

Visiedocument

Inkoopmacht en collectief onderhandelen

De verhoudingen op de zorginkoopmarkt

januari 2010

Inhoud

1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding visiedocument NZa	6
1.2 Leeswijzer	7
2. Bevindingen NZa	9
2.1 Afwegingskader	9
2.2 Inkoopmacht	10
2.2.1 Kwaliteit	12
2.2.2 Toegankelijkheid	13
2.2.3 Betaalbaarheid	14
2.2.4 Conclusie	14
2.3 Collectief onderhandelen	15
2.3.1 Kwaliteit	18
2.3.2 Toegankelijkheid	19
2.3.3 Betaalbaarheid	19
2.3.4 Conclusie	20
3. Conclusie	21
3.1 Inkoopmacht	21
3.2 Collectief onderhandelen	21

1. Inleiding

Een aantal jaren geleden is in Nederland een zorgstelsel ingevoerd waarbij vraagsturing een belangrijke rol speelt. Sinds de invoering van dit zorgstelsel introduceert de overheid geleidelijk geregleerde marktwerking op verschillende deelmarkten in de zorg, die kunnen worden geduid als zorgverzekeringsmarkt, zorginkoopmarkt en zorgverleningsmarkt. In dit stelsel worden meer verantwoordelijkheden decentraal bij aanbieders, verzekeraars en consumenten belegd. Een belangrijk onderdeel van het sturingssysteem in de zorg vormen de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars proberen voor hun verzekerden de best mogelijke contracten met zorgaanbieders af te sluiten in termen van kwaliteit en prijs. Dat stelt hen in staat (potentieel) verzekerden een aantrekkelijk polisaanbod te doen. Op haar beurt prikkelen deze onderhandelingen zorgaanbieders weer tot een doelmatiger, klantgerichter en innovatiever aanbod.

De Nederlandse zorgautoriteit (NZa) is de markttoezichthouder op de zorgmarkten. Zij heeft de taak om het algemeen consumentenbelang te borgen en te versterken. Dit houdt in dat zij vanuit het algemeen consumentenperspectief de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid borgt. Met andere woorden: de NZa zet zich in voor toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg voor de consument. Een goed werkende markt leidt in principe tot een optimale behartiging van deze drie publieke belangen, maar vaak werken markten (nog) niet optimaal en kan toezicht en/of regulering nodig zijn om de publieke belangen te bewaken. Dit kan aan de orde zijn als de verhoudingen op de markt leiden tot ongewenste uitkomsten op het gebied van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

In dit visiedocument geeft de NZa haar visie op twee onderwerpen die van invloed zijn op de verhoudingen op de zorginkoopmarkt, namelijk:

- inkoopmacht en
- collectief onderhandelen¹.

Inkoopmacht op de zorginkoopmarkt is de situatie waarbij de inkoper van zorg, meestal de zorgverzekeraar, ten opzichte van de zorgaanbieder macht bezit en zich in onderhandelingen in zekere mate onafhankelijk van de zorgaanbieder kan opstellen. Indien dit tot ongewenste situaties leidt, kan de NZa optreden met – afhankelijk van het probleem – enerzijds generieke, dus marktbrede, maatregelen opleggen² en anderzijds specifieke verplichtingen om het gedrag van een marktpartij te disciplineren, indien deze partij aanmerkelijke marktmacht heeft³.

Collectief onderhandelen is de situatie waarbij – anders dan bij individuele onderhandelingen – meerdere partijen gezamenlijk ten opzichte van de andere partij optreden in de onderhandelingen. Collectief onderhandelen kan zich zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde van de onderhandelingstafel voordoen. Aan de vraagzijde onderhandelen zorgverzekeraars op dit moment collectief, volgens het 'representatiemodel' voor wat betreft de inkoop van medisch specialistische zorg in het A-segment bij ziekenhuizen en voor wat

¹ De begrippen worden in hoofdstuk 2 nader toegelicht.

² Zie hiervoor bijvoorbeeld de toelichting op art. 45 Wmg.

³ Beleidsregel 'aanmerkelijke marktmacht in de zorg' (AL/BR-100.086) en de toelichting op die [beleidsregel](#).

betreft de inkoop van curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) bij gebudgetteerde ggz-instellingen.

Inkoopmacht en collectief onderhandelen worden soms met elkaar in verband gebracht vanuit de gedachte dat aanbieders die collectief onderhandelen met zorgverzekeraars eventuele nadelige effecten van inkoopmacht kunnen neutraliseren. Om die reden gaat dit visiedocument in op inkoopmacht, collectief onderhandelen en de onderlinge samenhang hierbij.

Voor de uitoefening van het markttoezicht van de NZa is inzicht in de werking en effecten van inkoopmacht en collectief onderhandelen van belang. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) bepaalt op grond van de mededingingswet of collectief onderhandelen al dan niet is toegestaan in relatie tot het kartelverbod. De NMa heeft recent onderzoek gedaan naar de effecten voor de consument van collectief onderhandelen aan de aanbodzijde van de zorgmarkt⁴. Zoals reeds genoemd, gaat het voorliggende visiedocument van de NZa daarnaast ook in op collectief onderhandelen aan de zijde van de zorgverzekeraars. Hoewel de onderzoeken van NZa en NMa voor wat betreft de opzet verschillen, zijn de conclusies vergelijkbaar.

De NZa baseert zich in haar visie mede op het onderzoek dat RBB Economics en Freshfields Bruckhaus Deringer in opdracht van de NZa hebben verricht naar inkoopmacht en collectief onderhandelen in de verschillende markten voor medisch specialistische zorg en zorg verleend door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren⁵. Dit visiedocument betreft de zorginkoop binnen het kader van de Zorgverzekeringswet. De zorginkoop binnen de AWBZ vergt een eigen beoordeling en valt buiten de scope van dit visiedocument.

1.1 Aanleiding visiedocument NZa

De NZa heeft verschillende redenen om een visiedocument over inkoopmacht en collectief onderhandelen te publiceren.

Allereerst ontvangt de NZa in het kader van haar taak op het gebied van markttoezicht en marktontwikkeling, zoals onder andere aanmerkelijke marktmacht (AMM) signalen over mogelijke inkoopmacht van zorgverzekeraars in de onderhandelingen met zorgaanbieders. Deze signalen bereikten de NZa onder andere in de vorm van een 'zwartboek' over contractering van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Ten tweede hebben de NZa en NMa naar aanleiding van zogeheten rondetafelconferenties die beide toezichthouders eind 2008 en begin 2009 gezamenlijk hebben georganiseerd met fysiotherapeuten, eerstelijns psychologen, psychiaters en zorgverzekeraars over deze onderwerpen, toegezegd om nader onderzoek te doen naar (on)mogelijkheden van (meer) collectieve onderhandelingen. Dit doet de NZa door middel van dit visiedocument en het achterliggende onderzoeksrapport.

