiedocument te reageren. Begin maart 2008 hebben de respondenten tijdens een consultatiebijeenkomst de gelegenheid gekregen om hun schriftelijke reactie toe te lichten.

Op het consultatiedocument zijn acht reacties binnengekomen. Deze reacties zijn openbaar en zijn te vinden op www.nza.nl. Aan de consultatiebijeenkomst hebben tien personen namens zes verschillende organisaties deelgenomen. In de consultatie is gevraagd of partijen zich kunnen vinden in het vrijgeven van de prijzen voor dieetadvisering en de daaraan ten grondslag liggende analyse van de markt. Een verslag van de bijeenkomst is te vinden op www.nza.nl.

Op hoofdlijnen kunnen de partijen zich vinden in de analyse van de markt die is opgenomen in het document en de voorlopige conclusie van de NZa om de markt vrij te geven. Wel hebben partijen een aantal nuanceringen en opmerkingen geplaatst. De opmerkingen van partijen hebben geleid tot de volgende aanpassingen van dit visiedocument ten opzichte van het consultatiedocument:

- de omschrijving van het aanbod is aangepast, onbedoelde normatieve oordelen zijn verwijderd;
- de omvang van dieetadvisering binnen het Budgettair Kader Zorg is gecorrigeerd;
- de vergissing ten aanzien van twee kwaliteitsregisters is verbeterd in één kwaliteitsregister;
- de mogelijkheden van gedeeltelijke substitutie van dieetadvisering door niet-diëtisten binnen de huidige prestatieomschrijving zijn nader uitgewerkt;
- er is een overweging toegevoegd over de declareerbaarheid van indirecte patiëntgebonden tijd binnen de huidige prestatieomschrijving;
- er is meer concrete informatie opgenomen over de wijze waarop de overheid de marktpartijen kan ondersteunen bij het ontwikkelen van outputgerichte prestatie-indicatoren;
- er wordt aandacht besteed aan de eventuele directe toegankelijkheid van het product dieetadvisering zonder een verwijzing door bijvoorbeeld een huisarts;
- er wordt aandacht besteed aan de hoeveelheid ervaring met ondernemerschap die vooral de vrijgevestigde diëtisten hebben;

- er is aandacht gegeven aan de opmerkingen over de ontoereikende vergoeding van de basisverzekering voor een volledige diëtistische behandeling.

1.4 Opbouw visiedocument

Het visiedocument kent een opbouw die nauw aansluit bij de volgorde van de factoren in de meetlat.

Hoofdstuk 2 beschrijft kort de markt voor dieetadvisering. Het gaat in op de aard van de verleende zorg en het aanbod op de markt. In dit hoofdstuk staan twee vragen centraal:

- opereren er voldoende aanbieders op de markt?;
- zijn verzekeraars of verzekerden in staat om een goede keuze te maken tussen de verschillende zorgaanbieders?

Om dit laatste mogelijk te maken, is het van belang dat de prestatieomschrijvingen, de prijzen en de kwaliteitsverschillen tussen diëtisten transparant zijn.

Hoofdstuk 3 gaat in op het verwachte gedrag van partijen op de markt. De stimulansen die partijen ervaren en hun mogelijkheden om goed in te kopen, worden hier behandeld. Voor een goede werking van de markt is het tevens belangrijk dat partijen geen anticompetitieve gedragingen vertonen en dat de kans dat zich negatieve externe effecten voordoen, klein is. Het hoofdstuk behandelt de verschillende risico's, analyseert of deze voorkomen in een situatie met vrije prijsvorming en omschrijft de instrumenten die de overheid heeft om in te grijpen bij problemen.

Hoofdstuk 4 besteedt aandacht aan de lastendruk onder zowel de huidige regulering als in een markt met vrije prijsvorming. In deze analyse worden ook de veranderingskosten meegenomen.

Hoofdstuk 5 gaat in op de monitortaak en de bevoegdheden van de NZa bij vrijgegeven markten.

In bijlage I staat tot slot een begrippenlijst met de verklaring van een aantal veelgebruikte begrippen in dit document.

2. De markt voor dieetadvisering

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

2.1 Wat is dieetadvisering?

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

Een dieetbehandeling bestaat uit de volgende activiteiten⁷:

- registratie van persoons- en medische gegevens;
- diëtistisch onderzoek waarbij de verwachtingen, hulpvraag, medische voorgeschiedenis, huidige laboratoriumwaarden en stofwisselinggegevens, psychosociale gegevens, eetgedrag en voedingstoestand in kaart worden gebracht;
- diëtistische diagnosestelling waarbij de verkregen gegevens geanalyseerd worden en het kernprobleem geformuleerd wordt;
- het bepalen van de doelstelling van de behandeling en het opstellen van het behandelplan. Tevens wordt de verwijzer geïnformeerd;
- uitvoeren van de behandeling en tevens het evalueren van de resultaten en doelstelling van de behandeling;
- afsluiting van de behandeling waarbij de eindgegevens geregistreerd worden, evenals de reden van afsluiting. Er worden, indien nodig, vervolgspraken gepland en de verwijzer wordt geïnformeerd.

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

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

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

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

Achtergrondinformatie

De vraag naar dieetadvisering

De vraag naar dieetadvisering wordt in eerste instantie bepaald op microniveau door de patiënt. De patiënt wordt in overleg met de huisarts of een medisch specialist doorverwezen naar de diëtist. Op macroniveau zijn de zorgverzekeraars de vragers van dieetadvisering. De zorgverzekeraars kopen de zorg in bij de diëtisten voor de polissen met gecontracteerde zorg. In de polis is opgenomen hoeveel behandelingen verzekeraars vergoeden aan de consument. De eerste vier behandelingen per jaar als de patiënt niet in een instelling verblijft, vallen onder de basisverzekering. Het aantal behandelingen in de aanvullende verzekering dat vergoed wordt, verschilt per zorgverzekeraar. Het gemiddeld aantal behandelingen per patiënt bedraagt vijf behandelingen.⁸ De uitgaven aan dieetadvisering onder het Budgettair Kader Zorg bedroegen in de eerste drie kwartalen van 2007 € 29,8 miljoen⁹.

Historie

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

Vrijgevestigde diëtisten konden tot 1 januari 2005 niet voor rekening van de AWBZ dieetadvisering uitvoeren. Dit kon wel wanneer men zich aansloot bij de Stichting Thuiszorg Nederland (STN). Het merendeel van de vrijgevestigde diëtisten sloot zich hierbij aan. Via deze stichting konden vrijgevestigde diëtisten de prestatie 'voedingsvoorlichting en dieetadvisering' uitvoeren. De stichting maakte de productie afspraken met de zorgkantoren. In 2004 bedroeg het afgesproken tarief €63,40 per uur.

Met ingang van 1 januari 2005 is de aanspraak op extramurale dieetadvisering overgeheveld van de AWBZ naar de Ziekenfondswet. Op grond van de beschikbare gegevens werd het maximumtarief voor 2005 vastgesteld op €46,40 per uur. Dit tarief gold uitsluitend voor de vrijgevestigde diëtisten. Het ging hierbij om een tijdelijke oplossing, totdat een definitief tarief op grond van een onderbouwing kon worden vastgesteld. In 2005 heeft het toenmalige CTG een eenzijdig onderbouwd tariefverzoek van de NVD ontvangen om over te gaan tot vaststelling van het maximumtarief van € 64,88 per uur. Door de actualiteit van een aantal gehanteerde normen, bijvoorbeeld inkomen en afschrijvingstermijnen, heeft het CTG uiteindelijk de beleidsregels vastgesteld per 1 januari 2006 met een maximumtarief van €54,10 per uur. Daar bovenop kwam een toeslag die voorzag in de verrekening van de tarieven 2005 gedurende 24 maanden vanaf 1 januari 2006. Deze toeslag bedroeg € 3,70 per uur. Doordat een aantal diëtisten bezwaar had gemaakt tegen het maximumtarief van 2005 (€ 46,40 per uur), heeft het CTG besloten om een overgangsregeling voor 2005 te treffen. Deze overgangsregeling houdt in dat het maximumtarief zoals dat in 2004 gold, in twee stappen werd afgebouwd. Omdat de tarieven niet met terugwerkende kracht in rekening kunnen worden gebracht, heeft de effectuering van de overgangsregeling plaatsgevonden door middel van verrekening in de tarieven per 1 januari 2006. Dit houdt in dat het maximumtarief vanaf 1 januari 2006 gedurende 24 maanden werd opgehoogd met een toeslag van € 1,80 per uur.

Regulering

Voor de diëtisten gelden maximumtarieven.¹⁰ Een individuele behandeling kost maximaal €14,20 per kwartier in de praktijk van de diëtist. Er is geen vaste tijdsindicatie per behandeling. Indien de dieetadviesing plaatsvindt in een groep, dan wordt het tarief gedeeld door het aantal deelnemers in die groep. Als de behandeling bij de patiënt thuis plaatsvindt, dan mag het tarief verhoogd worden met de uittoeslag van €26,50. De diëtisten kennen ook een tarief voor een niet-nagekomen afspraak. De hoogte van dit tarief is €42,60. De tarieven voor vrijgevestigde diëtisten zijn gelijk aan de extramurale dieetadviesing door diëtisten verbonden aan thuiszorginstellingen. Deze tarieven zijn opgenomen in de tarieflijst instellingen.

