

Vergaderjaar 1999–2000

27 226

Interdepartementaal beleidsonderzoek: Marktconcentraties in de zorgsector

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2000

Inleiding

De brief van de Minister van Financiën aan de Tweede Kamer van 9 oktober 1998¹ vermeldt in de taakopdracht voor het interdepartementale beleidsonderzoek (IBO) «Marktconcentratie zorgsector» als probleemstelling: «Het onderzoek richt zich op het ontwikkelen van een overheidsvisie op de vorming van machtsconcentraties in de zorg. Van belang hierbij is de mogelijkheid voor de overheid om te sturen en toezicht te houden (te bezien in samenhang met de sociale zekerheid). De effectiviteit van het huidige toezicht op deze concentratie-tendens, gegeven de huidige regelgeving, maakt onderdeel uit van deze analyse».

Wat opvalt in de beschrijving van de probleemstelling is dat het woord *machtsconcentraties* in de plaats is gekomen van het woord *marktconcentraties*, dat voorkomt in de naamgeving van het beleidsonderzoek. Macht veronderstelt het vermogen om iets te doen of juist niet te doen, om iets te beïnvloeden. Een zekere marktmacht, macht om de markt te beïnvloeden, zou dan de kern van de probleemstelling zijn. Wat blijkt uit het onderzoek is echter dat de meeste partijen, de patiënt/consument voorop, zich eerder een beetje machteloos voelen. De patiënt/consument ziet zijn vraag naar zorg nog te veel vertaald in door de zorgaanbieders zelf gecreëerde veelal integrale zorg, de zorgaanbieders kampen met weliswaar gegarandeerde, maar krappe budgetten en de verzekeraars ontbreekt het aan middelen en initiatief om actief met zorgaanbieders afspraken te kunnen maken over prijs, hoeveelheid en kwaliteit van in te kopen zorg. Toch vindt op grote schaal samenwerking en concentratie plaats bij zowel verzekeraars als zorgaanbieders. En het valt zeker niet te ontkennen dat de verschillende vormen van horizontale concentratie hier en daar ook leiden tot concentratie van macht, hoewel deze in het rijtje van redenen om tot samenwerking of fusie over te gaan, niet is genoemd. Het schaarse aanbod maakt aanbieders van zorg per definitie tot machtige

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 26 250, nr. 1.

partijen; patiënten/consumenten én ook verzekeraars hebben bij een schaars aanbod immers weinig keuzemogelijkheden.

De IBO-werkgroep heeft inmiddels haar eindrapport «Marktconcentraties in de zorgsector» gepresenteerd. Dit rapport, dat ik u hierbij aanbied¹, doet verslag van een door KPMG verricht onderzoek naar het vóórkomen van concentratie en samenwerking in de zorgsector. Het onderzoek beperkt zich voor wat betreft de zorgaanbieders tot de ouderenzorg in het eerste compartiment en de ziekenhuiszorg inclusief de medisch specialisten in het tweede compartiment. Daarnaast neemt het onderzoek de gehele verzekeringssector (zorgkantoren, ziekenfondsen en particuliere verzekeraars) onder de loep. De sturingsvisie van het kabinet dient als meetlat voor de beoordeling van de gesignaleerde ontwikkelingen. De werkgroep heeft niet primair aandacht besteed aan de zorginhoudelijke gevolgen van concentratietendenzen en geeft aan dat hiermee bij het lezen van de conclusies rekening moet worden gehouden. De werkgroep komt tot een aantal aanbevelingen, die ik hieronder puntsgewijs van een kort commentaar heb voorzien. Tot slot ga ik naar aanleiding van de analyse uit het rapport nader in op de sturingsmechanismen in het eerste en tweede compartiment van de zorgsector.