⁴ NMa, 'Individueel en collectief onderhandelen tussen vrijgevestigde extramurale zorgaanbieders en zorgverzekeraars', Visiedocument NMa, december 2009.

⁵ RBB Economics, Freshfields Bruckhaus Deringer, 'Inkoopmacht en collectief onderhandelen in de zorgsector', een rapport voor de NZa, 18 november 2009 te vinden via www.nza.nl

Ten derde biedt de toekomstige invoering van (meer) prestatiebekostiging van medisch specialistische zorg in het huidige A-segment voor de NZa aanleiding om meer inzicht te willen krijgen in de voor- en nadelen van collectief onderhandelen. In het bijzonder is hierbij het zogeheten representatiemodel van belang waarbij zorgverzekeraars op dit moment voor wat betreft het A-segment collectief onderhandelen met aanbieders van medisch specialistische zorg. De Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ) heeft daarnaast aangegeven behoefte te hebben aan ruimte om collectief te kunnen onderhandelen aan de aanbodzijde.

Om deze redenen biedt de NZa in dit document in zijn algemeenheid duidelijkheid over haar visie op inkoopmacht en collectief onderhandelen.

1.2 Leeswijzer

De opzet van dit visiedocument is als volgt. In hoofdstuk 2 worden de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid toegelicht. Vervolgens worden inkoopmacht en collectief onderhandelen aan de hand van de publieke belangen beoordeeld. Deze afwegingen leiden tot de conclusie van de NZa in hoofdstuk 3. Voor achtergrondinformatie bij dit visiedocument verwijzen wij naar het eerder genoemde onderzoek dat de NZa heeft laten verrichten.

2. Bevindingen NZa

In dit hoofdstuk komt aan de orde wat de afwegingen zijn van de NZa ten aanzien van de onderwerpen inkoopmacht en collectief onderhandelen.

2.1 Afwegingskader

Om tot een oordeel te komen, toetst de NZa ten algemene aan de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Dit doet zij ook ten aanzien van het onderwerp inkoopmacht en collectief onderhandelen. Het mogelijk bestaan van inkoopmacht en een collectieve wijze van onderhandelen zijn uitingen van de verhoudingen op de zorgmarkt en hebben daarmee potentieel invloed op de marktuitskomsten. Onderstaand gaan we eerst in op de drie publieke belangen die de NZa centraal stelt in haar afwegingen. Vervolgens wordt in paragraaf 2.2 ingegaan op de verhouding tussen inkoopmacht en de publieke belangen en in paragraaf 2.3 op die tussen collectief onderhandelen en de publieke belangen.

Borging kwaliteit

Iedere burger moet kunnen vertrouwen op zorgverlening van voldoende kwaliteit. Dat wil zeggen dat de zorg veilig, effectief en patiëntgericht moet zijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit en de veiligheid van zorg. Zij hanteert hierbij een mix van verschillende handhavinginstrumenten. Om de kwaliteit van verschillende zorgaanbieders te kunnen meten en vergelijken, zijn betrouwbare kwaliteitsindicatoren noodzakelijk. Het programmabureau Zichtbare zorg (Zizo), behorende bij de IGZ, voert de regie over de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. De NZa volgt het oordeel van de IGZ als het gaat om de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders⁶. Maar ook de NZa heeft een rol bij het behartigen van het publieke belang kwaliteit. Voor de NZa is niet alleen de kwaliteit, maar ook de prijs-/kwaliteitverhouding van zorg(verzekeringen) van belang, en binnen kwaliteit zaken als service, betalingscondities en openingstijden. Ten eerste heeft de NZa een rol met betrekking tot de bevordering van de transparantie van keuze-informatie. Heldere informatie over onder andere kwaliteit is van belang voor de concurrentie tussen aanbieders en het keuzegedrag van consumenten en/of zorginkopers. De NZa constateert dat de door partijen geboden transparantie van kwaliteit van zorg verder verbeterd moet worden. Dit is een algemeen probleem dat overigens niet specifiek gerelateerd is aan inkoopmacht of collectief onderhandelen. De NZa gaat het komend jaar actief haar bevoegdheden inzetten op het gebied van transparantie, waar nodig via handhavend optreden om bijvoorbeeld af te dwingen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de indicatoren 'vullen'. Hierbij is het werk van de NZa aanvullend en versterkend op het werk dat de IGZ (middels het programma Zichtbare zorg) met betrekking tot het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren uitvoert. Ten tweede kunnen eventuele wijzigingen van de bekostigingsstructuur van de zorg gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. Ten derde houdt de NZa bij het vaststellen van prestatiebeschrijvingen rekening met het belang van de volksgezondheid⁷.

⁶ Op grond van art. 19 Wet marktordening gezondheidszorg

⁷ Art 53 lid 1 Wet marktordening gezondheidszorg.

Borging toegankelijkheid

De zorg moet voor consumenten toegankelijk zijn, zowel financieel als fysiek. Financiële toegankelijkheid wil zeggen dat de eigen betaling geen belemmering vormt voor mensen om medische zorg te kunnen krijgen. Dit element nemen komt aan de orde onder het publiek belang betaalbaarheid. Fysieke toegankelijkheid wil zeggen dat mensen toegang hebben tot de juiste zorg binnen een redelijke reisafstand, binnen een redelijke tijd en onder redelijke voorwaarden. Voor een aantal functies bestaan hiervoor wettelijk vastgestelde normen. Keuzemogelijkheden vormen ook onderdeel van toegankelijkheid: de mogelijkheid voor patiënten om te kiezen voor de aanbieder van hun voorkeur. Het verbeteren van transparante keuze-informatie en het verlagen van toetredingsdrempels zijn van belang voor de borging van de toegankelijkheid.

Borging betaalbaarheid

Het is van belang dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau (een betaalbare basisverzekering) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven). Daarvoor is het belangrijk dat de geleverde zorg op een doelmatige, efficiënte manier tot stand komt. Hierbij gaat het om de prijs-/kwaliteit verhoudingen. Ook voor de betaalbaarheid is transparantie van belang. Voor een deel van de zorgprestaties stelt de NZa tarieven vast. Daarnaast is ook het bevorderen van transparantie van prijs-/kwaliteitinformatie van belang voor de werking van de zorgmarkten. Om excessieve prijzen en daarmee een daling van de betaalbaarheid te voorkomen, kan de NZa waar nodig met haar instrumentarium op het gebied van aanmerkelijke marktmacht optreden en de NMa adviseren inzake fusies in de zorg.

In dit hoofdstuk wordt voor de onderwerpen inkoopmacht en collectief onderhandelen getoetst aan de bovenstaande afwegingscriteria: de borging van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarnaast betreft de NZa in haar afwegingen doorgaans ook elementen als de uitvoerbaarheid, het draagvlak, administratieve lasten en tot slot de kosten en baten van het eigen optreden van de NZa. Waar relevant, zal de NZa ook hierop in dit document ingaan.