2.2 Zijn er voldoende aanbieders op de markt?

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

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

2.2.1 Huidig aanbod van dieetadviesing

Vrijgevestigde diëtisten

Er zijn in Nederland meer dan 400 vrijgevestigde diëtisten werkzaam.¹¹ De meeste vrijgevestigde diëtisten hebben een parttime functie.

(Thuiszorg-)instellingen

Er zijn in Nederland (thuiszorg-)instellingen die extramurale dieetadviesing aanbieden. Hier zijn meer dan 600 diëtisten werkzaam.¹² Consumenten kunnen bij thuiszorginstellingen dieetadviesing krijgen, ongeacht of zij gebruik maken van de overige vormen van thuiszorg. Combinaties hiervan komen ook voor. De meeste diëtisten bij thuiszorginstellingen hebben een parttime functie. Diëtisten van thuiszorginstellingen werken vaak op meer locaties waardoor de zorg dicht bij de consument geleverd kan worden. Hierdoor worden zowel de stedelijke gebieden als de landelijke gebieden bediend.

Diëtisten in de tweede lijn

Het huidige aanbod van diëtisten beperkt zich niet tot vrijgevestigde diëtisten en diëtisten werkzaam in een thuiszorginstelling. Ook diëtisten

⁸ Informatie afkomstig van de NVD

⁹ www.cvz.nl

¹⁰ NZa, Tarievenlijst dieetadviesing voor zorgaanbieders die paramedische zorg leveren zoals diëtisten, januari 2008

¹¹ De precieze omvang van het aantal diëtisten is niet bekend. Voor de aantallen is gebruik gemaakt van cijfers van het NVD. Het betreft hier alleen leden van NVD. De NVD geeft aan dat 75 procent van de diëtisten in Nederland lid is van de NVD, waardoor het werkelijke aantal hoger kan liggen. Het is echter onduidelijk of deze niet-leden werkzaam zijn in de extramurale dieetadviesing. In het kwaliteitsregister voor paramedici zijn ongeveer 3000 diëtisten ingeschreven.

¹² Informatie afkomstig van de NVD

in tweedelijns zorginstellingen (ziekenhuizen) kunnen deze zorg aanbieden. Uit de praktijk blijkt dat dit op kleine schaal gebeurt.

Substituten

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

Andere zorgaanbieders zoals een voedingsconsulent of gewichtsconsulent kunnen geen dieetadvisering leveren. Deze aanbieders kunnen dus niet als volledige substituten gezien worden. Desondanks kunnen zij wel, onder verantwoordelijkheid van een diëtist en binnen de grenzen die de Wet BIG en het Besluit zorgverzekering hieraan stellen, delen van de dieetadvisering uitvoeren. Dit is een belangrijke constatering, omdat dit wellicht mogelijkheden biedt tot een vergroting van de productiviteit van diëtisten. Dus als de vraag stijgt, kan wellicht met een gelijkblijvend aantal diëtisten een grote aanbod dieetadvisering worden gerealiseerd.

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

2.2.2 Vraag versus aanbod

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

De NVD heeft bij de Minister van VWS een verzoek ingediend om directe toegang tot een diëtist mogelijk te maken. Directe toegang houdt in dat een consument zonder verwijzing van de huisarts een diëtist kan bezoeken en de behandeling kan declareren bij zijn verzekeraar. De NZa heeft geen rol in het besluit over het al dan niet direct toegankelijk maken van de diëtist. Dit besluit wordt door de Minister van VWS genomen. De NZa is in dit document uitgegaan van de huidige situatie, waarin de consument zijn behandeling alleen kan declareren als hij door een arts naar een diëtist is verwezen. Bij het inschatten van de vraagontwikkeling wordt derhalve niet meegenomen dat directe toegankelijk van de diëtist mogelijk kan resulteren in extra vraag naar dieetadvisering.

2.2.3 Ontwikkelingen op de markt

Voor een goede werking van de markt is het ook belangrijk dat er in de toekomst voldoende aanbod is om aan de vraag naar dieetadvisering te

voldoen. De reacties op het consultatiedocument Dieetadviesing bevestigen de verwachting dat de vraag naar dieetadviesing in de toekomst toeneemt. Hieraan liggen maatschappelijke ontwikkelingen ten grondslag. Meer aandacht voor preventie, de vergrijzing en daardoor een toename van het aantal chronisch zieken, bijvoorbeeld diabetes mellitus, de toenemende aandacht voor dieetadviesing vanuit sportcentra en de toename van het aantal mensen met overgewicht doen de vraag naar dieetadviesing waarschijnlijk stijgen. Het is moeilijk in te schatten of dit tot schaarste gaat leiden. Wel kan worden gekeken naar hoe het aanbod zich zou kunnen ontwikkelen in reactie op eventuele schaarsteproblemen. Deze paragraaf bespreekt de ontwikkelingen in het aanbod. Kunnen huidige aanbieders hun aanbod verruimen en kunnen nieuwe zorgaanbieders eenvoudig toetreden tot de markt? Of kunnen bijvoorbeeld andere zorgaanbieders een deel van de zorg op zich nemen?

Mogelijke verruiming van het huidige aanbod

Doordat er veel parttimers op de markt actief zijn, kent het huidige aanbod restcapaciteit. Dit maakt het aanbod flexibel. Diëtisten kunnen bij een grotere vraag in theorie meer behandelingen aanbieden. Wanneer de vraag beperkt is, kunnen diëtisten aan de andere kant minder patiënten behandelen. De verwachting is daarom dat er niet snel sprake zal zijn van schaarste op deze markt. Deze flexibiliteit in het aanbod volgt uit theoretische overwegingen, waarin de prijs van dieetadviesing varieert met de verhouding tussen vraag en aanbod. Bij een toenemende vraag stijgt de prijs, wat vervolgens nieuw aanbod, bijvoorbeeld meer uren per week werken, uitlokt. Wanneer dit prijsmechanisme niet werkt, zoals wanneer de tarieven gereguleerd zijn, reageert het aanbod niet of minder flexibel op vraagveranderingen.

Andere zorgaanbieders worden actief op de markt

Dieetadviesing als geheel kan alleen door een diëtist geleverd worden. Bij een eventueel aanbodtekort zijn er dus geen andere zorgaanbieders die de vraag naar dieetadviesing kunnen overnemen. Het overnemen van onderdelen van de behandeling is wel mogelijk.¹³ Hierdoor kan één diëtist zijn productiviteit vergroten. Bijvoorbeeld verpleegkundigen, voedingsconsulenten, gedragsdeskundigen of gewichtsconsulenten kunnen onder verantwoordelijkheid van de diëtist onderdelen van dieetadviesing leveren. De diëtist stelt dan bijvoorbeeld de diëtistische diagnose en stelt een behandelplan op. Dit plan wordt vervolgens onder toezicht van een diëtist uitgevoerd door een niet-diëtist.¹⁴ De afronding van de behandeling wordt door de diëtist gedaan.

Er treden nieuwe zorgaanbieders toe tot de markt

Behalve een verruiming van het huidige aanbod is het goed om te onderzoeken of er toetredingsdrempels zijn die de instroom van nieuwe diëtisten kunnen tegen houden. Als er sprake is van een schaarste op de markt zullen nieuwe toetreders de markt willen betreden.

De toetredingsbelemmeringen in deze markt zijn relatief beperkt. Er zijn wel investeringen vereist om een praktijk te kunnen beginnen, maar hun hoogte vormt naar verwachting geen belemmering voor nieuwe toetreders. De investeringen bestaan hoofdzakelijk uit een praktijkruimte en instrumenten zoals een huidplooiometer en een weegschaal met bio-impedantiemeter waarmee het vetgehalte gemeten kan worden. De vereisten voor lidmaatschap van een brancheorganisatie of contractering door een zorgverzekeraar vormen evenmin een belemmering voor toetreding tot de markt.

¹³ Artikel 2.6.6 Besluit zorgverzekering

¹⁴ Handelingen als controles en periodieke gesprekken.

De opleidingen voor diëtisten zijn goed toegankelijk. Op slechts één van de vier hogescholen waar de opleiding Voeding & Diëtetiek te volgen is, geldt een beperkte toelating van studenten. Op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen worden na loting per jaar maximaal 180 studenten tot de opleiding toegelaten. In 2006 volgden 1899 studenten de opleiding Voeding & Diëtetiek.¹⁵ Ten opzichte van het jaar 2003 is dit een verdubbeling. Ruim 90 procent van deze studenten is vrouw¹⁶. De afgestudeerde diëtisten die willen toetreden tot de markt hebben diverse mogelijkheden. Ze kunnen een eigen (solo)praktijk beginnen, een bestaande praktijk overnemen, zich als mede-praktijkhouder inkopen in een praktijk of in loondienst gaan werken.