De aanbevelingen van de werkgroep

1. *«De werkgroep acht een verdere concentratie aan de aanbiederszijde in zowel het eerste als het tweede compartiment belemmerend voor de keuzevrijheid van de verzekerde en voor de onderhandelingsvrijheid van zorgverzekeraars en zorgkantoren en vreest dat een verdere concentratie de sturingsvisie van het kabinet doorkruist.»*
Het kabinet zal deze visie uitdragen richting de veldpartijen. De introductie van marktprikkels leidt er zowel bij zorgverleners als bij zorgverzekeraars toe dat zij, om de risico's te beperken en de onderhandelingsmacht te vergroten, kiezen voor schaalvergroting en samenwerking en minder voor kwaliteitsverbetering. De voorgenomen overgang van aanbodsturing naar een meer vraaggestuurd systeem zal een verdere concentratie aan de aanbodzijde naar verwachting niet bevorderen. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) zal in concrete situaties de conformiteit van fusies met de Mededingingswet beoordelen. De NMa kan echter alleen nu-voorgenomen fusies beoordelen en niet de fusies uit het verleden. Wel kan zij het mis- en gebruik van een economische machtspositie beoordelen.
In het ziekenhuisbudgetteringssysteem zit op dit moment nog een factor ten gunste van de schaalgrootte van ziekenhuizen (ook bekend als de «fusiebonus»). Deze factor is oorspronkelijk bedoeld om grotere ziekenhuizen te vergoeden voor het – empirisch bewezen – feit dat zij patiënten met een gemiddeld duurdere zorgvraag behandelen. Het is de moeite waard om te bezien of deze schaalfactor ongewijzigd onderdeel van het budgetteringssysteem moet blijven uitmaken.
2. *«Het functioneel en financieel scheiden van wonen en zorg in de AWBZ kan betere voorwaarden scheppen voor een flexibel aanbod en voor grotere toetredingsmogelijkheden tot de zorgmarkt en is daarom gewenst.»*
Concurrentie in de AWBZ zou bevorderd kunnen worden door toetreders van buiten het traditionele zorgveld toe te laten. Het aanbod binnen de AWBZ bestaat op dit moment naast zorg voor een groot gedeelte uit het bieden van woonvormen. Deze woonvormen hoeven echter niet noodzakelijkerwijs geleverd te worden via de AWBZ of door tot de AWBZ toegelaten instellingen. Door wonen en zorg te scheiden, waartoe nu de eerste stappen worden gezet, zou wat betreft de woonvorm de keuzevrijheid van de consument kunnen worden vergroot. Dit

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

alles is uiteraard afhankelijk van de uitkomst van de uitvoeringstoetsen van het CVZ en CTU, de nadere voorstellen van de werkgroep MDW-AWBZ en de verenigbaarheid met de Mededingingswet. Het kabinet zal op basis daarvan nader bekijken of en welke blokkades voor het scheiden van wonen en zorg in de huidige wet- en regelgeving aanwezig zijn. Daarbij zal het kabinet ook aandacht besteden aan de (budgettaire) gevolgen van het scheiden van wonen en zorg voor het bestaande intramurale aanbod en op terreinen als de huursubsidie.

3. *«Zorgkantoren dienen geprikkeld te worden om te streven naar een doelmatige en effectieve zorg, en dienen daartoe de benodigde instrumenten te krijgen. Een goede uitwerking van het concessiestelsel is een voorwaarde voor de geloofwaardigheid en de effectiviteit van de sturingsvisie voor het eerste compartiment.»*
Zorgkantoren hebben op dit moment voornamelijk een administratieve functie. Zij moeten prikkels krijgen om zorgaanbieders aan te zetten tot doelmatiger werken en om vraaggericht zorg in te kopen. De werkgroep MDW-AWBZ doet hiertoe voorstellen. Het gaat daarbij om het creëren van meer prikkels voor zorgkantoren, het vergroten van de werking van het persoonsgebonden budget (PGB) en van de mogelijkheden voor privaat aanbod van zorg. Daarnaast doen de ministeries van VWS en Financiën momenteel gezamenlijk onderzoek naar de mogelijkheden van een op termijn wellicht te gebruiken verdeelmodel voor zorgkantoren. Daarbij staat eveneens de vormgeving van de prikkels voor doelmatige en effectieve zorg centraal.
4. *«De werkgroep is van mening dat het sturingsconcept in het tweede compartiment veronderstelt dat de verzekeraars mogelijkheden krijgen om zich te onderscheiden van elkaar. Dit impliceert dat de beïnvloedingsmogelijkheden van verzekeraars toe moeten nemen.»*
Het kabinet onderschrijft deze aanbeveling. Met het kabinetsstandpunt op het rapport van de Begeleidingscommissie Uitvoering Geneesmiddelenbeleid (commissie De Vries) van 14 april 2000 zijn concrete stappen op dit gebied aangekondigd. Als deze hun succes bewijzen, zullen vergelijkbare stappen worden gezet op andere onderdelen van het tweede compartiment. Het kabinet meent overigens dat hierbij prudent te werk moet worden gegaan. Verzekeraars moeten immers de tijd krijgen om in hun nieuwe rol en verantwoordelijkheden te groeien.
5. *«De werkgroep ziet concentraties van ziekenfondsen die leiden tot grotere marktaandelen op de regionale markt, als een belemmering voor de realisatie van de sturingsvisie van het kabinet. De rol van het traditionele, dominante ziekenfonds in een regio dient onder druk te staan van verzekeraars die deze rol over kunnen nemen als de marktleider te weinig aandacht besteedt aan doelmatigheid en effectiviteit.»*
Evenals concentraties van zorgaanbieders zal de NMa ook concentraties van verzekeraars toetsen aan de Mededingingswet.