2.2 Inkoopmacht

Van inkoopmacht is sprake indien de inkoper van zorg ten opzichte van de aanbieder van zorg macht heeft, zich met andere woorden in zekere mate onafhankelijk van de aanbieder kan opstellen. Bij verkoopmacht is het omgekeerde het geval. Naar het oordeel van de NZa is verkoopmacht naar zijn aard in het algemeen schadelijker voor consumenten dan inkoopmacht. Inkopers hebben een prikkel om zo laag mogelijke prijzen te bereiken, die bij voldoende concurrentie ten goede zullen komen aan verzeekerden, terwijl verkopers juist zullen proberen om zo hoog mogelijke prijzen te bedingen. Dit laatste is schadelijk voor consumenten. Dit document spitst zich toe op inkoopmacht.

Wanneer zorginkopers een significant deel van hun zorgvraag kunnen inkopen bij diverse zorgaanbieders én in staat zijn patiënten actief naar deze alternatieven te verwijzen, duidt dit op inkoopmacht. Dit is ook het geval wanneer zorginkopers kunnen dreigen met het stimuleren van nieuwe toetreding tot de markt, ofwel door andere zorgaanbieders te steunen om tot de markt toe te treden of door te dreigen met het starten van een eigen 'zorgproductie'. Hoewel de zorginkopers met inkoopmacht zich in enige mate onafhankelijk kunnen opstellen van de aanbieders van zorg, wil dit nog niet zeggen dat zij zich ook onafhankelijk kunnen

opstellen van andere zorgverzekeraars (concurrenten) en uiteindelijk de consumenten.

Bij de beoordeling van inkoopmacht is het volgende van belang. In het zorgstelsel hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol als inkoper van zorg. Beoogd wordt dat inkopers druk uitoefenen op verkopers van zorg, om daarmee de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te bewaren. Enige onderhandelingsmacht is nodig om scherp in te kunnen kopen. Het is belangrijk om vast te stellen dat scherp inkopen en stevig onderhandelen niet hetzelfde zijn als problematische marktmacht. Inkoopmacht is geen probleem indien de voordelen van de onderhandelingsmacht in belangrijke mate ten goede komen aan de verzekerden in de vorm van gunstigere voorwaarden en/of premies. Dat zal zo zijn als de verzekeringsmarkt concurrerend is. De NZa constateert wat dit betreft in haar monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009 dat er sprake is van voldoende concurrentie op deze markt (met name via collectiviteiten) en komt tot een positief oordeel over de positie van de consument op de zorgverzekeringsmarkt. De concurrentie spitst zich met name (nog) toe op prijs en serviceverlening. De algemene conclusie van het onderzoek naar inkoopmacht dat de NZa heeft laten verrichten door RBB Economics Freshfields Bruckhaus Deringer, luidt dat zorgverzekeraars als gevolg van hun omvang een zekere mate van inkoopmacht hebben waar positieve effecten uit voortvloeien.

Over het algemeen is de mate waarin zorgverzekeraars inkoopmacht kunnen uitoefenen in de praktijk om de volgende redenen begrensd:

- zorgverzekeraars hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden;
- zorgverzekeraars ondervinden in de praktijk moeilijkheden om patiënten naar voorkeursaanbieders te sturen;
- het door zorgaanbieders geleverde kwaliteitsniveau is nog niet voldoende transparant;
- zorgverzekeraars zijn door het systeem van risicoverevening beperkt risicodragend waardoor inkoopvoordelen deels worden afgeroomd.

Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat de voordelen die zorgverzekeraars door inkoopmacht behalen niet aan consumenten worden doorgegeven als gevolg van een gebrek aan concurrentie tussen zorgverzekeraars. Ook voor de onderhandelingen met vrijgevestigde zorgaanbieders geldt dat zorgverzekeraars als gevolg van hun omvang een zekere mate van inkoopmacht hebben waar positieve effecten uit voortvloeien. Hoewel de kleine beroepsbeoefenaar deze situatie als aanbieder versus de grote afnemer als 'oneerlijk' kan ervaren, is dit onder deze condities niet verboden en kan het zelfs in positieve zin bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Inkoopmacht is daarentegen wél problematisch als deze gerelateerd is aan verkoopmacht van de betreffende zorgverzekeraar op zorgverzekeringsmarkten, bijvoorbeeld als exclusieve overeenkomsten met essentiële zorgaanbieders daadwerkelijke concurrentie in de zorgverzekeringsmarkten ondermijnen, of waar de inkoopmacht dermate wordt uitgebuit dat hiermee het consumentenbelang op lange termijn wordt geschaad door bijvoorbeeld ernstige verschraling van de variatie van het zorgaanbod en de kwaliteit daarvan. In deze gevallen worden de voordelen immers juist niet doorgegeven aan consumenten. Er bestaan op dit moment geen aanwijzingen dat van een dergelijke situatie sprake zou zijn.

2.2.1 Kwaliteit

Inkoopmacht is vanuit algemene mededingingsprincipes redenerend positief voor de borging van kwaliteit van de zorg onder de volgende voorwaarden: allereerst is van belang dat de verzekeringsmarkt voldoende concurrerend is waardoor de behaalde inkoopvoordelen in voldoende mate worden doorgegeven aan de consument. Ook is van belang dat consumenten hun keuze voor een zorgverzekeraar baseren op prijs én kwaliteit van de door de verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders, zodat kwaliteit ook daadwerkelijk een concurrentieparameter is. Daarbij is heldere keuze-informatie over het product, de kwaliteit naast de prijs een vereiste. In de zorgmarkt is kwaliteit nog onvoldoende gedefinieerd en vormt een gebrek aan transparantie van kwaliteit een generiek probleem. Als kwaliteit transparanter wordt, kunnen er ook in de zorginkoop afspraken over gemaakt worden. Tot slot is relevant dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de hand van kwaliteitsindicatoren toezicht houdt op basis van handhavingsnormen. De handhavingsnormen zijn gebaseerd op veldnormen.

Zoals in de inleiding van paragraaf 2.1. is aangegeven is de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt voldoende en is er geen aanleiding te veronderstellen dat de behaalde inkoopvoordelen niet aan de consumenten worden doorgegeven. Aandachtspunten hierbij zijn dat de concurrentie vooralsnog beperkt blijft tot premies. De zorginkoop is nog maar beperkt gebaseerd op kwaliteitsaspecten en zorgverzekeraars ervaren nog onvoldoende prikkels of mogelijkheden om zich op kwaliteit van concurrenten te onderscheiden. Deze nadruk op prijs zou in een situatie van zeer sterke inkoopmacht kunnen leiden tot een daling van de kwaliteit van het zorgaanbod en het niet tot stand komen van bijvoorbeeld innovaties die van belang zijn voor toekomstige kwaliteit. Dat zou een ongewenste situatie zijn. De NZa heeft geen reden te veronderstellen dat hiervan sprake is.