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

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

Conclusie

Op de markt voor dieetadviesing heerst geen schaarste. Er zijn geen wachtlijsten waargenomen en wanneer de vraag naar dieetadviesing toeneemt, kan het aanbod worden uitgebreid doordat bestaande aanbieders meer kunnen gaan werken. Er zijn nauwelijks toetredingsdrempels die een goede marktwerking in de weg staan. Als er sprake is van schaarste op de markt, zullen meer studenten de opleiding Voeding & Diëtetiek kunnen gaan volgen en op termijn de markt betreden. De geconcludeerde flexibiliteit van het zorgaanbod geldt onder de aanname van vrije prijzen. Als door schaarsteontwikkelingen de prijs voor door diëtisten verleende zorg stijgt, worden bestaande aanbieders gestimuleerd om (waar mogelijk) meer uren zorg te leveren per week. Tevens lokken hogere prijzen nieuwe toetreders tot de markt. De dreiging van potentiële toetreders zorgt overigens voor prijsdruk in de markt, wat al te grote prijsstijgingen voorkomt in tijdelijke perioden van een vraagoverschot.

2.3 Keuzemogelijkheden voor de consument

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

2.3.1 Transparantie op de markt

2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen

Voor een goede werking van de markt is het ten eerste belangrijk dat er eenduidige prestatiebeschrijvingen bestaan, zodat zowel de consument

¹⁵ HBO Raad, cijfers van de website van de HBO Raad (vereniging van hogescholen), <http://www.hbo-raad.nl/?id=137&t=kenget>, 2007 [geraadpleegd 06-04-08]

¹⁶ HBO Raad, cijfers van de website van de HBO Raad (vereniging van hogescholen), <http://www.hbo-raad.nl/?id=137&t=kenget>, 2007 [geraadpleegd 06-04-08]

als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten wat zij inkopen, respectievelijk aanbieden.

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

De prestatie Dieetadvisering betekent dat de diëtist verschillende soorten werkzaamheden verricht. Niet altijd is de aanwezigheid van de patiënt hiervoor vereist. In de Beleidsregel tariefstructuur extramurale dieetadvisering is expliciet opgenomen dat ook patiëntgebonden indirecte tijd gedeclareerd mag worden.¹⁷ De zorgverzekeraars stellen dat zij door deze regeling niet goed zorg kunnen inkopen.

De vergoeding in de Zorgverzekeringswet is vastgesteld op vier uur dieetadvisering. Dit bedraagt zowel directe als indirecte tijd. Doordat ook de indirecte patiëntgebonden tijd uit de vier uur vergoeding wordt bekostigd, komt het vaak voor dat de verzekerde geen recht meer heeft op vergoeding terwijl hij minder dan vier uur consult heeft gehad. Dit geeft achteraf vaak onduidelijkheden voor de consument. Als de consument of de zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling geen enkel inzicht heeft in de verhouding directe / indirecte patiëntgebonden tijd van een diëtist, hebben zij misschien te weinig inzicht in wat zij inkopen.

De huidige declareerbaarheid van indirecte patiëntgebonden tijd verplaatst het financiële risico ten aanzien van behandelingen die veel indirecte tijd vragen, van diëtist naar zorgverzekeraar. Maar omdat de zorgverzekeraar binnen de basisverzekering maximaal vier uur dieetadvisering mag vergoeden, ligt het financiële risico uiteindelijk bij de patiënt. Dit is op zich geen probleem voor de werking van de markt. Het creëert wel een belang bij de patiënt en de zorgverzekeraar om te letten op de hoeveelheid indirecte tijd die een diëtist declareert in verhouding tot andere diëtisten.

De NZa ziet, ook indien het tarief voor dieetadvisering wordt geliberaliseerd, geen aanleiding om de declareerbaarheid van de indirecte patiëntgebonden tijd onmogelijk te maken. Desgewenst kunnen zorgverzekeraars met diëtisten afspraken maken over de toegestane verhouding directe / indirecte tijd. Maar bovenal is de NZa van mening dat zorgverzekeraars hun verzekerden moeten uitleggen waarom vaak minder dan vier uur directe tijd wordt vergoed, en dat diëtisten op hun facturen aan patiënten en aan zorgverzekeraars moeten laten zien hoeveel directe en indirecte patiëntgebonden tijd zij hebben besteed.

2.3.1.2 Transparantie van kwaliteit

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

¹⁷ NZa-beleidsregel CI-960/CA-167: "Het gaat hierbij zowel om behandelings- als om begeleidingstijd in direct contact met de cliënten (face-to-face) [...] als om de behandelings- en begeleidingstijd die cliëntgericht plaatsvindt buiten aanwezigheid van de cliënt."

bestaat er immers een risico dat zorgaanbieders niet investeren in de kwaliteit van de geleverde zorg.

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

Borging kwaliteit

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

- ten eerste is de registratie als diëtist wettelijk erkend onder de wet op de paramedische beroepen dat thans ressorteert onder artikel 34 van de Wet Individuele Beroepen Gezondheidszorg (wet BIG). Hierin staan de deskundigheidsgebieden en opleidingseisen van het beroep beschreven. Wie een diploma heeft dat aan de eisen voldoet, mag de beschermde opleidingstitel voeren. Voor artikel 34 bestaat geen wettelijk register;
- kwaliteitsregister voor Paramedici. Voor registratie moeten de diëtisten aan bepaalde criteria op het gebied van werkervaring en deskundigheidsbevordering voldoen. Na vijf jaar kan een diëtist, als hij voldaan heeft aan een aantal criteria, herregistratie verkrijgen. Pas afgestudeerde diëtisten komen in aanmerking voor een basisregistratie in het Kwaliteitsregister. Deze registratie is vijf jaar geldig;
- diëtisten moeten aan diverse eisen, zoals omschreven in de kwaliteitscriteria, voldoen. Hierop wordt toegezien door de IGZ.

Transparantie kwaliteit(verschillen)

Hoewel de minimumkwaliteit dus geborgd is, en bij de verenigingen van zorgaanbieders informatie beschikbaar is over waar dieetadvisering wordt aangeboden, wat het product is en welke aandachtsgebieden diëtisten hebben, is er weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen diëtisten. Het is voor de consument en de verzekeraar moeilijk om op grond van kwaliteitsverschillen een keuze te maken tussen verschillende diëtisten. De doorverwijzer heeft op basis van eerdere ervaringen vaak een beeld van de kwaliteit van de behandeling door verschillende diëtisten. Kwaliteitsverschillen spelen daardoor momenteel vermoedelijk wel enige rol bij de keuze voor een bepaalde diëtist. Meer transparantie over de relatieve kwaliteitsprestaties van diëtisten is wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen. Dit geldt vooral in een geliberaliseerde markt, om te voorkomen dat er alleen wordt geconcurrereerd op prijs. Prestatie-indicatoren voor dieetadvisering zijn volgens de NZa hiervoor een zeer belangrijk instrument.

In de consultatiebijeenkomst hebben de verschillende vertegenwoordigers van marktpartijen de wens uitgesproken om de kwaliteitsverschillen tussen diëtisten transparant te maken. Prestatie-indicatoren kunnen worden verdeeld in verschillende soorten.¹⁸ De NZa vindt het belangrijk dat te ontwikkelen indicatoren informatie bieden over verschillende belangrijke aspecten van het zorgaanbod. In beginsel is het de verantwoordelijkheid voor marktpartijen om deze transparantie te realiseren.

¹⁸ Voorbeelden van prestatie-indicatoren zijn het percentage patiënten waarbij het gewenste behandelresultaat is vastgelegd (procesgerichte indicator), het percentage patiënten bij wie het gewenste resultaat daadwerkelijk behaald wordt binnen een bepaalde termijn, of de termijn waarbinnen een bepaald percentage van de patiënten het gewenste resultaat heeft bereikt (outputgerichte indicatoren).

De IGZ heeft ZBTK in opdracht van het Ministerie van VWS opgericht.¹⁹ Dit bureau speelt een begeleidende rol in het ontwikkelproces van prestatie-indicatoren bij verschillende zorgvormen en een ondersteunende rol in het ontsluiten van deze informatie aan consumenten, doorverwijzers en zorgverzekeraars. Op het gebied van de medisch-specialistische zorg worden bijvoorbeeld drie soorten instrumenten ontwikkeld voor kwaliteitsmeting. Dit zijn:²⁰

- *"zorginhoudelijke indicatoren: Meting van deze indicatoren levert aandoenings specifieke, zorginhoudelijke kwaliteitsinformatie op. Het gaat om medisch inhoudelijke informatie over veiligheid, effectiviteit en doelmatigheid van de geleverde zorg met betrekking tot een specifieke aandoening;*
- *etalage⁺-vragenlijsten: Afname van deze vragenlijsten levert informatie op over de organisatie van de zorg van een specifieke aandoening, die voor de patiënt belangrijk is bij de keuze voor een zorginstelling;*
- *CQI meetinstrumenten: Afname van deze vragenlijsten levert kwaliteitsinformatie op gebaseerd op patiëntervaringen. Hoe is de kwaliteit van de geleverde zorg ervaren en welk belang hecht de patiënt aan bepaalde kwaliteitsaspecten?"*

De NZa is zich bewust van de omvangrijke inspanning en het complexe afstemmingsproces die noodzakelijk zijn om tot breed gedragen, onderscheidende en openbare indicatoren te komen. De NZa houdt rekening met een ontwikkeltraject van twee tot drie jaar. Om een handreiking te bieden aan het keuzeprocess van consumenten en zorgverzekeraars, is het belangrijk dat gedurende het ontwikkeltraject zo snel mogelijk kwaliteitsinformatie openbaar gemaakt wordt. Deze informatie kan in eerste instantie gebaseerd zijn op voorlopige (nog niet uitontwikkelde) indicatoren. Juist het liberaliseren van een markt creëert een extra stimulans die de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren op gang brengt. Immers, in een goed werkende markt waarin het leveren van goede kwaliteit beloond wordt, hebben zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren een sterke stimulans om dit inzichtelijk te maken.

Op grond van artikel 38 van de Wmg heeft de NZa instrumenten om transparantie af te dwingen. Dit instrumentarium zal worden ingezet als de noodzakelijke verbeteringen in transparantie niet of onvoldoende worden gerealiseerd. Voor de NZa heeft het echter de voorkeur dat marktpartijen vrijwillig en constructief aan het ontwikkeltraject deelnemen. Naar aanleiding van de uitspraken van de marktpartijen gedurende de consultatiebijeenkomst, kiest de NZa voor de weg van eigen verantwoordelijkheid van de marktpartijen, alvorens transparantie op grond van de Wmg af te dwingen.

2.3.1.3 Transparantie van prijs

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

¹⁹ Zie bijvoorbeeld <http://www.zichtbarezorg.nl/>

²⁰ Bron: <http://www.zichtbarezorg.nl/index.cfm/t/Meetinstrumenten/vid/BB4288B5-3FFA-497D-956199B430F5C6A1> [geraadpleegd 05-04-2008].

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

Om een minimum aan transparantie te garanderen, gaat de NZa aanbieders verplichten om een openbare prijslijst op te hangen als de Minister besluit om de prijzen op de markt vrij te geven.²¹ Voor fysiotherapeuten, oefentherapeuten en eerstelijns psychologen – alleen markten waar al sprake is van vrije prijsvorming – is dit ook verplicht. In combinatie met prestatie-indicatoren kunnen consumenten en zorgverzekeraars een goede afweging maken op het gebied van prijs en kwaliteit.

2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden

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

Verzekeraar

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Voor naturaverzekeringen betekent dit dat zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen om aan de vraag van hun verzekerden te voldoen. Zolang er voldoende aanbod op de markt is en dit aanbod transparant is, kan de verzekeraar zelf kiezen welke diëtist hij wil contracteren.

Het overstappen van een zorgverzekeraar naar een andere diëtist, ofwel het opzeggen van een bestaand contract met een bepaalde diëtist, zal iets gecompliceerder liggen. Zo lang een zorgverzekeraar nog verzekerden onder behandeling heeft bij een diëtist, zal hij het contract niet zo maar stopzetten. De NZa stelt zich in deze situatie voor dat het contract wordt afgebouwd, bijvoorbeeld door af te spreken dat gedurende het betreffende jaar alleen nog de behandeling van bestaande patiënten wordt vergoed.

Consument

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

De consument kan voor het vinden van een diëtist gebruik maken van websites als kiesbeter.nl en de websites van de NVD en Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN).²² Op deze websites kan gezocht worden

²¹ Deze zogenoemde standaardprijslijst heeft tot doel om financiële duidelijkheid te geven aan onverzekerde consumenten of aan consumenten die zorg willen afnemen bij een aanbieder die niet door hun verzekeraar is gecontracteerd.

²² Hierbij moet aangemerkt worden dat op de website van de NVD alleen een diëtist gezocht kan worden die lid is van de NVD. Kiesbeter.nl maakt gebruik van informatie van de NVD en Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN).

naar een diëtist in een bepaalde woonplaats of postcodegebied. De websites bieden tevens de mogelijkheid om te zoeken op een specifiek aandachtsgebied, bijvoorbeeld diabetes mellitus, anorexia nervosa of hypercholesterolemie, waarin de diëtist zich gespecialiseerd heeft.

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

Ten slotte wordt de keuze van de verzekerde nog beïnvloed door het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar, als hij een polis met gecontracteerde zorg heeft (meestal een naturapolis). In veel naturapolissen is een bepaling opgenomen dat als een verzekerde niet alle kosten vergoed krijgt als hij naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat.

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

Conclusie

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

Hoewel de markt op dit moment niet transparant is op het gebied van kwaliteit is dit geen reden om de markt voor extramurale dieetadviesing niet vrij te geven. De NZa ziet bereidheid onder marktpartijen om prestatie-indicatoren te ontwikkelen. De IGZ heeft de kennis in huis om dit proces te begeleiden. De NZa ziet in het vrijgeven van de markt een extra stimulans om de transparantie van kwaliteit te verbeteren.

3. Marktgedrag

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

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

3.1 Inkooprikkels

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

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

3.1.1 Zorgverzekeraar

Zoals in het Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg is aangegeven, kunnen verzekeraars externe en interne stimulansen ervaren om goed in te kopen.

– *Huidige externe prikkel*

Bij de huidige externe prikkel gaat het om de vraag of verzekerden bij het kiezen van een polis letten op de door verzekeraars ingekochte zorg, in dit geval dieetadvisering. Dit vormt immers een belangrijke

stimulans voor verzekeraars om zich op dit gebied te onderscheiden van elkaar en goed in te kopen. Het valt niet te verwachten dat verzekeraars sterke stimulansen van hun verzekerden ontvangen bij de inkoop van zorg op deze markt. Bij de keuze van een polis letten zij namelijk vooral op de hoogte van de premies voor de basis en de aanvullende verzekering. Ter illustratie: uit de monitor fysiotherapie 2006 bleek dat de bij de keuze voor een aanvullende verzekering slechts 2,5% van de ondervraagden aangaf dat de dekking voor fysiotherapie voor hen belangrijk was bij de keuze voor een verzekeraar.²³ Het is niet te verwachten dat dit anders is voor dieetadvisering. De externe stimulans voor een verzekeraar om zich te onderscheiden op het gebied van dieetadvisering lijkt vanuit dit opzicht dus niet erg groot. Slechts een klein deel van de verzekerden neemt waarschijnlijk de door verzekeraars ingekochte zorg op het gebied van dieetadvisering mee bij zijn keuze voor een verzekeraar.²⁴

– *Toekomstige externe prikkel*

Aan de andere kant zijn er maatschappelijke ontwikkelingen die de externe stimulans kunnen vergroten. Vanwege de verwachte toenemende vraag naar dieetadvisering en de huidige maatschappelijke aandacht voor gewicht en gezonde voeding krijgen verzekeraars wel een grotere stimulans om zich te profileren op het gebied van dieetadvisering. Voorbeelden hiervan zijn de toenemende aandacht voor en vraag naar dieetadvisering in relatie met diabetes en vanuit sportcentra. De toenemende aandacht voor en stimulering van preventie en de rol die zorgaanbieders hierin kunnen spelen, draagt hier ook aan bij. Voor verzekeraars is dit interessant omdat de schadelast daardoor afneemt. Het goed inkopen van de prestatie dieetadvisering en dit duidelijk communiceren, wordt door bovengenoemde ontwikkelingen juist belangrijker.

– *Interne prikkel*

Verzekeraars ervaren stimulansen om scherp in te kopen. Met een scherpe inkoop kunnen zij hun schadelast voor een bepaalde zorgsoort beperken en hun winst vergroten. De stimulans om scherp in te kopen hangt in grote mate af van het financiële belang of de hoogte van de uitgaven aan die specifieke zorgsoort. Hoe hoger de uitgaven zijn, des te groter de potentiële besparingen die verzekeraars kunnen verwezenlijken. De totale zorguitgaven aan dieetadvisering onder het Budgettair Kader Zorg bedroegen in de eerste drie kwartalen van 2007 € 29,8 miljoen. Op de totale schadelast van de verzekeraar is dit een gering bedrag. De verzekeraar ervaart daarom maar een beperkte interne stimulans om scherp in te kopen op de prijs.

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

²³ Dit rapport is te vinden op www.nza.nl. Overigens wil de NZa opmerken dat indien dieetadvisering als onderdeel van de aanvullende verzekering wel een belangrijke overweging voor de verzekerde bij de keuze van de verzekerde zou zijn, dit een beperkend effect heeft op de mogelijkheden van de verzekeraar om misbruik van zijn machtspositie te maken, omdat dit de onderhandelingspositie van diëtisten bij het sluiten van overeenkomsten met de verzekeraars versterkt.

²⁴ Dit kan mogelijk anders zijn voor collectiviteiten. Als deze dieetadvisering een belangrijk product vinden, kunnen zij verzekeraars stimuleren om dit product goed in te kopen. Op dit moment bestaat hier onvoldoende inzicht in.

3.1.2 Verzekerde

De stimulans die een verzekerde ervaart om goed in te kopen, is in grote mate afhankelijk van de vraag of hij voor deze zorg verzekerd is. Als de zorg volledig vergoed wordt, ervaart de verzekerde alleen een stimulans om op de kwaliteit van de geleverde zorg te letten. De verzekerde wil dan het liefst naar de aanbieder met de hoogste kwaliteit.

Basisverzekering

Voor de zorg die binnen het basispakket valt, ervaart de consument een beperkte financiële stimulans om goed in te kopen. De eerste vier uur dieetadvisering valt in het basispakket. Tenzij er een aanvullende verzekeringsdekking is, heeft de consument een vrij sterke prijsprikkel. Immers, als hij zich realiseert dat de gemiddelde behandeling vijf uur per jaar bedraagt, en de vergoeding gemaximeerd is tot vier uur per jaar, draagt hij zelf ongeveer 20% van de totale behandelkosten. Indien de verzekerde goed op de hoogte is van het feit dat ook de indirecte patiëntgebonden tijd in het maximum van vier uur vergoeding meetelt, heeft hij wel een stimulans om op de indirecte tijdbesteding van de diëtist te letten.²⁵

In reactie op het consultatiedocument hebben diverse partijen gewezen op de beperkte vergoeding van de basisverzekering en de onbekendheid van de consumenten met de indirecte patiëntgebonden tijd. De NZa ziet in deze opmerkingen echter geen reden om niet tot liberalisering van het tarief over te gaan.

Aanvullende verzekering

Een groot deel van de bevolking heeft aanvullende zorgverzekeringen. Uit de polissen van verzekeraars blijkt dat de vergoeding voor dieetadvisering per verzekeraar en per specifieke polis verschilt. Hoeveel Nederlanders een aanvullende dekking voor dieetadvisering hebben, is onbekend.

De aanvullende vergoeding kan variëren van een maximum aantal behandelingen tot verschillende pakketten voor verschillende diagnoses. Dit is afhankelijk van de aanvullende polis die de verzekerde kiest. Een aantal verzekeraars hanteert voorts een maximumbedrag in plaats van een aantal zittingen. Verder is in veel naturapolissen een bepaling opgenomen dat als een verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat, hij niet alle kosten vergoed krijgt. De verzekerde ervaart, afhankelijk van zijn zorgvraag en naar welke aanbieder hij gaat, dus beperkte stimulans om op de prijs van de geleverde zorg te letten. Hij let wel op de kwaliteit van de zorg indien deze transparant is.

Conclusie

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

²⁵ Maar hierbij zij opgemerkt dat er nog geen inzicht is in de optimale verhouding directe / indirecte tijd.

3.1.3 Marktverhoudingen

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

Deze paragraaf gaat eerst in op een aantal aspecten dat de onderhandelingsmacht van een verzekeraar bepaalt. De onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt onder meer af van de marktsituatie in een bepaalde sector. Is er sprake van marktmacht aan de kant van één of meer aanbieders? En zo ja, waardoor wordt deze veroorzaakt? Zijn er bijvoorbeeld toetredingsdrempels?

3.1.3.1 Verzekeraar

Voldoende aanbieders

De sterkte van de onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt onder meer af van de marktsituatie in een bepaalde sector. In hoofdstuk 2 bleek dat er voldoende aanbieders op de markt voor dieetadvisering opereren, er is geen sprake van schaarste. Voorts is het aanbod flexibel. Diëtisten kunnen, als de vraag naar dieetadvisering stijgt, hun capaciteit relatief eenvoudig uitbreiden. Weliswaar is er geen substitutie mogelijk voor de gehele zorgprestatie dieetadvisering, maar op specifieke onderdelen kan dit wel. Een voorbeeld hiervan is de gewichtsconsulent die onder toezicht van een diëtist een deel van de uitvoering van een behandelplan overneemt. Maar ook kunnen nieuwe aanbieders de markt betreden. Uit hoofdstuk 2 bleek verder dat er geen sprake was van hoge toetredingsdrempels.

De dreiging van potentiële toetreders, de mogelijkheid van bestaande aanbieders om hun aanbod uit te breiden en de substitutiemogelijkheden op specifieke onderdelen zorgen er voor dat de markt concurrerend is. De verzekeraar beschikt daarom over een goede onderhandelingspositie op de markt voor dieetadvisering.

In reactie op het consultatiedocument stellen de zorgverzekeraars dat thuiszorginstellingen op sommige lokale markten een zeer groot marktaandeel hebben. Vanwege hun zorgplicht zijn de zorgverzekeraars daardoor genoodzaakt die instellingen te contracteren. Dit zou de keuzevrijheid van de zorgverzekeraar beperken en de thuiszorginstelling de mogelijkheid bieden om zijn marktpositie uit te buiten.

Keuzeondersteuningsmogelijkheden

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

tussen reistijd en de financiële bijdrage die een verzekerde moet betalen als hij naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat.²⁶

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

3.1.3.2 Aanbieder

Aanbieders van dieetadvisering hoeven in principe niet met elke verzekeraar een contract te sluiten. Als de zorgaanbieder verschillende aanbiedingen van verzekeraars krijgt, kan hij alleen met die verzekeraars contracten sluiten die volgens hem de beste prijs/kwaliteit verhouding bieden. De onderhandelingspositie van de aanbieder ten opzichte van de verzekeraar hangt mede af van het aantal concurrenten dat een contract sluit met een verzekeraar, de hoogte van de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg en de rol van de huisarts. In de huidige situatie worden bijna alle diëtisten gecontracteerd. Zij zijn daarom nu nog enigszins afhankelijk van een contract met een verzekeraar.

In reactie op het consultatiedocument hebben zorgaanbieders specifiek aandacht gevraagd voor de nog beperkte ervaringen die vrijgevestigde diëtisten hebben op het gebied van ondernemerschap. Zij denken hierbij aan het beoordelen van een contract en voeren van onderhandelingen. Behalve dat het tijd kost, vraagt het ook enige ervaring om dit tot een goed einde te brengen. De NZa erkent dit en kan door middel van voorlichting en informatie over vrije prijsvorming bijdragen aan een leerproces.

3.1.3.3 Verzekerde

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

Conclusie

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

²⁶ Andere factoren die een rol spelen bij de keuze van een aanbieder zijn de mogelijke vertrouwensband tussen de diëtist en de patiënt en de kwaliteit van de geleverde zorg (als deze transparant is).

3.2 Anticompetitieve gedragingen

Een goede werking van de markt kan worden belemmerd doordat partijen bewust of onbewust de mededinging op de markt beperken. Wanneer het risico op anticompetitieve gedragingen groot is en dit risico onvoldoende wordt ondervangen door regelgeving, kan dit een reden zijn om de markt te reguleren.

Op grond van de Wmg kan de NZa aan partijen met aanmerkelijke marktmacht (AMM) preventief regels opleggen om misbruik van de AMM te voorkomen. De NMa ziet toe op de naleving van de Mededingingswet en het verbod op misbruik van een economische machtspositie.²⁷ De taken en bevoegdheden van de NZa en de NMa (en andere toezichthouders) kunnen elkaar raken. In samenwerkingsconvenanten hebben de verschillende toezichthouders afspraken gemaakt over hoe zij hun werkzaamheden afstemmen. Deze samenwerkingsconvenanten zijn te vinden op de website van de NZa (www.nza.nl).

De NZa beschrijft in deze paragraaf globale verwachtingen omtrent anticompetitief gedrag. Concrete gedragingen zullen altijd individueel onderzocht worden. De NZa doet met dit visiedocument geen uitspraak over de concrete lopende of toekomstige zaken. Er is in de analyse waarop de volgende paragrafen gebaseerd zijn, geen marktafbakening uitgevoerd in de zin van het mededingingsrecht.

3.2.1 Te hoge prijzen

Van te hoge of excessieve prijzen is sprake wanneer een onderneming met een economische machtspositie een dusdanig hoge prijs in rekening brengt dat deze niet in een redelijke verhouding staat tot de economische waarde van de geleverde prestatie.²⁸ Van een te hoge prijs is sprake wanneer de marge op een product zowel in absolute zin als in vergelijking met bijvoorbeeld de marges op een zelfde product in een meer competitieve markt, zeer hoog te noemen is. Overigens wil het signaleren van een hoge prijs niet altijd zeggen dat de prijs ook daadwerkelijk té hoog is. Schaarste op de markt kan bijvoorbeeld ook een prijsopdrijvend effect hebben.

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

- er lijkt op dit moment voldoende aanbod op de markt te zijn. Wanneer een aanbieder te hoge prijzen vraagt, kunnen consumenten en verzekeraars kiezen voor een andere aanbieder. Diëtisten beschikken daardoor niet over verkoopmacht;
- er is een dreiging van nieuwe toetreders tot de markt die de markt zullen betreden wanneer de prijzen te hoog worden. De voordelen van het hanteren van een te hoge prijs zijn daardoor beperkt.