De rol die ziekenfondsen innemen in het tweede compartiment kenmerkt zich door een zekere spanning. Enerzijds moeten zij onderling concurreren op een regionale of zelfs landelijke markt, anderzijds wordt van hen verwacht dat zij in een regio als regisseur optreden, wat alleen kan met een marktaandeel dat voldoende groot is om zelfstandig en effectief te kunnen onderhandelen met aanbieders van zorg. Deze beide rollen kunnen goed samengaan, maar er kunnen ook problemen ontstaan. Het kabinet streeft naar een situatie waarin in iedere regio meer dan één zorgverzekeraar actief is op de markt. Dit is iets anders dan streven naar de aanwezigheid van een dominante zorgverzekeraar in elke regio. Dominantie is overigens niet per definitie

bezwaarlijk, zolang er geen misbruik van een machtspositie wordt gemaakt en de bereikte onderhandelingsresultaten in het belang van de verzekerden en een doelmatige uitvoering van de verzekering zijn. Ik kom in de laatste paragraaf van deze brief hierop terug.

6. «De werkgroep is van mening dat concurrentie op de particuliere markt onvoldoende beoordeeld kan worden en adviseert nader onderzoek.»

De particuliere markt voor ziektekostenverzekeringen kenmerkt zich door een zeer grote verscheidenheid aan keuzemogelijkheden en bijbehorende differentiatie wat betreft premiestelling. Dit stelt hoge eisen aan de transparantie van het aanbod en de consumentenvoorlichting. De verschillende verzekeringspakketten zijn in de praktijk niet eenvoudig te vergelijken en mensen met bepaalde gezondheidsrisico's kunnen niet of nauwelijks van verzekeraar veranderen. Leeftijd is hierbij een belangrijke factor. De Minister van Financiën heeft inmiddels het initiatief genomen voor het uitzetten van een nader onderzoek, waaraan ook het Ministerie van VWS zal deelnemen.

Sturing van de zorg

Een inrichting van de zorg die recht doet aan de wensen van de gebruikers, staat centraal in de bestuurlijke vormgeving van het eerste en tweede compartiment. Een actief contracteerbeleid van het zorgkantoor, respectievelijk de verzekeraar is daarbij van grote betekenis. In het eerste compartiment ligt de nadruk daarbij meer op de regio dan in het tweede compartiment, waarin ook landelijk werkende verzekeraars actief zijn. In geen van beide compartimenten is al sprake van een situatie waarin de nagestreefde besturingsmodellen volledig in werking zijn.