Zoals eerder aangegeven kan concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt een dergelijke situatie voorkomen, indien ook kwaliteit een aspect is in de concurrentie. Dit kan worden bevorderd door het stimuleren van transparantie over kwaliteit, zodat consumenten ook ten aanzien van dit aspect (dus niet alleen op prijs) hun keuzes kunnen bepalen. Hierbij is het van belang dat er voortgang wordt geboekt met de in het programma Zichtbare Zorg ontwikkelde prestatie-indicatoren, dat deze indicatoren worden 'gevuld' en dat de informatie ook openbaar wordt. De NZa zet zich in, indien nodig door handhavend optreden, om de transparante keuze-informatie voor consumenten te realiseren. Tot slot zou de markt te allen tijde terug moeten kunnen vallen op heldere, door de overheid gedefinieerde kwaliteitseisen.

Openbare kwaliteitsinformatie blijkt een sterke invloed op het gedrag van consumenten en zorgaanbieders te hebben. De beschikbare informatie en de mate waarin consumenten deze kunnen verwerken, bepaalt de kwaliteitsgevoeligheid ten opzichte van de prijsgevoeligheid. Daardoor zal in markten waarin naast prijsinformatie ook kwaliteitsinformatie toegankelijk is, de prijs-/kwaliteitverhouding beter zijn. Empirisch blijkt het openbaar maken van kwaliteitsinformatie te leiden tot een verschuiving van patiënten naar aanbieders met een betere kwaliteit. Daarnaast blijken relatief minder goede aanbieders zich in de praktijk ook sterk te verbeteren na openbaarmaking van kwaliteitsinformatie.

Beide effecten leiden tot een verbetering van het gemiddelde kwaliteitsniveau⁸.

De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en vrijgevestigde zorgaanbieders worden door de laatstgenoemden als eenzijdig ervaren. Zorgverzekeraars werken vaak met standaardcontracten. Hierbij is volgens de zorgaanbieders weinig ruimte voor differentiatie, bijvoorbeeld ten aanzien van kwaliteit. Zorgverzekeraars geven aan dat het door het grote aantal vrijgevestigde aanbieders moeilijk is om met iedere aanbieder afzonderlijk in gesprek te gaan. Noch de Wet marktordening Gezondheidszorg noch de Mededingingswet dwingt tot individuele onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, ook niet als een zorgverzekeraar een economische machtspositie zou hebben⁹. Het staat een zorgverzekeraar vrij zijn eigen inkoopbeleid vorm te geven, net zoals het een vrijgevestigde aanbieder vrij staat zijn eigen verkoopbeleid vorm te geven. Wel merkt de NZa op dat de inbreng en expertise van zorgaanbieders bij kan dragen aan de kwaliteit van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. De NZa beschouwt dergelijke inbreng als een belangrijk aandachtspunt voor 'good contracting practices' cq spelregels voor onderhandelingsprocessen die in haar visie op korte termijn tot stand moeten komen.

Tot slot is in een situatie van tariefregulering van belang dat het tarief dat geldt, ook in geval er geen contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar wordt gesloten, voldoende ruimte biedt voor de benodigde kwaliteit. Dit is een belangrijke eigen verantwoordelijkheid van de NZa bij het bepalen van dergelijke tarieven.

2.2.2 Toegankelijkheid

Inkoopmacht kan de toegankelijkheid van zorg in positieve zin beïnvloeden. Zorgverzekeraars kunnen inkoopmacht bijvoorbeeld aanwenden om zorgaanbieders op ruimere tijdstippen bereikbaar te laten zijn.

Hoewel inkoopmacht kan leiden tot het niet langer contracteren van bepaalde *zorgaanbieders*, zal dit de toegankelijkheid van de zorg als geheel normaliter niet in gevaar brengen, aangezien zorgverzekeraars op basis van de Zorgverzekeringswet een zorgplicht hebben ten opzichte van hun verzekerden. Verzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht gehouden om daadwerkelijke toegang tot zorg te realiseren, hetzij via bemiddeling (restitutiepolis) hetzij via contractering (naturapolis). Dit betekent niet dat zorgverzekeraars voor naturapolissen gehouden zijn *alle* aanbieders van bepaalde zorg in bepaald gebied te contracteren, maar wel dat zij uiteindelijk genoeg aanbieders gecontracteerd moeten hebben om aan hun zorgplicht te voldoen. Dit beperkt de verzekeraars in hun inkoopmacht. Daarnaast geldt dat enige uittreding van zorgaanbieders – hoewel dat zeker grote negatieve consequenties kan hebben voor de individuele betrokkenen – op systeemniveau acceptabel is als een normaal gevolg van marktwerking, zeker als tegelijk ook toetreding of uitbreiding door efficiënte aanbieders mogelijk is.

Tot slot bestaan er – op beperkte schaal – wettelijk vastgestelde minimum toegankelijkheidsnormen voor bepaalde zorgfuncties. In

⁸ Bron: Halbersma, R. 'Kwaliteit van zorg & marktwerking, een overzicht van de economische literatuur', NZa, mei 2008.

⁹ Het College van Beroep voor het Bedrijfsleven heeft recentelijk aangegeven dat standaardcontracten in hun specifieke context moeten worden beoordeeld, omdat niet kan worden uitgesloten dat bepaalde gevallen van standaardcontracten kunnen leiden tot marktverstoring (CBB 24-11-2009 Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist v NMa, AWB 07/036).

Nederland geldt bijvoorbeeld een bereikbaarheidsnorm van 45 minuten (vijftien minuten aanrijdtijd voor de ambulance en binnen drie kwartier opname in het ziekenhuis). De IGZ ziet toe op de naleving van deze norm.

2.2.3 Betaalbaarheid

Inkoopmacht leidt – onder de voorwaarde dat de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is – tot lagere prijzen. Zorgverzekeraars hebben als zorginkoper de juiste prikkels om overbodige zorg te vermijden (via controle over volumes) en de kosten van de gezondheidszorg te drukken (via controle over prijs). Zorginkopers kunnen concurrentie tussen de zorgaanbieders stimuleren, wat de betaalbaarheid en kwaliteit van de geleverde zorg ten goede kan komen. Onder druk van concurrentie om de gunst van verzekerden zullen zorgverzekeraars bij zorgaanbieders zorg inkopen waarvan de prijs-/kwaliteitverhouding zo gunstig mogelijk is. Dit laat hen immers toe de verzekeringspremies laag te houden en zo meer verzekerden voor zich te winnen.

De zorgplicht van zorgverzekeraars jegens hun verzekerden beperkt de inkoopmacht. De zorgverzekeraar heeft geen belang bij prijzen voor zorgaanbod waarbij geen rendabele bedrijfsvoering voor zorgaanbieders mogelijk is.

Zoals in de paragraaf over kwaliteit is geconstateerd, wordt door de diverse marktpartijen in de concurrentie en de inkoop van zorg met name gekeken naar de prijs en de premies. De NZa vindt voor een goede marktwerking daarnaast van belang dat meer aandacht besteed wordt aan aspecten van kwaliteit. Daarbij is van belang dat deze kwaliteit inzichtelijk(er) wordt. De NZa zet zich in om de transparantie van keuzeinformatie, waaronder kwaliteit, te bevorderen.

2.2.4 Conclusie

Uiteindelijk gaat het voor de NZa wat inkoopmacht betreft om de gevolgen daarvan voor de consument. Als de consument profiteert van de inkoopmacht van de zorgverzekeraar, door bijvoorbeeld lagere premies en/of een betere kwaliteit, dan is het publiek belang daarbij gediend. Gaat inkoopmacht ten koste van toegankelijkheid of kwaliteit, dan ligt er duidelijk wel een probleem. Aangezien de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is, heeft de consument direct belang bij een zorgverzekeraar die goed inkoopt op de markt voor zorg. Pas als eventuele inkoopmacht leidt tot een onaanvaardbare vershraling van het zorgaanbod in de zin van verslechtering van de prijs-/kwaliteitverhouding of een gebrekkige toegankelijkheid zullen de NZa of IGZ ingrijpen. Hiervoor bestaat (vooralsnog) geen noodzaak. Er is naar de mening van de NZa geen sprake van problematische inkoopmacht, omdat er voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars is en voordelen van inkoopmacht aan consumenten worden doorgegeven. Sterker nog: inkoopmacht is – onder voorwaarden – in het belang van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De NZa maakt zich hard voor het versterken van deze voorwaarden concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en transparantie van het zorg(verzekerings)aanbod. Het gaat dan om de bevordering van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en het stimuleren van transparante keuzeinformatie. De NZa beseft dat dit voor een individuele aanbieder anders kan overkomen wanneer hij onderhandelt met een zorgverzekeraar, maar vanuit het algemene consumentenbelang ziet de NZa geen probleem. De NZa heeft dan ook geen aanleiding om op dit punt in te grijpen.

Gezien de risico's van tekortschietende kwaliteitsinformatie blijft de NZa de zorgverzekeringsmarkt echter nauwlettend volgen, bijvoorbeeld in de monitor zorgverzekeringsmarkt. De aandachtspunten die zij daarbij heeft, is prikkel voor zorgverzekeraars om hun inkooprol goed te spelen, de concurrentie tussen zorgverzekeraars, de mate waarin kwaliteit een rol speelt in de keuzeafwegingen van consumenten en de transparantie van keuze-informatie op het gebied van kwaliteit.

2.3 Collectief onderhandelen

Inleiding

In het algemeen zijn samenwerkingsverbanden die puur gericht zijn op het beperken van de concurrentie (slecht voor de patiënt) in strijd met het (Europese) mededingingsrecht. Terwijl samenwerkingsverbanden die de efficiëntie of de zorgkwaliteit dienen (goed voor de patiënt) en voldoende keuzemogelijkheden overlaten, wél geoorloofd zijn. De NMa ziet toe op de naleving van de mededingingsregels. Deze paragraaf gaat in op een specifieke vorm van samenwerken, namelijk collectief onderhandelen tussen zorgverzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders en vice versa. Dit document ziet niet op verticale samenwerkingsverbanden, omdat die vorm van samenwerking in het kader van visievorming op verticale integratie aan de orde komt. Voordat collectief onderhandelen wordt beoordeeld aan de hand van de drie publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, wordt eerst ingegaan op de voor- en nadelen van collectief onderhandelen in het algemeen en het representatiemodel in het bijzonder.

Wat zijn de voor- en nadelen van collectief onderhandelen?

Collectief onderhandelen kent in zijn algemeenheid voor- en nadelen. Een belangrijk nadeel van collectief onderhandelen is dat collectief onderhandelen de mogelijkheid verkleint om je als aanbieder of zorgverzekeraar van je concurrenten te onderscheiden en beperkt daarmee de ruimte voor concurrentie. Dit beperkt de keuzemogelijkheden voor consumenten en kan de prijs-/kwaliteitverhouding van de zorg(verzekering) in negatieve zin beïnvloeden. Op zorgmarkten bepaalt de minister van VWS of, en zo ja welke soort tariefregulering van toepassing is op een deelmarkt en daarmee welke mate van concurrentie op een deelmarkt mogelijk is. De minister van VWS bepaalt eventueel na advisering door de NZa in welke deelmarkten liberalisering/prestatiebekostiging wordt ingevoerd. Naar de mening van de NZa geldt dat collectief onderhandelen niet past binnen een situatie waar concurrentie geboden is of op gang moet worden gebracht. Daarnaast ziet de NZa een risico op het verspreiden van samenwerking van gereguleerde markten naar concurrerende markten.

Individueel onderhandelen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars leidt in bepaalde segmenten (waar aanbieders klein en talrijk zijn) tot hoge transactiekosten. Een voordeel is dat collectief onderhandelen in die situaties kan leiden tot een besparing op transactiekosten. De Mededingingswet kent een uitzonderingsbepaling die marktpartijen onder bepaalde voorwaarden toestaat om collectief te onderhandelen. Op grond van de zogeheten bagatelbepaling bestaat voor marktpartijen de mogelijkheid in geval van maximaal acht ondernemingen met een gezamenlijk omzet van maximaal € 1.100.000 of een marktaandeel tot 5% en een gezamenlijk omzet van maximaal € 40.000.000 om gezamenlijk te onderhandelen over contractvoorwaarden. De bagatelbepaling is niet van toepassing op zorgverzekeraars, omdat deze de omzet- en marktaandeeldrempels al snel overschrijden. Ook zijn er andere mogelijkheden van samenwerking die leiden tot een efficiëntere dienstverlening die uiteindelijk ten goede komt aan de

afnemers/consument. Te denken valt aan samenwerking van verschillende disciplines in zorggroepen¹⁰ of aan het samen organiseren van individuele zorgaanbieders in één onderneming, bijvoorbeeld een maatschap. Daarnaast kunnen zorgaanbieders zich door een zorgmakelaar laten vertegenwoordigen. In deze gevallen is het mogelijk dat de betreffende samenwerking is toegestaan voor zover deze per saldo de mededinging niet merkbaar beperkt, of positieve effecten heeft die worden gedeeld met consumenten terwijl voldoende restmededinging blijft bestaan. Het is in de eerste instantie aan de NMa (of aan de rechter) om aan de hand van de Mededingingswet te bepalen of aan deze voorwaarden wordt voldaan. De NZa toetst in dit document de wenselijkheid van de betrokken samenwerkingsvorm op basis van haar eigen kader.

Collectief onderhandelen kan volgens het onderzoek van RBB Economics en Freshfields Bruckhaus Deringer voordelen hebben als het zonder deze vorm van onderhandelen moeilijk is om overeenstemming te bereiken over kwaliteitsnormen. Hoewel de laatste tijd vooruitgang is geboekt in de ontwikkeling van eenduidige kwaliteitsstandaarden, hanteren zorgverzekeraars nog steeds verschillende indicatoren. Gelet op het belang van kwaliteitsnormen voor de transparantie van de zorgmarkt, is het positief als er overeenstemming wordt bereikt in de markt over een betere en/of beter hanteerbare set van kwaliteitsindicatoren. De NZa is van mening dat het de voorkeur verdient deze overeenstemming met collectief *overleg* in plaats van collectieve *onderhandelingen* tot stand te brengen.

Het representatiemodel

Het representatiemodel is een specifieke vorm van collectief onderhandelen, namelijk collectief onderhandelen door de zorgverzekeraars bij de inkoop van medisch specialistische zorg in het A-segment van ziekenhuizen en de inkoop van curatieve zorg bij gebudgetteerde GGZ-instellingen¹¹. Het representatiemodel houdt in dat de zorgverzekeraar met het grootste regionale marktaandeel én een vertegenwoordiger van de overige zorgverzekeraars gezamenlijk met het ziekenhuis onderhandelen. Dit onderhandelingsproces staat bekend onder de naam 'lokaal overleg'. Ziekenhuizen worden in het A-segment bekostigd via budgetten met vaste prijzen, waardoor voornamelijk over volumes en deels ook over kwaliteit wordt onderhandeld.

In het lokaal overleg worden vooraf afspraken gemaakt over de gewenste productie, naderhand worden er bij de nacalculatie afspraken gemaakt over de mate waarin meerproductie ook daadwerkelijk gehonoreerd wordt. Ook komen andere zaken als investeringvoorstellen en kwaliteitsaspecten dan aan de orde.

Het representatiemodel vindt zijn oorsprong in de Ziekenfondswet (Zfw), die inmiddels niet meer van toepassing is, op basis waarvan ziekenfondsen verplicht waren om met ziekenhuizen in hun regio contracten te sluiten. Aanbieders die met een ziekenfonds een contract sloten, waren vervolgens verplicht om tegen dezelfde voorwaarden aan andere ziekenfondsen zorg te leveren voor hun verzekerden. Particuliere

¹⁰ De NZa en NMa hebben in december 2009 een [consultatiedocument zorggroepen](#) gepubliceerd over de toepassing van de mededingingsregels zoals opgenomen in de Mededingingswet en de Wet marktordening gezondheidszorg op de zorggroepen

¹¹ In dit document wordt met name ingegaan op het representatiemodel in relatie tot de inkoop van zorg in het A-segment van ziekenhuizen, maar de argumentatie is evenzeer van toepassing op de inkoop van curatieve GGZ-zorg bij gebudgetteerde GGZ-instellingen. Bij beide is nu sprake van vaste prijzen en onderhandelingen via het representatiemodel; voor beide heeft de NZa invoering van prestatiebekostiging geadviseerd.

verzekeraars sloten onder het systeem van budgettering hierbij aan. Het in dat kader ontwikkelde model was dat van de regiovertegenwoordiging, de voorloper van het huidige representatiemodel.

Wat zijn de voor- en nadelen van het representatiemodel?

Het voornaamste voordeel van het representatiemodel is gelegen in de praktische voordelen gegeven het budgetsysteem in het A-segment. Als ieder ziekenhuis een apart budget per zorgverzekeraar moet afspreken, verhoogt dat de complexiteit van de budgetonderhandelingen, evenals de transactiekosten die hiermee gepaard gaan. Een ander voordeel is gerelateerd aan de mogelijkheid van zorgverzekeraars om invloed uit te oefenen op volumes (vanwege hun instemming met eventuele nacalculaties). Hierdoor kunnen zorgverzekeraars de macrokosten van de zorg die door ziekenhuizen wordt geleverd, in de hand houden.

Daarnaast zijn er voordelen op het gebied van planning en investeringen, vooral voor zeer specialistische zorg. Het risico bestaat bijvoorbeeld dat wanneer ziekenhuizen individueel met zorgverzekeraars moeten onderhandelen, het moeilijker is om voldoende garanties te krijgen dat investeringen in zeer specifieke apparatuur kunnen worden terugverdiend. Hier zou een coördinatieprobleem kunnen optreden, bijvoorbeeld als zorgverzekeraars wel gezamenlijk voor een bepaalde investering zouden willen betalen, maar waarbij geen van de verzekeraars bereid is om dit op individuele basis te doen. Collectief onderhandelen door zorgverzekeraars kan dergelijke coördinatieproblemen, die kunnen leiden tot onderinvesteringen, ondervangen.

Een nadeel van het representatiemodel is, zoals eerder aangegeven ten aanzien van collectief onderhandelen in zijn algemeenheid, dat zorgverzekeraars zich in het A-segment niet van andere zorgverzekeraars kunnen onderscheiden waardoor de ruimte voor concurrentie wordt beperkt. Vanwege het budgetsysteem en vaste prijzen zijn in het A-segment nauwelijks mogelijkheden om lagere prijzen en/of hogere kwaliteit te bedingen. Vanwege de beperkte risico's die aanbieders in het A-segment lopen, is er slechts een beperkte prikkel om op kwaliteit te concurreren.

Een ander belangrijk nadeel dat samenhangt met het bestaan van twee verschillende bekostigingssystemen, is dat het representatiemodel een risico op ongewenste koppelingen tussen het A-segment en B-segment met zich meebrengt. Zorgaanbieders kunnen een prikkel hebben om een zo hoog mogelijk budget in het A-segment te bedingen en dit deels te gebruiken om scherp te concurreren in het B-segment. Zorgverzekeraars gaan dergelijke gedragingen normaliter tegen, maar de grootste zorgverzekeraar kan als gevolg van het representatiemodel ook een prikkel hebben om zoveel mogelijk kosten in het A-segment op te nemen en dit te compenseren met lage prijzen in het B-segment.

Representatiemodel en prestatiebekostiging

In een deel van het A-segment zal door de afschaffing van de budgettering en de invoering van prestatiebekostiging meer concurrentie ontstaan. Ziekenhuizen zullen hierdoor een sterkere prikkel hebben om te concurreren op zowel prijs als kwaliteit. Zij krijgen immers betaald voor daadwerkelijk geleverde prestaties. Het betekent dat ziekenhuizen en verzekeraars nu ook over de prijs van de zorg kunnen onderhandelen in het gereguleerde segment. Daarmee wordt het mogelijk in de onderhandelingen integrale afspraken te maken over het geheel van tarieven, volume en kwaliteit met betrekking tot de geleverde zorg. Hierdoor kunnen ziekenhuizen en verzekeraars zich veel beter van hun

concurrenten onderscheiden, hetgeen uiteindelijk een positief effect op de prijs-/kwaliteitsverhouding van de zorg zal hebben.

Zorgverzekeraars krijgen in een situatie van prestatiebekostiging extra mogelijkheden om in het A-segment efficiënt in te kopen en zich van concurrenten te onderscheiden, hetgeen kan leiden tot een hoger kwaliteitsniveau.

Link tussen collectief onderhandelen en inkoopmacht

Zoals in paragraaf 2.2.4 wordt geconcludeerd is er naar de mening van de NZa vooralsnog geen sprake van problematische inkoopmacht. Het is van belang om hierbij op te merken dat zelfs al zou er sprake zijn van problematische inkoopmacht van zorgverzekeraars, collectief onderhandelen *door aanbieders* (om te komen tot compenserende verkoopmacht) de nadelige effecten hiervan niet effectief kan ondervangen. De reden hiervoor is gelegen in de fundamentele asymmetrie tussen inkopers en verkopers. Inkopers hebben een prikkel om zo laag mogelijke prijzen te bereiken, die bij voldoende concurrentie ten goede zullen komen aan verzekerden, terwijl verkopers juist zullen proberen om zo hoog mogelijke prijzen te bedingen. Waar het plaatsen van inkoopmacht tegenover verkoopmacht (door collectief onderhandelen) in verreweg de meeste gevallen een prijsdrukkend effect heeft, is er dus geen reden om te veronderstellen dat dit ook omgekeerd automatisch het geval zal zijn.

Collectief onderhandelen *door zorgverzekeraars* bij de inkoop van zorg zal in een situatie van prestatiebekostiging de concurrentie tussen de zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt verkleinen. De collectief onderhandelde zorg maakt het immers moeilijk voor individuele zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden. Concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt is echter van groot belang om voor de consument kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te realiseren, waarbij de eventuele inkoopvoordelen ook daadwerkelijk aan de consument worden doorgegeven in de vorm van gunstige voorwaarden en premies. Zoals eerder werd aangegeven is inkoopmacht gunstig voor de consument, indien er sprake is van concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Collectief onderhandelen door zorgaanbieders verkleint de positieve effecten van inkoopmacht van zorgverzekeraars en kan zelfs leiden tot ongewenste effecten van inkoopmacht.

2.3.1 Kwaliteit

Volgens algemene principes van de Mededingingswet is collectief onderhandelen in zijn algemeenheid niet goed voor de prijs-/kwaliteitverhouding. Collectief onderhandelen beperkt het onderscheidend vermogen van partijen, terwijl concurrentie juist doelmatige of kwalitatief hoogstaande partijen een prikkel geeft om zich van anderen te onderscheiden door lage prijzen, een hoge kwaliteit en/of innovatieve producten te bieden. In de zorgmarkt is kwaliteit nog onvoldoende gedefinieerd en vormt een gebrek aan transparantie van kwaliteit een generiek probleem.

In sommige gevallen, bijvoorbeeld als zorgverzekeraars verschillende kwaliteitsindicatoren hanteren of er standaardcontracten worden gehanteerd waarbinnen weinig ruimte is voor differentiatie op kwaliteit, kan collectief overleg aan de aanbodzijde de kwaliteit van zorg bevorderen. Als collectief overleg het gemakkelijker maakt om overeenstemming te bereiken over kwaliteitsnormen, beïnvloedt dat de kwaliteit van zorg in positieve zin. Daarbij is van belang dat betrokken aanbieders voornamelijk over de vormgeving en invulling van

kwaliteitsindicatoren collectief overleggen. Naar de mening van de NZa is collectief *onderhandelen* over kwaliteitsniveaus en bijbehorende prijzen in beginsel niet wenselijk. Dit onderwerp beschouwt de NZa als aandachtspunt voor de spelregels contracteren, waarvan de opstelling naar de mening van de NZa meerwaarde biedt om het onderhandelingsproces te verbeteren.

Collectief onderhandelen aan de vraagzijde kan het maken van afspraken over kwaliteitsverbeteringen bevorderen. Immers, als alle zorgverzekeraars meeprofiten van kwaliteitsverbeteringen zal de prikkel bij een individuele inkoper om daarin zelf te investeren c.q. een financiële bijdrage te leveren, afnemen. Als echter tegelijkertijd niet over de prijs kan worden onderhandeld, zoals onder het huidige budgetsysteem, is het voor zorgverzekeraars niet mogelijk kwaliteitsverbeteringen in financiële zin te stimuleren. Dit bemoeilijkt het maken van kwaliteitsafspraken. Onder prestatiebekostiging met maximumtarieven kunnen zorgverzekeraars wel op een goede manier afspraken maken over het samenstel van tarieven, volume en kwaliteit van de zorg. Hier zal per saldo een positief effect uitgaan op de kwaliteit van de zorg.

2.3.2 Toegankelijkheid

Collectief onderhandelen aan de aanbodzijde kan de financiële toegankelijkheid van de zorg belemmeren. Als aanbieders onderling niet met elkaar concurreren, kan dat leiden tot het niet benutten van efficiency en/of excessieve prijzen en daarmee tot een daling van de betaalbaarheid van de zorg. Collectief onderhandelen door aanbieders kan er ook toe leiden dat potentiële toetreders worden belemmerd, waardoor de keuzemogelijkheden van consumenten worden beperkt en aldus de fysieke toegankelijkheid niet kan worden gewaarborgd.

Collectief onderhandelen aan de vraagzijde zal de toegankelijkheid van de zorg doorgaans niet snel in gevaar brengen vanwege de wettelijke zorgplicht waaraan zorgverzekeraars moeten voldoen.

Collectief onderhandelen volgens het representatiemodel heeft als zodanig geen effect op de toegankelijkheid van de zorg. De financiële toegankelijkheid is gewaarborgd door het budgetsysteem met vaste prijzen. De fysieke toegankelijkheid vormt geen belemmering, omdat alle ziekenhuizen voor het A-segment worden gecontracteerd.

Na invoering van prestatiebekostiging is collectief onderhandelen, zoals eerder betoogd, niet passend meer en zullen zorgverzekeraars individueel met de ziekenhuizen over prijs en kwaliteit van zorg onderhandelen. Hierdoor ontstaat voor de ziekenhuizen een prikkel om zich te specialiseren in het leveren van zorg waar men goed in is en voor de zorgverzekeraars ontstaat een prikkel voor selectieve zorginkoop. Vanwege de zorgplicht die op de zorgverzekeraars rust, wordt verwacht dat zij voldoende ziekenhuizen zullen contracteren zodat de toegankelijkheid niet wordt belemmerd.

2.3.3 Betaalbaarheid

Zoals in paragraaf 2.3.1. toegelicht is collectief onderhandelen in zijn algemeenheid niet goed voor de prijs-/kwaliteitverhouding, omdat de onderlinge concurrentie tussen betrokken partijen voor een groot deel wordt beperkt. Als partijen niet met elkaar concurreren wordt de prikkel om zich te onderscheiden op kosteneffectiviteit verminderd. Collectief onderhandelen kan aldus leiden tot hogere prijzen, hetgeen negatief is voor de betaalbaarheid van de zorg.

Door collectief onderhandelen aan de vraagzijde kunnen de betrokken zorgverzekeraars zich niet van elkaar onderscheiden, wat verminderde concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt tot gevolg kan hebben. Collectief onderhandelen door zorgverzekeraars kan hierdoor een optimaal polisaanbod in de weg staan.

Collectief onderhandelen volgens het representatiemodel heeft op het moment nauwelijks effect op de betaalbaarheid vanwege de vaste prijzen in het A-segment. Door het huidige budgetsysteem zijn er weinig prikkels om efficiënter te werken. Door prestatiebekostiging kan de prijs-/kwaliteitverhouding verbeteren, omdat de zorg van minder efficiënt werkende ziekenhuizen verplaatst naar ziekenhuizen die efficiënter werken. Hierdoor kunnen ziekenhuizen productiviteitswinsten realiseren die een positief effect hebben op de betaalbaarheid van de zorg. Een belangrijke stimulerende rol daarbij hebben onderling concurrerende zorgverzekeraars.

2.3.4 Conclusie

Collectief onderhandelen draagt in zijn algemeenheid niet bij aan kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de consument. Door collectief onderhandelen wordt de onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodanig beperkt, dat er nauwelijks prikkels zijn om een optimale prijs-/kwaliteitverhouding te bereiken. De keuzemogelijkheden voor de consument verminderen. Collectief onderhandelen beperkt tevens een klantgericht en innovatief aanbod.

Ten aanzien van het representatiemodel is de NZa van oordeel dat deze vorm van collectief onderhandelen door zorgverzekeraars, zich niet verdraagt met prestatiebekostiging met maximumtarieven. Na invoering van prestatiebekostiging zullen zorgaanbieders een sterkere prikkel hebben om in het A-segment te concurreren op zowel prijs als kwaliteit. Zij krijgen immers alleen betaald voor daadwerkelijk geleverde prestaties, waardoor zorgaanbieders een sterkere prikkel zullen hebben om zoveel mogelijk patiënten te behandelen. Zorgverzekeraars krijgen na invoering van prestatiebekostiging extra mogelijkheden om in het A-segment efficiënt in te kopen en zich van concurrenten te onderscheiden, hetgeen kan leiden tot een hoger kwaliteitsniveau.

Gelet op het voorgaande zou naar het oordeel van de NZa het representatiemodel afgeschaft moeten worden bij invoering van prestatiebekostiging. Zeker gezien het feit dat collectief onderhandelen door zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt nadelig is voor de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Bij het afschaffen van het representatiemodel moet ruimte worden geboden voor de afwikkeling van afspraken die voor de invoering van prestatiebekostiging zijn gemaakt.

3. Conclusie

Op grond van de voorgaande analyse concludeert de NZa het volgende ten aanzien van inkoopmacht en collectief onderhandelen.

3.1 Inkoopmacht

Enige inkoopmacht is in het zorgstelsel van belang om tot een borging van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te komen. Daarbij is van belang dat de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend is en de voordelen van inkoopmacht doorgegeven worden aan de consument. Dit is naar de mening van de NZa nog altijd in zijn algemeenheid het geval.

De NZa volgt de zorgmarkten nauwlettend. Om de voordelen van inkoopmacht (optimaal) ten goede te laten komen aan de consument, is het van belang dat de zorgverzekeringsmarkt voldoende concurrerend blijft. De NZa creëert en bewaakt de randvoorwaarden waaronder deze concurrentie plaatsvindt. Zij zal daarom de totstandkoming van transparante keuze-informatie en de introductie van meer prikkels voor aanbieders en zorgverzekeraars om te onderhandelen, verder bevorderen. De NZa zal waar dit nodig is generieke maatregelen treffen om structurele belemmeringen voor de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of de concurrentie weg te nemen. De NZa zet het komend jaar actief haar bevoegdheden in op het gebied van transparante keuze-informatie, waar nodig via handhavend optreden om bijvoorbeeld af te dwingen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders kwaliteitsindicatoren 'vullen'. Daarnaast houdt de NZa toezicht op de marktverhoudingen via het instrumentarium op het gebied van aanmerkelijke marktmacht. Voor het bepalen van AMM is de *specifieke* situatie van belang. Dat zal de NZa dan ook in voorkomende gevallen – tegen de achtergrond van deze visie – bezien.

3.2 Collectief onderhandelen

Hoewel collectief onderhandelen in sommige gevallen voordelen kan hebben om transactiekosten te verlagen en/of overeenstemming over kwaliteitsnormen te bereiken, draagt collectief onderhandelen naar de mening van de NZa in zijn algemeenheid niet bij aan kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de consument. Collectief onderhandelen beperkt de onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zodanig, dat er nauwelijks prikkels zijn om een optimale prijs-/kwaliteitverhouding te bereiken.

Collectief onderhandelen door zorgverzekeraars volgens het representatiemodel verdraagt zich naar de mening van de NZa niet met prestatiebekostiging met maximumtarieven. De NZa vindt dan ook dat het representatiemodel afgeschaft moet worden bij de invoering van prestatiebekostiging. Dit geldt zowel ten aanzien van het A-segment van medisch specialistische zorg per 2011 als ten aanzien van de curatieve GGZ. Na invoering van prestatiebekostiging zullen zorgaanbieders een sterkere prikkel hebben om in het A-segment te concurreren op zowel prijs als kwaliteit. Zorgverzekeraars krijgen extra mogelijkheden om in het A-segment efficiënt in te kopen en zich van concurrenten te onderscheiden, hetgeen kan leiden tot een hoger kwaliteitsniveau.

De NZa zal voorts na overleg met zorgverzekeraars en zorgaanbieders spelregels opstellen voor contracteren, de zogenaamde 'good contracting practices'. In deze spelregels komen gezamenlijke afspraken te staan over hoe marktpartijen met elkaar om zouden moeten gaan tijdens het onderhandelen over een contract. De NZa vindt dergelijke spelregels nodig, omdat zij in toenemende mate signalen krijgt dat het maken van afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeizaam verloopt. Doordat de overheid bij een overgang naar vrije prijzen meer naar de achtergrond treedt, moeten marktpartijen hun nieuwe rol in het zorgstelsel oppakken. Dit betekent onder meer dat zij met elkaar afspraken moeten gaan maken over kwaliteit, prijs en volumes van zorg. Omdat het voor de sector van vrije beroepen wettelijk niet toegestaan is om in grote collectieve verbanden te onderhandelen, is het juist voor deze groep zorgaanbieders en de zorgverzekeraars van belang goed te weten wat onderling van elkaar verwacht mag worden. Bij een afschaffing van het representatiemodel in verband met de invoering van prestatiebekostiging zullen dergelijke spelregels ook nuttig kunnen zijn voor de ziekenhuissector en de curatieve GGZ. De spelregels stimuleren dat de marktpartijen het optimale resultaat halen uit de onderhandelingen, zodat dit ook ten goede kan komen aan de consument. De spelregels voor contracteren kunnen daarom meerwaarde bieden om het onderhandelingsproces te verbeteren, binnen de kaders van de Mededingingswet. Mocht in de toekomst blijken dat de spelregels niet het gewenste resultaat opleveren, dan kan de NZa mogelijk nadere regels opstellen met betrekking tot het onderhandelings- en contracteringsproces die verplicht kunnen worden gesteld.