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, bestaat er uit de historische situatie mogelijk een risico op hogere prijzen als de markt wordt vrijgegeven. Diëtisten menen dat het huidige maximumtarief te laag ligt. Het is aan verzekeraars en consumenten om er voor te zorgen dat diëtisten geen te hoge prijs vragen door aanbieders met elkaar te vergelijken en voor de aanbieder met de beste prijs/kwaliteit verhouding te kiezen. In de vorige

²⁷ De NMa biedt door middel van Richtsnoeren duidelijkheid over de wijze waarop zij haar taken en bevoegdheden uitoefent in de zorgsector. Zie ook: http://www.nmanet.nl/nederlands/home/Actueel/Publicaties/Richtsnoeren/Richtsnoeren_voor_de_zorg.asp [geraadpleegd 11-4-08].

²⁸ Arrest van het Europese Hof van Justitie op 14 februari 1978: United Brands vs. Europese Commissie, zaaknummer 27/76, jur. 1978, 207.

alinea werd al ingegaan op argumenten die het risico op te hoge prijzen beperken. De structurele marktverhoudingen zijn redelijk evenwichtig. Dit hoeft echter niet in te houden dat de prijzen niet zullen stijgen als de markt wordt vrijgegeven. Verzekeraars kunnen bijvoorbeeld de huidige prijzen ook te laag vinden en consumenten kunnen kiezen voor diëtisten die een hogere kwaliteit leveren. Verzekeraars en consumenten bepalen uiteindelijk wat een acceptabele prijs is.

3.2.2 Te lage prijzen

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

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

Te lage prijs door thuiszorginstellingen ten opzichte van vrijgevestigde diëtisten

Het risico op te lage prijzen is op de markt voor dieetadvisering aanwezig omdat veel thuiszorginstellingen op de markt actief zijn. Deze zorgaanbieders zouden dieetadvisering onder de kostprijs kunnen aanbieden en de kosten daarvan – langdurig – kunnen afwentelen op andere markten waarop zij actief zijn. Hoewel de zorgaanbieders hiermee geen winst kunnen behalen, kan dit bijvoorbeeld worden ingegeven door een streven naar schaalvergroting en het beperken van de concurrentie.

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

Instrumentarium

Indien op de markt voor dieetadvisering sprake is van een aanbieder met een machtspositie die te lage prijzen in rekening brengt/dreigt te brengen, dan kunnen zowel de NMa als de NZa ingrijpen. De NZa kan preventief regels opleggen aan partijen met AMM waarvan het risico groot is dat zij te lage prijzen zullen stellen. De NMa kan een boete

opleggen wanneer een partij daadwerkelijk misbruik maakt van zijn economische machtspositie. Dit beperkt het risico op te lage prijzen.

3.2.3 Samenwerking tussen zorgaanbieders onderling

Samenwerking tussen diëtisten kan belangrijke zorginhoudelijke voordelen hebben. Zo kan samenwerking bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en aan innovatie. Sommige vormen van samenwerking beperken de concurrentie op de markt echter sterk en zijn daarom niet toegestaan, ofwel collusie. Zo mag het samenwerkingsverband mag niet worden gebruikt om bepaalde aanbieders buiten de markt te houden.

De volgende vormen van samenwerking zijn verboden²⁹:

- prijsafspraken: Diëtisten mogen niet gezamenlijk een tarief bedingen bij inkoopende zorgverzekeraars. Ook onderlinge afspraken over de hoogte van tarieven, kortingen en toeslagen zijn verboden;
- marktverdelingsafspraken: Het is diëtisten niet toegestaan om – al dan niet in overleg met de zorgverzekeraars – afspraken te maken over de vestiging, de geografische verdeling van markten en de verdeling van patiënten;
- gemeenschappelijke leveringsweigering: Diëtisten mogen niet gezamenlijk besluiten geen overeenkomst te tekenen met zorgverzekeraars. Iedere diëtist moet dit voor zichzelf beslissen.

Collusie is in het algemeen een risico op markten voor vrije beroepsbeoefenaren. Op deze markten is vaak een groot aantal kleine spelers actief. Binnen een bepaalde straal kunnen aanbieders elkaar opzoeken en bestaat het risico dat zij afspraken maken over de prijs of de verdeling van de markt.³⁰ In niet goed werkende markten kan meer transparantie het risico op collusie tussen aanbieders vergroten. Aanbieders kunnen dan makkelijker signalen naar elkaar afgeven en elkaars gedrag beter monitoren. Bij het vrijgeven van een markt moet daarom rekening worden gehouden met dit risico.

In de markt van dieetadvisering ziet de NZa lage toetredingsdrempels voor zorgaanbieders, een sterke inkooppositie van verzekeraars – zie paragraaf 3.1.3 – en de beperkte mogelijkheid voor het hanteren van anticompetitieve prijzen; zie paragrafen 3.2.1 en 3.2.2. De NZa zal bij het monitoren van deze markt letten op mogelijke ongeoorloofde vormen van samenwerking. Bovendien beschikt de NMa op grond van het algemeen mededingingsrechtelijk kader over instrumenten om eventuele kartelvorming te adresseren, indien collusie zich voordoet.

3.2.4 Misbruik inkoopmacht

Inkoopmacht is marktmacht aan de zijde van de zorgverzekeraar.³¹ Enige inkoopmacht is vaak wenselijk omdat de zorgverzekeraar dan beter zorg kan inkopen; dit komt ten goede aan de consument. Er bestaat echter een risico dat een zorgverzekeraar die beschikt over inkoopmacht deze misbruikt door dusdanige inkoopvoordelen af te dwingen dat zowel de mededinging als de consument hier uiteindelijk

²⁹ Mededingingswet, artikel 6.

³⁰ Andere risicofactoren voor collusie zijn bijvoorbeeld een grote homogeniteit van het product, een lage innovatiegraad en een grote organisatiegraad van de aanbieders. Meer algemeen stelt de NMa dat de kans op collusie groter is, als de aanbieders weinig mogelijkheden of stimulansen hebben om zich van elkaar te onderscheiden.

³¹ Met *inkoopmacht* bedoelt de NZa niet hetzelfde als met de juridische begrippen *aanmerkelijke marktmacht* of *economische machtspositie*.

schade van ondervinden. Voorbeelden hiervan zijn het eisen door de verzekeraar van een prijs die zo laag is dat de kwaliteit daardoor in het geding komt of tot een verschraling van het aanbod leidt.

Een verzekeraar heeft inkoopmacht wanneer een diëtist van een contract met die verzekeraar afhankelijk is. Hoewel er in Nederland meer zorgverzekeraars actief zijn – en de diëtist dus in principe meer contractmogelijkheden heeft – is het wel zo dat per regio vaak één verzekeraar een stuk groter is dan de rest.³² Een contract met deze zorgverzekeraar kan voor de diëtist daarom belangrijk zijn. De zorgverzekeraar heeft daarmee in principe inkoopmacht tegenover de diëtist.

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

Voor misbruik inkoopmacht pleiten:

- *voldoende aanbieders*: De verzekeraar kan kiezen uit voldoende aanbieders. De diëtisten lijken dus niet over een sterke onderhandelingspositie te beschikken;
- *diëtisten weinig ondernemingsgericht*: Bovendien lijken de diëtisten op dit moment niet voldoende ondernemingsgericht om in onderhandelingen met zorgverzekeraars voldoende tegenwicht te kunnen bieden;
- *geen externe prikkel om goed in te kopen*: De zorgverzekeraar ervaart zoals in paragraaf 3.1 is besproken niet direct een stimulans om kwalitatief goede zorg in te kopen omdat de consument hierop niet let bij het afsluiten van een polis. Doordat de kwaliteit van de zorg niet transparant is, bestaat het risico dat de verzekeraar zich te eenzijdig richt op de prijs. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is daarom belangrijk dat de kwaliteit van de geleverde zorg transparant wordt. Eventuele kwaliteitsverslechtingen worden dan transparant gemaakt.

Tegen misbruik inkoopmacht spreken:

- *geen interne prikkel om scherp in te kopen*: Zoals in paragraaf 3.1 ook werd opgemerkt, ervaart de verzekeraar echter ook niet een sterke stimulans om scherp in te kopen gezien de beperkte schadelast die dit met zich meebrengt. De kans dat een verzekeraar misbruik maakt van zijn machtspositie lijkt daarom gering. Deze stimulans wordt echter sterker omdat, gezien de toename van de vraag, profilering belangrijk wordt voor verzekeraars;
- *zorgplicht*: Verzekeraars hebben voor de zorg die onder de basisverzekering valt een zorgplicht. Deze zorgt er voor dat zij een stimulans ondervinden om goed in te kopen;
- *geen contracteerplicht*: De mogelijkheid van verzekeraars om misbruik van hun inkoopmacht te maken, wordt beperkt door een bepaalde mate van keuzevrijheid van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders hebben geen verplichting om met een zorgverzekeraar een contract aan te gaan. Zij kunnen kiezen voor de verzekeraars die de meest gunstige contractvoorwaarden aanbieden;

³² Dit is veroorzaakt door de voormalige afgebakende werkgebieden van de ziekenfondsen. Hoewel alle zorgverzekeraars tegenwoordig in alle regio's polissen aanbieden, hebben de meeste oude ziekenfondsen in hun voormalige kernwerkgebieden nog een groot marktaandeel.

- *toezicht NZa, NMa op de markt:* Het regulerend kader biedt in beginsel instrumenten om ook na de introductie van vrije prijsvorming eventueel misbruik van inkoopmacht door verzekeraars te adresseren. De NZa kan, indien de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid door een te grote inkoopmacht in het geding komen, verplichtingen op grond van AMM opleggen. Voorts kan de NMa tegen misbruik van inkoopmacht optreden indien een verzekeraar daadwerkelijk beschikt over een economische machtspositie.

Misbruik inkoopmacht?

Gezien het grote aantal aanbieders van dieetadviesing is het mogelijk dat verzekeraars gebruik gaan maken van standaard contracten om de zorg te contracteren. Dit doen zij ook in de markt voor fysiotherapie. Diëtisten zullen dan niet kunnen onderhandelen over de aan hen voorgelegde contracten. Dit hoeft echter niet te betekenen dat verzekeraars misbruik maken van hun eventuele inkoopmacht. De Mededingingswet dwingt verzekeraars namelijk niet om individueel te onderhandelen met diëtisten. De zorgverzekeraar is voorts in beginsel vrij om te kiezen met wie een contract wordt afgesloten. Wel geldt hierbij dat de criteria die de verzekeraar hiervoor hanteert objectief en transparant moeten zijn voor zorgaanbieders zodat deze van te voren weten aan welke eisen zij moeten voldoen.

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

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

Conclusie

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

3.3 Externe effecten

3.3.1 Inleiding

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven of niet moet worden onderzocht of er mogelijk sprake is van ongewenste, niet bedoelde bijeffecten; zogenoemde externe effecten.³³ Deze effecten kunnen hun

³³ Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties, en zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen bijvoorbeeld afwentel en spillover effecten.

weerslag hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg en kunnen een reden zijn om een markt niet vrij te geven. Hierna worden deze externe effecten en de door de NZa verwachte kans dat deze effecten optreden, nader beschreven. De externe effecten komen voort uit de meetlat die in het visiedocument theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg zijn opgenomen.

3.3.2 Afwenteleffecten

Een risico op een markt met vrije prijzen is dat zorgaanbieders – zeker wanneer zij zelf de indicatie kunnen stellen – patiënten met klachten waarvan de behandeling voor hen financieel niet aantrekkelijk is – door verwijzen naar de tweede lijn. Er is dan sprake van afwenteling op een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener, wat tot stijging van de kosten kan leiden en de toegankelijkheid van de zorg kan beperken. Ook voor zorgverzekeraars of voor zorgconsumenten kan er een stimulans zijn om de zorg te laten verlenen door een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener, als zij op die manier een eigen betaling kunnen omzeilen. Afwenteleffecten kunnen dan ook een negatief effect hebben op de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg.

Op de markt voor dieetadvisering is het risico voor afwenteleffecten niet aanwezig. De diëtist wordt per kwartier betaald, hij heeft daardoor geen stimulans om aan afwenteling te doen. Tevens vervult de diëtist zelf geen verwijfsfunctie en kan geen zorg op de tweede lijn afwentelen. Tevens is er geen sprake van substitutie tussen de eerste en tweede lijn voor door diëtisten verleende zorg.

Conclusie

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

3.3.3 Ketenzorg/spillover effecten

Bij het vrijgeven van prijzen voor een bepaalde beroepsgroep moet ook de samenhang met andere beroepsgroepen en de beroepsgroep zelf in beschouwing worden genomen. De liberalisering van één beroepsgroep in een keten kan negatieve externe effecten veroorzaken die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort.

Ongeveer de helft van de diëtisten is zelfstandig gevestigd en neemt in een relatief geringe mate deel aan georganiseerde samenwerkingsvormen als ketenzorg of gezondheidscentra; de samenwerking rond diabetespatiënten vormt hier een uitzondering op. In die zin heeft vrije prijsvorming geen negatieve gevolgen voor ketenzorg. De beroepsvereniging stimuleert de laatste jaren de diëtisten om meer samenwerkingsverbanden aan te gaan, ook uit medisch inhoudelijk oogpunt.³⁴ Een voorbeeld hiervan is samenwerking met fysiotherapeuten of psychologen. De introductie van vrije prijsvorming kan mogelijk een verdere stimulans voor diëtisten vormen om meer aandacht te besteden aan samenwerking, waardoor zij een meerwaarde kunnen bieden aan hun klanten. Bijvoorbeeld door specialisering en samenwerking op het

³⁴ Mogelijk komt dit omdat diëtisten tot op heden een minder ondernemingsgerichte instelling bij het verlenen van zorg kennen en aan de deelname aan samenwerkingsverbanden kostendrempels zijn verbonden. Veel diëtisten hebben een praktijk aan huis en kennen een lage kostenstructuur. Samenwerking betekent vaak ook dat diëtisten moeten delen in bepaalde vaste kosten, als huisvesting, gezamenlijke administratieve ondersteuning e.d.

gebied van ouderen, kinderen, oncologiepatiënten, diabetespatiënten, hartpatiënten, patiënten met chronische longziekten of sporters. Ervaringen uit de markt voor bijvoorbeeld fysiotherapie laten zien dat fysiotherapeuten meer zijn gaan samenwerken op het gebied van kwaliteit, innovatie en administratie. De vrije prijsvorming zorgt ook voor extra dynamiek in de markt. Innovatie door bijvoorbeeld het ontwikkelen van multidisciplinaire zorgproducten kan tot meer samenwerking leiden.

De huidige regulering biedt hiertoe minder mogelijkheden. Vanwege de gemaximeerde tarieven zijn er minder mogelijkheden voor differentiatie en ook minder stimulansen om samen met andere aanbieders in bijvoorbeeld een gezondheidscentrum te werken.

Conclusie

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

3.3.4 Volume-effecten: supplier induced demand, upcoding

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

Volume-effecten

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

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

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

de mogelijkheden voor de diëtist om het door hem gewenste aantal behandelingen uit te voeren. De rol van de verzekeraar kan hier versterkt worden door meer inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg te creëren.

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

Upcoding

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

Conclusie

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

4. Lastendruk-/veranderingskosten

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

4.1 Lastendruk

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

Onder reguleringskosten vallen drie groepen van kosten:

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

Administratieve lasten

De administratieve lasten zijn de kosten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te voldoen aan de informatieverplichtingen, die voortvloeien uit regelgeving van de overheid; in dit geval de NZa.³⁵ Het gaat om het verzamelen, bewerken en registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Inhoudelijke nalevingskosten

De inhoudelijke nalevingskosten zijn de kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit de regels van de NZa, dus niet administratieve verplichtingen.³⁶ Alleen de kosten die niet gemaakt worden als de wet- en regelgeving er niet zou zijn, worden tot de inhoudelijke nalevingskosten gerekend.

Uitvoeringslasten

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

³⁵ De administratieve lasten worden bepaald door de kosten van een administratieve afhandeling te vermenigvuldigen met het aantal bedrijven of handelingen waarop deze van toepassing is. De kosten voor een administratieve afhandeling worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

³⁶ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is.³⁷ Daartoe worden ook de kosten gerekend die zijn gemoeid met de handhaving van verplichtingen.

Huidige lastendruk diëtisten

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

Kostenonderzoek

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

Lastendruk diëtisten onder vrije prijsvorming

De relevante vraag is of de lastendruk voor de diëtisten anders wordt indien de prijzen worden vrijgegeven. Het rapport WALZ geeft hier in enige mate inzicht in, omdat ook de lastendruk voor fysiotherapeuten is opgenomen. Voor fysiotherapeuten gelden vrije prijzen. Uit het rapport blijkt dat de verschillen in lastendruk voor fysiotherapeuten ten opzichte van beroepsgroepen met een maximumtarief vooral voortvloeien uit de kosten die gepaard gaan met de kennisneming van regelgeving met betrekking tot de standaardprijzlijsten en het ontwerp en ter beschikking stellen van deze prijslijsten.³⁸ Het gaat hier om administratieve lasten. Voorts kunnen er nalevingskosten zijn die samenhangen met de handhaving van de plicht om een standaardprijzlijst op te hangen. Ook zijn er kosten die te maken hebben met het monitoren van de markten, dit zijn deels administratieve lasten en deels uitvoeringslasten. Deze monitorkosten hangen samen met de toezichthoudende taak van de NZa om de ontwikkelingen op de markt in de gaten te houden. Deze kosten zijn overigens gering van omvang en incidenteel van aard. De uitvoeringslasten met betrekking tot het vaststellen en handhaven van tarieven vervallen uiteraard. De kosten van het handhaven van bijvoorbeeld transparantieplichtingen kunnen wel toenemen.

4.2 Veranderingskosten

Het vrijgeven van een markt brengt veranderingskosten met zich mee die niet worden veroorzaakt door de overheid. Nu gelden er nog maximumtarieven voor aanbieders van dieetadviesering. Met het vrijgeven van prijzen hebben verzekeraars en aanbieders mogelijkheden

³⁷ De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

³⁸ Fysiotherapeuten zijn verplicht om een standaardprijzlijst op een in het oog springende plek in hun praktijk te hangen waarop de tarieven zijn vermeld die zij hanteren voor een behandeling. Hierdoor is het voor de consument transparant welke prijs hij moet betalen voor een behandeling mocht hij niet verzekerd zijn voor fysiotherapie of welk deel van de behandeling hij zelf moet betalen als de betreffende fysiotherapeut niet gecontracteerd is door zijn verzekeraar.

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

Baten van marktwerking

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

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

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

Conclusie

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

5. Monitoren marktontwikkelingen

Als de Minister besluit om een markt vrij te geven, dan ligt er een belangrijke taak voor de NZa om een markt te monitoren. Via de monitor kunnen marktontwikkelingen worden gevolgd en wordt de borging van de publieke belangen in de gaten gehouden. Als partijen ongewenste gedragingen vertonen die de concurrentie verstoren, kan de NZa ingrijpen. Monitors leveren daarmee de basis voor oordeelsvorming over het inzetten van instrumenten op de markt.

In dit visiedocument geeft de NZa een voorlopige inventarisatie van de belangrijkste onderwerpen die op een geliberaliseerde markt voor dieetadvisering moeten worden gemonitord. Naast de monitors houdt de NZa ook toezicht op de ontwikkeling en werking van markten via het 'signaaltoezicht'. De NZa staat open voor alle signalen van marktpartijen over bijvoorbeeld anticompetitieve gedragingen. Ook als er geen monitoring heeft plaatsgevonden, zal de NZa altijd op signalen reageren. Bijvoorbeeld door een nader onderzoek in te stellen, marktpartijen om opheldering of aanpassing van gedrag te vragen, of door het opleggen van regels of boetes.

Het monitoren en de intensiteit van de inzet van dit instrument worden grotendeels bepaald door de risico's die een goede werking van de markt voor dieetadvisering in de weg staan. Het gaat dan vooral om mogelijke anticompetitieve gedragingen van partijen. Deze zijn besproken in paragraaf 3.2 van dit visiedocument. Voort overweegt de NZa ook op welk moment de inzet van het monitorinstrument het meest zinvol is. Op grond hiervan besluit de NZa, na besluit van de Minister over liberalisering, om in 2010 een monitor op de markt voor dieetadvisering iut te voeren. Hieronder volgt een eerste en niet definitieve inventarisatie van de onderwerpen die gemonitord moeten worden. De onderwerpen zijn gerangschikt naar de prioriteit die de NZa aan het onderwerp toekent.

Tabel 2. Voorlopige inventarisatie monitoronderwerpen

Aandachtspunt	Prioriteit	Uitleg
Transparantie kwaliteit	Hoog	Transparante kwaliteit is een belangrijk kenmerk van goed werkende markten. De NZa adviseert liberalisering van het tarief met de kanttekening dat marktpartijen zorg moeten dragen voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren.
Ontwikkeling in de vraag	Middel	De verwachte vraagstijging is de belangrijkste aanleiding voor het advies van de NZa om de markt voor dieetadvisering te liberaliseren. De NZa zal monitoren welke ontwikkeling de vraag doormaakt, om zo de gedragingen en resultaten bij de zorgaanbieders te kunnen beoordelen.
Ontwikkelingen in het aanbod	Middel	De NZa concludeert in de analyse dat het aanbod van dieetadvisering flexibel kan reageren op vraagveranderingen. Het advies om te liberaliseren sterkt ertoe om de flexibiliteit maximaal te kunnen benutten. De NZa zal monitoren of de verwachte flexibiliteit optreedt.
Te hoge prijzen	Laag	Zorgaanbieders met verkoopmacht zouden hoge prijzen kunnen vragen zonder dat consumenten en zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben een alternatieve aanbieder te kiezen. Dit risico speelt misschien tussen enkele zorgverzekeraars en grote thuiszorginstellingen. Bij de vrijgevestigde diëtist verwacht de NZa dit risico niet.

Te lage prijzen	Laag	Zorgaanbieders kunnen concurrenten van de markt verdrijven of houden door extreem lage prijzen – onder de kostprijs – te vragen. Als dit risico optreedt, dan is het bij thuiszorginstellingen die de verliezen kunnen compenseren door kruissubstitutie.
Transparantie prijs	Laag	Transparante kwaliteit is een belangrijk kenmerk van goed werkende markten. De NZa heeft geconstateerd dat er weinig knelpunten zijn in het transparant maken van de prijs.
Administratieve lasten contractering	Laag	De <i>transactiekosten</i> van het sluiten van een contract, inclusief de 'moeite' die de onderhandeling vergt, moeten niet zodanig hoog zijn dat het een toetredingsdrempel voor nieuwe zorgaanbieders wordt. De NZa overweegt hierbij echter dat zorgverzekeraars zelf geen belang hebben bij dergelijke contracten, omdat het hun contract minder aantrekkelijk maakt voor zorgaanbieders.
Anticompetitieve bepalingen in contracten zorgverzekeraars	Laag	Als zorgverzekeraars in hun contracten bepalingen opnemen die tot doel hebben de eigen belangen te beschermen van bijvoorbeeld een zorgaanbieder die, deels, in eigendom van de zorgverzekeraar is, kan dit een anticompetitieve gedraging zijn die onwenselijk is.

Regelgevend kader

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

Inzet instrumentarium NZa

De NZa heeft via de Wmg verschillende instrumenten om toezicht te houden op de markt. Zo kan de NZa via artikel 38 van de Wmg aanbieders verplichten om informatie over de kwaliteit, de prijs en de omschrijving van de aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Hiermee kan de transparantie in een markt dus worden bevorderd. Ook kan de NZa via artikel 45 van de Wmg regels stellen voor de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg en de voorwaarden in die overeenkomsten. Zo kunnen eisen worden gesteld met betrekking tot een redelijke antwoordtermijn op onderhandelingsvoorstellen. Voorts kan de NZa op grond van artikel 48 van de Wmg partijen met AMM preventief verplichtingen opleggen.³⁹

Relatie met andere toezichthouders

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

³⁹ Aanmerkelijke marktmacht doet zich voor als een partij zich onafhankelijk van zijn concurrenten, consumenten en/of leveranciers en afnemers kan gedragen. Zie ook het consultatiedocument 'Aanmerkelijke marktmacht in de zorg', te vinden op www.nza.nl

Bijlage I. Begrippenlijst

Afwenteleffecten	Het door de zorgaanbieder (1 ^{ste} of 2 ^{de} lijn) of zorgverzekeraar doorverwijzen van niet-rendabele patiënten.
Anti-competitieve gedragingen	Gedragingen door marktpartijen (aanbieders, verzekeraars) die een goede werking van de markt kunnen belemmeren. Voorbeelden hier van zijn kartelvorming, te hoge of te lage prijzen en misbruik maken van inkoopmacht.
Collusie	Het door zorgaanbieders maken van ongewenste onderlinge afspraken over prijs of verdeling van de markt.
Economische machtspositie	Een aanbieder beschikt over een economische machtspositie als hij/zij in staat is om zich in belangrijke mate onafhankelijk van concurrenten, aanbieders, verzekeraars of patiënten te gedragen.
Externe effecten	Van externe effecten is sprake als een individu of organisatie profiteert of nadelen ondervindt van de economische activiteiten van andere individuen of organisaties, en zij zelf niet in staat zijn om de kosten en baten onderling te verrekenen.
Extramurale zorg	Alle zorg die niet klinisch van aard is. De patiënt wordt niet opgenomen in een instelling zoals bij intramurale zorg.
Keteneffecten	Mogelijke negatieve externe effecten die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort.
Restitutieverzekering	Een zorgverzekering die de consument zijn ziektekosten geheel of gedeeltelijk vergoedt (na aftrek van het eventuele bedrag van het eigen risico).
Substituten	Een zorgaanbieder die als een vervanger kan dienen voor een andere zorgaanbieder vanuit het oogpunt van de consument.
Toetredingsdrempels	Omstandigheden die de toegang tot een markt belemmeren.
Transparantie	De mate waarin informatie beschikbaar, openbaar, begrijpelijk en relevant is.
Transactiekosten	De kosten die gemaakt moeten worden om een contract tot stand te brengen en de kosten die daarna gemaakt worden om de overeenkomst te bewaken en zo nodig af te dwingen.
Upcoding	Het door zorgaanbieders leveren van duurdere of complexere behandelingen dan noodzakelijk.
Volume effecten	De stimulans voor een zorgaanbieder om meer volume te draaien omdat er sprake is van een informatieasymmetrie tussen enerzijds de zorgaanbieder en anderzijds verzekeraars en patiënten ten aanzien van (de noodzaak van) de geadviseerde behandeling. Een voorbeeld hiervan is supplier induced demand.

Vrije prijsvorming

Marktvorm waarbij zorgaanbieder en verzekeraar onderhandelen over de prijs van het geleverde product. Het loslaten van prijzen geeft partijen de ruimte om nieuwe producten en technieken te ontwikkelen die aansluiten op de vraag van de klant. Aanbieders en verzekeraars kunnen zich hierdoor ook beter van elkaar onderscheiden. Hierbij ontstaat meer vrijheid om klantgericht te werken en transparantie.

Zorgplicht

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



Postbus 3017
3502 GA Utrecht

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

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie. De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.