Eerste compartiment

De nota «Zicht op zorg»¹ schetst een perspectief voor de modernisering van de AWBZ waarin het huidige systeem van aanbodregulering geleidelijk vervangen wordt door een meer door de vraag van de gebruiker gerichte sturing. Belangrijke aspecten volgens deze nota voor de realisatie van die vraaggerichte sturing zijn de vrije toelating van nieuwe aanbieders, de toepassing van persoonsgebonden systemen van financiering en een versterking van de rol van het zorgkantoor als vertegenwoordiger van de vragers naar zorg en als countervailing power tegenover de aanbieders van zorg. Deze combinatie van maatregelen biedt naar de mening van het kabinet een aantal waarborgen voor het voorkómen van ongewenste marktconcentraties. Met name de toelating van nieuwe aanbieders biedt, ook los van de combinatie met persoonsgebonden financiering (PGB), naar de mening van het kabinet mogelijkheden voor de vergroting van de keuzevrijheid van zorgvragers. De PGB's bieden daarnaast meer keuzevrijheid voor de zorgvrager voor wat betreft de zorgtoewijzing en het zorgaanbod; als de zorgvrager daarover ontevreden is, kan hij – wanneer hij beschikt over een PGB – zijn eigen zorgtoewijzing regelen.

Wanneer functionele aanspraken met integrale kostprijzen voor de onderscheiden zorgproducten kunnen worden ontwikkeld, dan zou dat de negatieve gevolgen van marktconcentraties aan de aanbiederskant kunnen verminderen. Zorgvragers hebben in dat geval niet langer alleen recht op zorg, waarbij alle zorgcomponenten bij dezelfde aanbieder moeten worden afgenomen, maar mogen voortaan per zorgfunctie bepalen waar zij deze zorg inkopen.

In de nota «Zicht op zorg» is de nadere uitwerking van de positie van de zorgkantoren en de ontwikkeling van prikkels voor doelmatige zorginkoop

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 26 631, nr. 1.

Tweede compartiment

In het tweede compartiment zijn de voorwaarden voor een effectieve werking van het besturingsmodel voor de zogenaamde overige verstrekingen (o.a. genees- en hulpmiddelen, huisartsen en paramedici) al in redelijke mate gerealiseerd. Er zijn evenwel nog verdere verbeteringen noodzakelijk in zowel het budgetteringssysteem voor de ziekenfondsen als in het instrumentarium waarover ziekenfondsen zelf beschikken. Voor de ziekenhuiszorg en medisch-specialistische hulp is het besturingsmodel nog niet zover. Wanneer het geïntegreerde medisch-specialistisch bedrijf daadwerkelijk vorm heeft gekregen, zal de concentratie van intramurale zorgaanbieders getoetst kunnen worden aan de algemene uitgangspunten van het mededingingsbeleid.

Verzekeraars in het tweede compartiment moeten mogelijkheden krijgen om zich van elkaar te onderscheiden. Aspecten waarop zorgverzekeraars zich nu van elkaar onderscheiden zijn de verschillen in nominale premies, de zorginkoop en de aard en mate van de klantgerichtheid. Naarmate deze meer aan de wensen van de verzekerden tegemoetkomt, zal de verzekeraar op meer tevreden verzekerden kunnen rekenen. Dat betekent dat de zorgverzekeraars invloed moeten kunnen uitoefenen op de zorgen dienstverlening van zorgaanbieders. Daarvoor dienen zij op lokaal niveau overeenkomsten te sluiten met de aanbieders van zorg. De opheffing van de contracteerverplichting jegens de extramurale aanbieders van zorg, de invoering van een systeem van maximumprijzen alsmede de mogelijkheid van aanbesteding zijn instrumenten die het kabinet de verzekeraars reeds heeft geboden om op decentraal niveau tot gewenste afspraken te komen. Daaraan zullen nog worden toegevoegd de opheffing van de contracteerverplichting jegens de intramurale aanbieders van zorg, de modernisering van het overeenkomstenstelsel en van de bekostiging van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf. Daarboven kunnen bonus/malus-regelingen voor zorgaanbieders een mogelijkheid zijn om het gedrag van zorgaanbieders te beïnvloeden.

Desalniettemin staat of valt de werking van deze instrumenten met de al dan niet aanwezigheid van één of meer ziekenfondsen in de regio, die de rol van regisseur op zich kunnen nemen, en de wijze waarop zij dat doen. Het kabinet is het eens met de werkgroep dat grotere toetredingsmogelijkheden tot de verzekeraarsmarkt noodzakelijk zijn. De door de werkgroep gesignaleerde spanning tussen marktconcentratie en misbruik van machtsposities in het tweede compartiment vormt een belangrijk onderdeel in de discussie over de vormgeving van het zorgverzekeringsstelsel die in de komende periode gevoerd zal worden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers